

# **CIGNA EXPATPLUS RAHMENBEDINGUNGEN**

**2017**



<b>Kapitel I: Allgemeine Vertragsbedingungen .....</b>	<b>5</b>
1. Rangordnung der Vertragsbedingungen, Compliance und Versicherungszweck .....	5
2. Definitionen in alphabetischer Reihenfolge .....	6
3. Berechtigung und Aufnahme in die Versicherung.....	10
4. Beginn des Versicherungsschutzes.....	13
5. Widerspruchsfrist.....	13
6. Laufzeit und Kündigung der Versicherung.....	13
7. Ende der Versicherung.....	14
8. Beitrag und Beitragserhöhung.....	15
9. Rückkehr in das Heimatland.....	16
10. Währung .....	16
11. Allgemeine Ausschlüsse .....	16
12. Krieg und Terrorismus.....	17
13. Datenschutz .....	18
14. Forderungsübergang.....	18
15. Einlassung .....	18
16. Beschwerdeverfahren .....	18
17. Geltendes Recht .....	19
Kapitel II: Versicherungsschutz und Bedingungen der unterschiedlichen Versicherungsleistungen .....	20
BASISVERSICHERUNG.....	20
1. Internationale Krankenversicherung.....	20
2. Medizinische Evakuierung und Assistance.....	32
ZUSATZVERSICHERUNGEN .....	39
3. Zahnmedizinische Versorgung .....	39
4. Lebensversicherung .....	40
5. Unfalltod und Invalidität .....	41
6. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit .....	47
7. Dauerhafte Berufsunfähigkeit .....	50

## WICHTIGE HINWEISE

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen gemäß Kapitel I sind nur insofern gültig, soweit sie nicht im Widerspruch zu den Bestimmungen der verschiedenen Leistungsarten gemäß Kapitel II stehen. Im Falle eines Widerspruchs haben die Letztgenannten Vorrang vor den Erstgenannten. Darüber hinaus haben die Besondere Bedingungen in jedem Fall Vorrang vor den Rahmenbedingungen von Cigna expatplus.

Sollte der Versicherungsnehmer von uns eine Übersetzung der englischen Fassung der Rahmenbedingungen erhalten haben, dann stimmt der Versicherungsnehmer zu, dass die Übersetzung nur seinem Komfort dient und dass die englische Fassung der Rahmenbedingungen für sein Verhältnis zu Cigna ausschlaggebend ist.

Bei Widersprüchen zwischen der englischen Fassung der Rahmenbedingungen und der Übersetzung ist der englische Wortlaut maßgebend.

### 1. Widerspruchsfrist

Falls der Versicherungsnehmer mit dieser Vereinbarung aus irgendeinem Grund nicht einverstanden ist, kann er dem Verwalter diese innerhalb von vierzehn (14) Kalendertagen zurücksenden. Die Widerspruchsfrist beginnt ab dem Tag des Distanzvertragabschlusses oder ab dem Tag, an dem der Versicherungsnehmer die Vertragsbedingungen erhält (falls dieses Datum später wäre). Der Versicherer wird in diesem Fall den Versicherungsvertrag stornieren und dem Versicherungsnehmer sämtliche eventuell bereits bezahlten Beiträge zurückerstatten, sofern er noch keine Leistungsansprüche geltend gemacht hat.

### 2. Adressenänderung

Der Versicherungsnehmer wird gebeten, dem Verwalter jede Änderung seiner Adresse (inklusive seiner E-Mail-Adresse) unverzüglich mitzuteilen, damit der Verwalter dem Versicherungsnehmer jederzeit wichtige Informationen zukommen lassen oder Zahlungen seiner Anträge auf Rückerstattung leisten kann.

### 3. Allgemeine Informationen

#### Der Versicherer

Cigna Global Insurance Company Limited (nachstehend 'Cigna')  
PO Box 34  
St Martin's House  
Le Bordage  
GY1 4AU St Peter Port  
Guernsey  
GFSC 1020972

#### Der Assistanceanbieter (nachstehend der 'AA')

Healix Group of Companies  
Healix House  
Esher Green  
Esher  
Surrey  
KT10 8AB United Kingdom

#### Der Verwalter

Cigna International Health Services BVBA  
Plantin en Moretuslei 299 oder P.O. Box 69, 2140 Antwerpen  
Belgien  
RPR 0414.783.183  
FSMA 13799 A-R

**Die Aufsichtsbehörde**

FSMA (Financial Services and Markets Authority)  
12-14, Rue du Congrès  
1000 Brüssel, Belgien  
[www.fsma.be](http://www.fsma.be)

**4. Kontakt**

Falls der Versicherungsnehmer Fragen zu seinem Versicherungsvertrag hat, kann er sich über nachfolgende Adresse an den Verwalter wenden:

**Cigna expatplus**

P.O. Box 69  
2140 Antwerpen, Belgien  
Tel. + 32 3 217 65 29  
Fax +32 (0)3 663 73 14  
[info@expatplus.com](mailto:info@expatplus.com)  
[www.expatplus.com](http://www.expatplus.com)

Bei Fragen oder Beschwerden in Bezug auf Themen, die mit der Internationalen Medizinischen Versicherung in Zusammenhang stehen, kann sich der Versicherungsnehmer über nachfolgende Kontaktdaten rund um die Uhr mit unserem Contact Center in Verbindung setzen:

**Cigna expatplus**

P.O. Box 69  
2140 Antwerpen, Belgien  
Tel. + 32 3 217 69 72  
Fax +32 (0)3 235 83 51  
[claims@expatplus.com](mailto:claims@expatplus.com)

**5. Der Ombudsman – die außergerichtliche Prozedur**

Im Falle einer Meinungsverschiedenheit mit dem Versicherer oder dem Versicherungsvermittler wird sich der Ombudsman für eine friedliche Abwicklung einsetzen.

Ombudsman van de verzekeringen, de Meeûssquare 35  
1000 Brüssel, Belgien  
Fax +32 (0)2 547 59 75  
[info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)

# Kapitel I: Allgemeine Vertragsbedingungen

## 1. Rangordnung der Vertragsbedingungen, Compliance und Versicherungszweck

### 1.1. Rangordnung der Vertragsbedingungen

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen gemäß Kapitel I sind nur insofern gültig, soweit sie nicht im Widerspruch zu den Bestimmungen der verschiedenen Leistungsarten gemäß Kapitel II stehen. Im Falle eines Widerspruchs haben die Letztgenannten Vorrang vor den Erstgenannten.

Hinsichtlich der Versicherung der Medizinischen Evakuierung und Assistance haben die Bedingungen des Kapitels II Vorrang vor den Allgemeinen Bedingungen von Kapitel I.

Darüber hinaus haben die Besondere Bedingungen in jedem Fall Vorrang vor den Rahmenbedingungen von Cigna expatplus.

### 1.2. Compliance

Die Produkte und Dienstleistungen des Versicherers stehen unter Umständen nicht in allen Rechtssystemen zur Verfügung und sind ausdrücklich von diesem Versicherungsvertrag ausgeschlossen, wenn sie gesetzlich verboten sind, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf Anti-Korruptionsgesetze und Wirtschaftsanktionsprogramme. Ein solcher Vertrag ist ungültig. Der Cigna expatplus-Versicherungsvertrag ersetzt keine Mitgliedschaft bei einer staatlichen oder Ortskrankenkasse oder die Einhaltung sonstiger gesetzlicher Anforderungen irgendeines Landes. Bei Cigna expatplus versicherte Personen sollten die Beitragszahlungen zu einer staatlichen Krankenversicherung nicht einstellen, es sei denn, dass sie auf die damit verbundenen Risiken hingewiesen wurden.

Der Versicherer und der Versicherungsnehmer stimmen überein, dass, sofern nicht ausdrücklich anderweitig in den Rahmenbedingungen und/oder den Besonderen Bedingungen vereinbart, nichts von Wert von einem von beiden oder auf ihre Anweisung handelnde Personen im Verhältnis zu diesem Versicherungsvertrag angeboten oder geleistet wurde.

### 1.3. Zweck der Versicherung

Der Cigna expatplus-Versicherungsumfang besteht aus verschiedenen Leistungen, die eine soziale Absicherung für im Ausland Beschäftigte (Expatriates, nachfolgend Expats) schaffen sollen.

## BASISVERSICHERUNG

### 1. Internationale Krankenversicherung

Die Internationale Krankenversicherung erstattet bis zu den in den Bedingungen dieses Vertrages festgelegten Höchstgrenzen die angemessenen und üblichen Kosten für ambulante sowie stationäre medizinische Dienstleistungen, vorausgesetzt, dass diese Kosten aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder einer Schwangerschaft entstanden.

### 2. Medizinische Evakuierung und Assistance

Die Evakuierung und Rückführung aus medizinischen Gründen sind in der Basisversicherung enthalten.

## ZUSATZVERSICHERUNGEN

Personen mit einer Basisversicherung können darüber hinaus auf freiwilliger Basis folgende Zusatzversicherungen beantragen:

### 3. Zahnmedizinische Versorgung

Diese Zusatzversicherung kann von den zu einer Basisversicherung zugelassenen Versicherten abgeschlossen werden.

### 4. Lebensversicherung

Diese Zusatzversicherung kann als Ergänzung zu einer Basisversicherung abgeschlossen werden; sie sichert die Zahlung einer Pauschalsumme im Todesfall aus jeglichen Gründen.

### 5. Unfalltod und Invalidität

Diese Versicherung kann ebenfalls als Ergänzung zu einer Basisversicherung abgeschlossen werden; sie sichert die Zahlung einer Pauschalsumme im Fall eines Unfalls mit Todesfolge oder einer durch einen Unfall verursachten Dauerinvalidität.

### 6. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Diese Versicherung kann zusätzlich zu einer Basisversicherung abgeschlossen werden; sie sichert die Zahlung eines Ersatzehommens für den Fall, dass die/der Versicherte aufgrund von Krankheit oder Unfall vorübergehend vollständig unfähig ist, ihre/seine Arbeit zu verrichten.

### 7. Dauerhafte Berufsunfähigkeit

Diese Versicherung kann nur als Ergänzung zur Versicherung bei vorübergehende Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen werden und sichert die Zahlung einer monatlichen Unterstützung an die/den Versicherte(n) für den Fall, dass diese(r) aufgrund von Krankheit oder Unfall teilweise oder vollständig an der Ausübung ihrer/seiner Berufstätigkeit gehindert wird und dadurch ihr/sein Einkommen vollständig oder teilweise einbüßt.

## 2. Definitionen in alphabetischer Reihenfolge

#### ‘Unfall’

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die folgenden Ereignisse werden ebenfalls als Unfälle bewertet:

- der Versuch, gefährdete Personen oder Güter zu retten;
- das Einatmen von Gasen oder Dämpfen sowie die Aufnahme von giftigen oder ätzenden Substanzen;
- Verrenkungen, Zerrungen, Brüche oder muskuläre Verletzungen, die durch eine plötzliche Anstrengung hervorgerufen werden;
- Erfrierungen;
- Ertrinken.

#### ‘Verwalter’

Der Verwalter ist der Anspruchsbearbeiter und Versicherungsverwalter.

Cigna International Health Services BVBA, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, Belgien oder P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgien, nachfolgend der Verwalter.

#### ‘Jährliches Verlängerungsdatum’

Für Privatkunden: 1. Januar. Für Geschäftskunden: siehe Besondere Bedingungen.

#### ‘Assistanceanbieter’ (AA)

Anbieter von medizinisch bedingter Evakuierung und Assistance.

#### ‘Chronische Erkrankungen’

Leiden, Erkrankungen, Krankheiten oder Verletzungen, die eine oder mehrere der folgenden Charakteristika aufweisen:

- Sie tritt wiederholt auf;
- Es gibt keine bekannte, allgemein anerkannte Heilmethode;
- Sie reagiert im Allgemeinen nicht gut auf Behandlung;
- Sie erfordert palliative Behandlung;
- Sie erfordert anhaltende Überwachung oder Kontrolle;
- Sie führt zu permanenter Erwerbsunfähigkeit.

**‘Komplementärmediziner’**

Ein qualifizierter Akupunkteur, Chiropraktiker, Homöopath oder Osteopath, der in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, die gesetzliche bzw. behördliche Zulassung besitzt, um ergänzende Heilmethoden zu praktizieren.

**‘Tagesbetreuung’**

Behandlung in einem Krankenhaus oder in einem medizinischen Tagesbetreuungszentrum, für die der Patient nicht über Nacht bleiben muss.

**‘Ambulante Operation’**

Chirurgischer Eingriff, für den die Nutzung eines herkömmlichen Operationssaales nötig ist und der an einem Tag durchgeführt wird, wobei der Patient am selben Tag aufgenommen und entlassen wird und nicht über Nacht bleibt.

**‘Selbstbeteiligung’**

Der (erste) Teil der (erstattungsfähigen) medizinischen Kosten, der nicht vom Versicherer erstattet wird und von dem Betrag (der erstattungsfähigen medizinischen Kosten), anhand derer die Erstattung berechnet wird, abgezogen wird.

**‘Zahnarzt’ oder ‘Kieferchirurg’**

Eine Person, die offiziell qualifiziert und berechtigt ist, in dem Land, in dem die Behandlung durchgeführt wird, Zahnmedizin zu praktizieren.

**‘Angehöriger’**

Der gesetzliche Ehepartner (oder gesetzliche Partner) sowie die unverheirateten Kinder bis zum einunddreißigsten (31.) Dezember des Jahres, in dem das Kind achtundzwanzig (28) Jahre alt wird, die finanziell vom Expat abhängig sind.

**‘Berufsunfähigkeit’**

Die dauernde Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheit, Unfall oder Gebrechen.

**‘Arzt’ (auch ‘Mediziner’)**

Eine Person, die einen Studienabschluss von einer anerkannten, im Verzeichnis der medizinischen Fakultäten der Weltgesundheitsorganisation aufgeführten medizinischen Hochschule besitzt und in dem Land, in dem die Behandlung verabreicht wird, berechtigt ist, Medizin zu praktizieren.

**‘Versicherte medizinische Kosten’**

Medizinisch notwendige Ausgaben, die aufgrund einer versicherten Erkrankung, eines Unfalls oder einer Schwangerschaft anfallen, die aber die Beträge in der Leistungstabelle nicht überschreiten.

**‘Expat’ (im Ausland Beschäftigter)**

Eine Person, die außerhalb ihres Heimatlandes lebt und/oder arbeitet.

**‘Hausarzt’ (auch ‘Allgemeinmediziner’)**

Ein Arzt, der medizinische Behandlungen leistet, für die keine Facharztausbildung nötig ist.

**‘Allgemeinmediziner’ (Hausarzt)**

Siehe die Definition von ‘Hausarzt’.

**‘Heimatland’**

Das Land, in dem die/der Versicherte lebt oder gelebt hat und aus dem der Wohnsitz in ein anderes Land (wie im Antragsformular angegeben) verlegt wird und in das er/sie nach seiner Beschäftigungszeit um Ausland zurückkehren will. Falls das Heimatland nach dieser Definition nicht benannt werden kann, ist es das Land, dessen Nationalität und Ausweis die/der Versicherte besitzt.

**‘Gastland’**

Das Land, in das die/der Versicherte gemäß Angaben im Antragsformular ausgewandert ist.

**‘Krankheit’ (auch ‘Erkrankung’)**

Ein Zustand, der von einem Arzt festgestellt wurde und von einer pathologischen Abweichung des normalen Gesundheitszustandes gekennzeichnet wird.

**‘Unfruchtbarkeitsbehandlung’**

Die Behandlung von Unfruchtbarkeit (chirurgische Behandlung oder durch Anwendung von IVF-Verfahren) und alle notwendigen Untersuchungsverfahren, um die Ursache(n) der Unfruchtbarkeit (z.B. Hysterosalpingographie, Laparoskopie, Hysteroskopie) zu ermitteln.

**‘Verletzung’**

Allein durch einen Unfall hervorgerufene körperliche Verletzung.

**‘Stationär’**

Stationäre Pflege oder Behandlung ist eine solche, für die der Patient aus medizinischen Gründen über Nacht im Krankenhaus bleiben muss.

**‘Versicherungsjahr’**

Eine zwölf (12) Monate dauernde Zeitspanne, die mit der effektiven Gültigkeit des Versicherungsvertrages beginnt.

**‘Versicherte Person’**

Die Person(en), die über einen Cigna expatplus-Versicherungsvertrag versichert und deren/dessen Name(n) in den Besonderen Bedingungen aufgeführt ist/sind.

**‘Versicherer’**

Die Versicherungsgesellschaft, die die durch die Versicherungstarife abgesicherten Risiken übernimmt.

**‘Intensivstation’**

Ein Bereich eines Krankenhauses, der vom Krankenhaus als Intensivstation betrieben wird und der vierundzwanzig (24) Stunden täglich zur Behandlung von Patienten in kritischem Zustand zur Verfügung steht. Dieser ist für besondere Pflege und medizinische Dienstleistungen ausgestattet, die andernorts im Krankenhaus nicht zur Verfügung stehen.

**‘Maximale jährliche Erstattung’**

Erstattungsleistungen für Kosten, die zur Behandlung der/des Versicherten während der Versicherungsdauer entstehen, werden auf jährliche Höchstwerte festgelegt, wie sie in den Leistungstabellen festgelegt sind. Falls diese Obergrenzen überschritten werden, werden für den Rest des Versicherungsjahres keine Zahlungen mehr geleistet.

**‘Medizinischer Notfall’**

Eine Verletzung durch einen Unfall oder eine plötzliche und unerwartete Veränderung der körperlichen oder geistigen Verfassung einer Person, die, sofern nicht ein sofortiger Eingriff oder eine Behandlung durchgeführt wird, nach plausibler Auffassung des behandelnden Arztes zum Tod oder zum Verlust einer Gliedmaße oder zu einer erheblichen Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder zu einer andauernden Funktionsstörung eines Körperteils führen könnte.

**‘Medizinische Notfallevakuierung’**

Evakuierung im Falle einer Verletzung durch einen Unfall oder eine plötzliche und unerwartete Veränderung der körperlichen Verfassung einer Person, die, sofern nicht ein sofortiger Eingriff oder eine Behandlung durchgeführt wird, nach Auffassung des AA zum Tod oder zum Verlust einer Gliedmaße oder zu einer erheblichen Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder zu einer andauernden Funktionsstörung eines Körperteils führen könnte.

**‘Medizinisch notwendige Leistungen’**

Medizinisch notwendige Leistungen sind:

- übereinstimmend mit der Diagnose und üblichen medizinischen Behandlung für eine versicherte Krankheit oder Verletzung;
- in Übereinstimmung mit anerkannten Standards medizinischer Praxis, übereinstimmend mit gegenwärtigen Standards professioneller medizinischer Versorgung sowie mit nachweislichem medizinischem Nutzen;



- nicht lediglich zur Bequemlichkeit für den Versicherten oder den Mediziner sowie im Falle von stationären Patienten sinnvollerweise unmöglich ambulant durchzuführen;
- nicht von experimentellem, untersuchendem oder forschendem Charakter, nicht vorbeugender oder untersuchender Natur;
- von den Kosten her üblich und angemessen für diese Behandlung.

**‘Ambulant’**

Ambulante Pflege oder Behandlung ist die medizinische Behandlung, für die der Patient nicht über Nacht im Krankenhaus bleiben muss.

**‘Mediziner’ (auch ‘Arzt’)**

Siehe Definition von Arzt.

**‘Versicherungsnehmer’**

Der Arbeitgeber oder das Individuum, das die Versicherung zugunsten der Versicherten Person(en) abschließt. Derjenige, der die entsprechenden Versicherungsbeiträge im Namen der Versicherten Person(en) an den Versicherer bezahlt. Der Name des Versicherungsnehmers ist in den Besonderen Bedingungen des Versicherungsvertrages aufgeführt.

**‘Vertragsverlängerungsdatum’**

Für Privatkunden ist dieses abhängig der gewählten Vertragsdauer. Für vierteljährliche Verträge sind das: der 1. Januar, der 1. April, der 1. Juli und der 1. Oktober. Für halbjährliche Verträge sind das: der 1. Januar und der 1. Juli. Für jährliche Verträge ist das: der 1. Januar.

Für Geschäftskunden: der 1. Januar oder das Jährliche Verlängerungsdatum (siehe Besonderen Bedingungen).

**‘Vorerkrankungen’**

Medizinische oder ähnliche Zustände, für die Symptome vor Versicherungsbeginn aufgetreten sind, unabhängig davon, ob eine medizinische Behandlung oder Konsultation erfolgt ist. Alle diese Zustände oder verwandte Zustände, die die/der Versicherte und ihre/ seine Angehörigen kennen, kannten oder von denen vernünftigerweise angenommen werden kann, dass diese bekannt waren, werden als Vorerkrankungen betrachtet.

**‘Verschriebene Medikamente’**

Medikamente/Arzneimittel, die nötig sind, um eine bestätigte medizinische Diagnose oder einen medizinischen Zustand zu behandeln, und die nicht ohne Verschreibung eines Arztes erhältlich sind (ausgenommen sind frei verkäufliche Arzneimittel).

**‘Angemessen und üblich’**

Medizinische Kosten werden als Angemessen und üblich angesehen, wenn sie den Kosten entsprechen, die üblicherweise für eine vergleichbare Leistung oder Lieferung entstehen, und wenn sie die normalen Kosten, die für eine solche Leistung oder Lieferung unter den bestmöglichen Bedingungen an dem Ort, an dem die Leistung oder Lieferung erbracht wird, berechnet werden, nicht überschreiten. Falls es wegen der ungewöhnlichen Natur der Leistung oder Lieferung nicht möglich ist, die üblichen und allgemein geltenden Kosten zu ermitteln, wird der Verwalter im Namen des Versicherers festlegen, in welchem Umfang die Kosten Angemessen und üblich sind, wobei folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- die Komplexität der Behandlung;
- das Ausmaß der erforderlichen Fachkenntnisse;
- und alle übrigen maßgeblichen Faktoren.

**‘Einkommen’**

Der regelmäßig gezahlte Bruttoverdienst vor Abzug von Steuern, den die/der Versicherte zu Beginn des Versicherungsvertrages erhalten hat. Das Bruttoeinkommen beinhaltet keine Zulagen wie z.B. Firmen-PKW, Überstundenzuschläge, Tantiemen oder Spesen. Im Leistungsfall ist ein aussagekräftiger Einkommensnachweis vorzulegen.

Das Bruttoeinkommen eines versicherten Selbständigen berechnet sich nach dem durchschnittlichen Bruttoeinkommen der letzten drei Jahre vor dem Eintritt des Versicherungsfalls.

**‘Besondere Bedingungen’**

Ein Dokument, das bei Abschluss eines Versicherungsvertrags ausgestellt wird und die folgenden Angaben enthält:

- die Identität des Versicherungsnehmers und der Versicherten Personen;
- die gewählten Versicherungsoptionen und Versicherungsdauer;
- die Höhe der Versicherungsbeiträge;
- jedwede Einzelvereinbarung oder sonstige Abweichung von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

**‘Facharzt’**

Ein Arzt, der über eine besondere Qualifikation oder Erfahrung in der Behandlung der behandelten Krankheit oder Verletzung verfügt.

**‘Standard-Privatzimmer’**

Ein Zimmer mit einem Bett. Ein Standard-Privatzimmer ist die günstigste reguläre Art eines Privatzimmers in einem Krankenhaus.

**‘Operation’**

Jede der folgenden medizinischen Methoden:

- Einschnitte, Entfernung oder Elektrokauterisation eines Organs oder Körperteils - zahnmedizinische Leistungen ausgenommen;
- Wiederherstellung, Korrektur oder Rekonstruktion eines Organs oder Körperteils, sowohl invasiv als auch nicht-invasiv;
- Verringerung eines Knochenbruchs oder einer Dislokation durch Manipulation;
- Einsatz von Endoskopie zum Entfernen eines Steines oder anderen Objektes aus Kehlkopf, Bronchien, Luftröhre, Speiseröhre, Magen, Darm, Gallenblase oder Harnröhre.

**‘Behandlung’ bzw. ‘medizinische Behandlung’**

Durch einen Arzt ausgeführte medizinische Untersuchungen und/oder Verfahren, die zur Wiederherstellung der Gesundheit nötig sind.

### **3. Berechtigung und Aufnahme in die Versicherung**

#### **3.1. Berechtigung**

Die Cigna expatplus Versicherungen stehen einzelnen Expats (Privatpersonen und deren Angehörigen<sup>1</sup>) offen, sowie Arbeitgebern, welche ihre Arbeitnehmer (und deren Angehörige<sup>1</sup>) absichern möchten, während sie im Ausland arbeitstätig sind (Gruppenversicherung).

Das Domizil des Vertrags muss in der europäischen Wirtschaftszone liegen (es geht also um die Adresse des Vertrags).

Partner und Angehörige, die unter derselben Adresse wohnen, müssen denselben Versicherungsumfang wählen (einschließlich der Höhe der Selbstbeteiligung) und können gemeinsam nur einen einzigen Versicherungsvertrag abschließen.

Der Versicherer hat das Recht, Gruppenversicherungen zu kündigen, wenn die Zahl der zu versichernden Arbeitnehmer auf eins (1) fällt.

---

<sup>1</sup> Die Definition von 'Angehörigen' finden Sie unter Art. I-2; die Basisversicherung (einschließlich der medizinischen Evakuierung und Assistance) sowie die Zusatzversicherungen 'Zahnmedizinische Versorgung' stehen den Angehörigen des Versicherungsnehmers offen. Die Zusatzversicherungen 'Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit' und 'Dauerhafte Berufsunfähigkeit' stehen den Angehörigen nicht offen. Die Zusatzversicherung 'Unfalltod und Invalidität' und die Lebensversicherung können jedoch von dem Ehepartner (oder dem gesetzlichen Partner) und den erwachsenen Kindern (d.h. ab dem Alter von 18 Jahren) des Arbeitnehmers bzw. des einzelnen Expat abgeschlossen werden, sofern für diese Personen auch die Basisversicherung besteht.

## 3.2. Aufnahme in die Versicherung

### 3.2.1. Einzelne Expats ('Einzelversicherung')

Ein medizinischer Fragebogen ist für jeden Antragsteller (einschließlich aller Angehörigen) auszufüllen und vom Antragsteller über den Verwalter dem medizinischen Berater (Arzt) des Versicherers vorzulegen. Der medizinische Berater kann den teilweisen oder gesamten Versicherungsausschluss (Ablehnung des Versicherungsschutzes) definieren oder in seinem Ermessen einen Zusatzbeitrag vorschlagen, um auf Risikoausschlüsse zu verzichten.

Die Informationen in diesem medizinischen Fragebogen sind 4 Monate lang gültig. Wenn der Versicherungsvertrag später als 4 Monate nach dem Unterschriftsdatum in Kraft tritt, muss ein neuer medizinischer Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben werden.

### 3.2.2. Angestellte Expats ('Gruppenversicherung')

Bei Pflichtmitgliedschaft über den Arbeitgeber und falls die Gruppe der registrierten Mitarbeiter zehn (10) oder mehr Mitglieder zählt und nach einer Bewertung des Risikoprofils der Gruppe, kann im Ermessen des Versicherers auf (eine) Gesundheitserklärung(en) für die internationale Krankenversicherung verzichtet werden. In solchen Fällen erfolgt eine sofortige Aufnahme in vollem Umfang in die internationale Krankenversicherung (einschließlich der Medizinischen Evakuierung und Assistance sowie der Zahnmedizinischen Versorgung) sowohl der Arbeitnehmer wie aller Angehörigen. Bei Versicherungen für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und dauerhafte Berufsunfähigkeit sowie bei Lebensversicherungen hat der Versicherer jedoch das Recht, nach eigenem Ermessen einen Teil- oder Totalausschluss zu beschließen oder die Erhebung von Risikozuschlägen zu unterbreiten.

Falls die Zahl der zu versichernden Arbeitnehmer niedriger als zehn (10) ist, so ist ein medizinischer Fragebogen für jeden Arbeitnehmer und für jeden Angehörigen auszufüllen und von der/m/n Antragsteller(in/n) dem medizinischen Berater (Arzt) des Verwalters vorzulegen. Der medizinische Berater kann den teilweisen oder gesamten Versicherungsausschluss definieren oder in seinem Ermessen einen Zusatzbeitrag vorschlagen, um auf Risikoausschlüsse zu verzichten.

## 3.3. Erweiterung der Versicherung auf zusätzliche Angehörige

Die Mitversicherung von neugeborenen oder adoptierten Kindern ist möglich, vorausgesetzt, dass der Antrag innerhalb von zwei (2) Monaten nach der Geburt oder Adoption (eines minderjährigen Kindes) gestellt wird.

Falls der Antrag nicht innerhalb dieser zwei Monate gestellt wird, muss ein medizinischer Fragebogen ausgefüllt und an den medizinischen Berater des Verwalters gesendet werden. Der medizinische Berater kann einen zusätzlichen Beitrag vorschlagen, um auf Leistungsausschlüsse zu verzichten.

Beiträge für das neugeborene Kind müssen ab dem ersten (1.) Tag der Aufnahme in die Versicherung bezahlt werden.

## 3.4. Aufnahme/Herausnahme von Arbeitnehmern in die/aus der Gruppenversicherung

Der Mindestversicherungszeitraum für neue, in die Gruppenversicherung aufgenommene Arbeitnehmer beträgt drei Monate.

Anträge auf die Aufnahme oder Herausnahme von Arbeitnehmern können bis zu 60 Tage nach Eingang der Benachrichtigung beim Versicherer rückwirkend bearbeitet werden.

## 3.5. Altersgrenze für die Aufnahme in die Versicherung

- Für einzelne Expats liegen die Altersgrenzen zur Aufnahmefähigkeit in die Versicherung bei mindestens achtzehn (18) bzw. maximal sechzig (60) Jahren.
- Für Arbeitnehmer, die durch ihre Arbeitgeber auf verbindlicher Basis versichert werden, gibt es keine Altersgrenze für die Aufnahme in die Basisversicherung.
- Für die Zusatzversicherungen gelten die für diese Versicherungen anwendbaren Bedingungen.

### **3.6. Änderung des geografischen Geltungsbereichs, des Versicherungsumfangs oder der Selbstbeteiligung**

#### **3.6.1. Für Privatkunden**

Falls der/die Versicherte in den USA, Kanada, China, Hongkong oder Singapur wohnhaft ist (das heißt, dass sein/ihr Gastland die USA, Kanada, China, Hongkong oder Singapur ist) ist ein weltweiter Geltungsbereich vorgeschrieben.

Eine Änderung des geografischen Geltungsbereichs (Territorium) ist jederzeit in Abhängigkeit vom Aufnahmeland möglich. Es ist jedoch nicht möglich, zu einem weltweiten Geltungsbereich mit der Absicht zu wechseln, medizinische Behandlung in den USA, Kanada, China, Hongkong oder Singapur zu erhalten.

Verlagert sich die Gastlandsadresse eines Expats in die USA oder nach Kanada, China, Hongkong oder Singapur, hat der Versicherer das Recht, den geografischen Geltungsbereich der Versicherung 'Weltweit außer in den USA, Kanada, China, Hongkong und Singapur' durch 'Weltweit' zu ersetzen.

Eine Änderung des geografischen Geltungsbereichs ist wenigstens einen (1) Monat vor der Änderung des Gastlandes zu beantragen.

Handelt es sich beim Heimatland um die USA, Kanada, China, Hongkong oder Singapur, kann der/die Versicherte bei Abschluss der Cigna expatplus Versicherung zwischen zwei Geltungsbereichen wählen: Weltweit oder weltweit ohne die USA, Kanada, China, Hongkong und Singapur. Diese Festlegung ist bindend und kann solange der/die Versicherte einen Cigna expatplus Versicherungsschutz genießt, nicht geändert werden.

Eine Ab- oder Aufstockung des Leistungsniveaus ist möglich, allerdings nur am jährlichen Vertragsverlängerungsdatum.

Im Falle einer Aufstockung des Leistungsniveaus hat der Versicherer das Recht, den auf der Gastlandsadresse des Expats basierenden geografischen Geltungsbereich 'Weltweit außer in den USA und Kanada' und 'Weltweit außer in den USA, Kanada, China, Hongkong und Singapur' der Versicherung durch 'Weltweit' zu ersetzen.

Im Fall einer Aufstockung muss der medizinische Fragebogen erneut ausgefüllt und unterzeichnet werden (falls zutreffend am Datum der Aufnahme in der Versicherung).

Die Wartezeiten für das neue Leistungsniveau gelten ab dem effektiven Inkrafttreten des neuen Geltungsbereichs.

Bei Änderung der Selbstbeteiligungshöhe gilt die neue Selbstbeteiligung für Kosten, die ab dem tatsächlichen Änderungsdatum entstehen. Vor diesem Änderungsdatum bereits geleistete Selbstbeteiligungen werden nicht berücksichtigt. Dies bedeutet, dass die Höhe der neuen Selbstbeteiligung ab dem Datum des Inkrafttretens dieser Selbstbeteiligung angewendet wird.

Eine Änderung des Versicherungsumfangs oder der Höhe der Selbstbeteiligung muss wenigstens einen (1) Monat vor dem Vertragsverlängerungsdatum beantragt werden.

Für die Einhaltung dieser Fristen ist es ausreichend, wenn der Versicherungsnehmer dem Verwalter seinen Antrag auf dem Postweg, per E-Mail oder per Fax zukommen lässt.

#### **3.6.2. Für Geschäftskunden**

Falls der/die Versicherte in den USA oder Kanada wohnhaft ist (d.h. sein/ihr Gastland die USA oder Kanada ist) oder falls der/die Versicherte ein/eine US-amerikanische(r) oder kanadische(r) Staatsbürger(in) ist (d.h. sein/ihr Heimatland die USA oder Kanada ist), dann ist ein weltweiter Geltungsbereich vorgeschrieben, sofern nichts anderes beantragt und von dem Versicherer genehmigt wurde.

Eine Änderung des geografischen Geltungsbereichs (Territorium) ist jederzeit in Abhängigkeit vom Heimatland und Gastland möglich. Es ist jedoch nicht möglich, zu einem weltweiten Geltungsbereich mit der Absicht zu wechseln, medizinische Behandlung in den USA oder Kanada zu erhalten.

Eine Änderung des geografischen Geltungsbereichs ist wenigstens einen (1) Monat vor der Änderung des Gastlandes zu beantragen.

Eine Ab- oder Aufstockung des Leistungsniveaus ist möglich, allerdings nur am jährlichen Vertragsverlängerungsdatum.

Im Fall einer Aufstockung muss der medizinische Fragebogen erneut ausgefüllt und unterzeichnet werden (falls zutreffend am Datum der Aufnahme in der Versicherung).

Die Wartezeiten für das neue Leistungsniveau gelten ab dem effektiven Inkrafttreten des neuen Geltungsbereichs.

Bei Änderung der Selbstbeteiligungshöhe gilt die neue Selbstbeteiligung für Kosten, die ab dem tatsächlichen Änderungsdatum entstehen. Vor diesem Änderungsdatum bereits geleistete Selbstbeteiligungen werden nicht berücksichtigt. Dies bedeutet, dass die Höhe der neuen Selbstbeteiligung ab dem Datum des Inkrafttretens dieser Selbstbeteiligung vollständig zahlbar ist.

Eine Änderung des Versicherungsumfangs oder der Höhe der Selbstbeteiligung muss wenigstens einen (1) Monat vor dem Vertragsverlängerungsdatum beantragt werden.

Für die Einhaltung dieser Fristen ist es ausreichend, wenn der Versicherungsnehmer dem Verwalter seinen Antrag auf dem Postweg, per E-Mail oder per Fax zukommen lässt.

### **3.7. Individuelle Fortsetzung**

Expats, die mindestens sechs (6) Monate innerhalb einer Cigna expatplus-Gruppenversicherung versichert waren und deren Versicherungsschutz ausläuft, können (unter der Voraussetzung, dass sie ihren Status als Expat behalten), vor dem tatsächlichen Ablaufdatum ihrer Gruppenversicherung eine internationale Krankenversicherung auf Privatkundenbasis beantragen, deren allgemeine Bedingungen (einschließlich der Versicherungsleistungen und der Versicherungsbeiträge) jedoch von der Cigna expatplus-Gruppenversicherung, deren Schutz sie zuvor genossen hatten, abweichen. Es findet keine Gesundheitsprüfung statt, und es gelten keine Wartezeiten. Es gelten jedoch unvermindert die oben stehenden Art. I-3.4 und Art. I-3.5. Für die konkreten allgemeinen Bedingungen, einschließlich der Berechtigungskriterien, werden die Expats gebeten, sich mit dem Versicherer bzw. Vertragsverwalter in Verbindung zu setzen.

## **4. Beginn des Versicherungsschutzes**

Die Gültigkeit der Versicherung beginnt an dem Folgetag, an dem der Verwalter:

- den ausgefüllten Versicherungsantrag akzeptiert;
- der medizinische Berater die/den Versicherungskandidatin/en zur Aufnahme in die Versicherung akzeptiert, falls eine solche medizinische Akzeptanz gemäß den spezifischen Berechtigungsvoraussetzungen und Akzeptanzregeln der jeweiligen Versicherungen notwendig sind, wie in den entsprechenden Kapiteln dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen niedergelegt.

Im Hinblick auf die Erweiterung der Versicherung auf zusätzliche Angehörige wird auf Art. I-3.3. verwiesen.

Die Versicherung tritt allerdings erst in Kraft, nachdem der erste Versicherungsbeitrag ordnungsgemäß beim Verwalter im Auftrag des Versicherers eingegangen ist.

## **5. Widerspruchsfrist**

Der Versicherungsnehmer hat eine Widerspruchsfrist von vierzehn (14) Kalendertagen, um ohne Begründung auf den Vertrag zu verzichten. Diese Frist beginnt entweder am Tag des Abschlusses des Fernabsatzvertrags oder am Tag, an dem der Versicherungsnehmer die Vertragsbedingungen erhält (falls dieses Datum später wäre). Die/der Versicherte bekommt in diesem Fall den schon bezahlten Beitrag erstattet, sofern sie/er noch keine Leistungsansprüche geltend gemacht hat.

Für die Einhaltung dieser Frist ist es ausreichend, wenn der Versicherungsnehmer dem Verwalter seine Rücktrittsanzeige auf dem Postweg, per E-Mail oder per Fax zukommen lässt.

## **6. Laufzeit und Kündigung der Versicherung**

### **6.1. Laufzeit und Verlängerung von Einzelversicherungen**

Soweit nichts anderes zwischen den beiden Parteien (dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer) vereinbart wurde, wird die Laufzeit der Versicherungspolice auf drei (3) Monate festgelegt, beginnend ab dem effektiven Datum des

Versicherungsschutzes, wie im vorstehenden Art. I-4. dargelegt. Die Police wird nach Ablauf dieses Dreimonatszeitraums automatisch durch stillschweigende Vereinbarung um aufeinander folgende Zeiträume von jeweils drei (3) Monaten verlängert.

Fällt das effektive Startdatum des Vertrags nicht auf den ersten (1.) Tag eines Kalenderjahresquartals, so gilt als erster Verlängerungstermin der erste Tag des folgenden Kalenderjahresquartals.

## **6.2. Laufzeit und Verlängerung von Gruppenversicherungen**

Soweit nichts anderes zwischen den beiden Parteien (dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer) vereinbart wurde, wird die Laufzeit der Versicherungspolice auf zwölf Monate festgelegt. Versicherungen können zum Vertragsverlängerungsdatum bei Eingang der unterzeichneten Besonderen Bedingungen beim Versicherer und sofern der Beitrag für den nächsten Versicherungszeitraum bezahlt wurde, verlängert werden.

## **6.3. Kündigung der Police**

Die Police kann vom Versicherungsnehmer durch Mitteilung per Einschreiben, welche dem Versicherer wenigstens einen Monat vor dem Datum der Verlängerung der Police zugestellt wird, gekündigt werden.

Soweit nichts anderes zwischen den beiden Parteien (dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer) vereinbart wurde, führt die Kündigung einer oder mehrerer Zusatzversicherungen (Unfalltod und –Invalidität, Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, Dauerhafte Berufsunfähigkeitsversicherung, Zahnmedizinische Versorgung und/oder Lebensversicherung) nicht automatisch zur Kündigung der Basisversicherung.

## **6.4. Risikoverschlechterung**

Außer bei Veränderungen des Gesundheitszustandes der/des Versicherten, die nach der Aufnahme in die Versicherung eintreten, ist die/der Versicherte verpflichtet, den Verwalter von jeder Veränderung der Umstände oder Bedingungen, die das Krankheitsrisiko oder die Unfallgefahr (z.B. gefährliche berufliche Aktivität) erhöhen können, in Kenntnis zu setzen. Der Versicherer kann innerhalb einer Frist von einem Monat, nachdem er über die Verschlechterung des Risikos informiert wurde, neue Versicherungsbedingungen vorschlagen oder den Versicherungsschutz innerhalb von einem Monat rückwirkend ab dem Zeitpunkt, an dem die Risikoverschlechterung begonnen hat, stornieren.

## **7. Ende der Versicherung**

### **7.1. Für die/den Versicherte(n) endet die Versicherung gemäß dieser Police automatisch**

- falls ein Versicherungsbeitrag nicht am vorgesehenen Termin oder innerhalb einer Nachfrist gezahlt wird;
- falls der Versicherte ein abhängiges Kind ist, am einunddreißigsten (31.) Dezember des Jahres, in dem das Kind achtundzwanzig (28) Jahre alt wird, oder wenn sie/er nicht länger ein Angehöriger ist oder am Tag der Heirat;
- falls der Angehörige ein Ehepartner oder gesetzlicher Partner ist, am Tag der Scheidung oder der gesetzlichen Trennung von der/dem Versicherten oder bei der Beendigung der gesetzlichen Partnerschaft;
- falls die Erfüllung irgendeines Versicherungsschutzes dieses Versicherungsvertrages gegen Gesetze verstößt;
- falls der Versicherer irreführende Angaben erhalten hat oder ihm Informationen vorenthalten wurden, die ihm zur Verfügung hätten gestellt werden müssen und die seine Risikobewertung des/der mit diesem Vertrag Versicherten beeinflusst hätten;
- beim Tod der/des Versicherten.

### **7.2. Aussetzung des Versicherungsschutzes und Kündigung der Versicherung wegen nicht gezahlter Beiträge**

Falls der Versicherungsnehmer den Versicherungsbeitrag nicht bei Fälligkeit zahlt, hat der Versicherer das Recht, den Versicherungsvertrag auszusetzen oder zu stornieren.

Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer zunächst durch eingeschriebenen Brief benachrichtigen und diesen an den Beitrag erinnern, der nicht bezahlt wurde, sowie ihn über die Folgen der Nichtzahlung informieren. Wird der Beitrag nicht innerhalb von fünfzehn (15) Tagen nach Zustellung oder Aufgabe des eingeschriebenen Briefs bei der Post bezahlt,

wird der Versicherungsschutz automatisch ausgesetzt. Mit Zahlung der fälligen Beiträge durch den Versicherungsnehmer endet die Aussetzung des Versicherungsschutzes.

Der Versicherer kann den Versicherungsvertrag während des Zeitraums der Aussetzung stornieren. In diesem Fall wird die Stornierung nach Ablauf des Zeitraums von fünfzehn (15) Tagen, beginnend ab dem ersten Tag der Aussetzung, wirksam.

Leistungsansprüche, die während des Zeitraums der Aussetzung entstehen, sind nicht durch die Versicherung gedeckt.

## 8. Beitrag und Beitragserhöhung

### 8.1. Höhe und Zahlung des Versicherungsbeitrags

Die Höhe des Versicherungsbeitrags ist in den Besonderen Bedingungen angegeben.

Der Beitrag muss vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich im Voraus vom Versicherungsnehmer über den Verwalter an den Versicherer gezahlt werden, falls nichts anderes zwischen sowohl Versicherungsnehmer als auch Versicherer vereinbart wurde.

Steuern und Gebühren, die sich aus geltenden Gesetzen ergeben, werden dem Versicherungsbeitrag hinzuaddiert und sind in voller Höhe vom Versicherungsnehmer zu zahlen.

Die Zahlungsfrequenz der Beiträge kann geändert werden:

- von vierteljährlich nach halbjährlich oder nach jährlich (Senkung der Frequenz), falls mindestens einen (1) Monat vor dem Vertragsverlängerungsdatum beantragt;
- von jährlich nach halbjährlich oder nach vierteljährlich (Erhöhung der Frequenz), falls mindestens einen (1) Monat vor dem jährlichen Vertragsverlängerungsdatum beantragt.

### 8.2. Beitragserhöhung

Erhöht der Versicherer den Versicherungsbeitrag, muss er diese Erhöhung sowie das Datum, ab dem der neue Beitrag gültig ist, dem Versicherungsnehmer schriftlich mitteilen, und zwar spätestens:

- am fünfzehnten (15.) November des auslaufenden Kalenderjahres (für Privatkunden);
- zwei (2) Monate vor dem jährlichen Verlängerungsdatum (bei Gruppenverträgen), sofern zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer nichts anderes vereinbart ist.

Der neue Versicherungsbeitrag wird wirksam:

- am ersten (1.) Januar des nächsten Kalenderjahres (für Privatkunden);
- am nächsten jährlichen Verlängerungsdatum (oder am oder nach dem ersten (1.) Januar des nächsten Kalenderjahres (für Geschäftskunden)).

Ist der Versicherungsnehmer nicht mit den neuen Beitragsbedingungen einverstanden, kann er/sie die Police durch Mitteilung an den Versicherer mit eingeschriebenem Brief, per E-Mail oder Fax kündigen.

- vor dem fünfzehnten (15.) Dezember (für Privatkunden);
- wenigstens einen Monat vor dem jährlichen Verlängerungsdatum (für Geschäftskunden).

Alternativ und ausschließlich für Privatkunden akzeptiert der Versicherer eine Auf- oder Abstufung des Leistungsniveaus zum ersten (1.) Januar. Dieser außerordentliche Wechsel ist spätestens bis zum dreißigsten (30.) November durch eine Mitteilung per eingeschriebenem Brief, E-Mail oder Fax an den Versicherer bzw. den Verwalter zu beantragen.

Im Falle einer Beitragserhöhung wegen einer Änderung der Altersgruppe gibt es keine separate Benachrichtigung. Die neuen Beiträge gelten ab dem nächsten Vertragsverlängerungsdatum. Eine Vertragskündigung wegen einer Beitragserhöhung infolge einer Änderung der Altersgruppe ist nicht möglich.



## 9. Rückkehr in das Heimatland

Wenn die/der Versicherte in ihr/sein Heimatland zurückkehrt, um dort zu leben und/oder zu arbeiten, und dadurch der Zeitraum der Arbeit im Ausland endet, ist die/der Versicherte oder der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer (über den Verwalter) mindestens einen (1) Monat vor dem Vertragsverlängerungsdatum schriftlich das genaue Datum des Umzugs in das Heimatland anzuzeigen. Die Versicherung bleibt bis zum genauen Datum der Rückkehr ins Heimatland in Kraft und wird zu diesem Zeitpunkt automatisch gekündigt.

Der Versicherungsnehmer kann trotzdem verlangen – schriftlich und mindestens einen (1) Monat vor dem Vertragsverlängerungsdatum – den Versicherungsschutz für einen weiteren Dreimonatszeitraum (ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes) zu den Bedingungen, die am ersten Tag dieses zusätzlichen Dreimonatszeitraums herrschen, zu verlängern. Während dieses Zeitraums kann die/der Versicherte (oder der Versicherungsnehmer) die Aufnahme in ein lokales Sozialversicherungssystem beantragen oder eine andere private Versicherung abschließen.

Falls der Versicherer nicht vom Umzug in das Heimatland in Kenntnis gesetzt wird, führt das dazu, dass der Versicherer für die Dauer der Rückkehr der/des Versicherten in ihr/sein Heimatland keinen Versicherungsschutz gewährt.

## 10. Währung

Die Cigna expatplus-Versicherung kann in Euro, Britischen Pfund, US-Dollar oder Schweizer Franken abgeschlossen werden.

Die Wahl der Währung trifft der Versicherungsnehmer, bevor die Versicherung in Kraft tritt; sie kann nur zum jährlichen Verlängerungsdatum geändert werden. Die Währungsumstellung ist mindestens einen (1) Monat vor dem Vertragsverlängerungsdatum zu beantragen. Eine Währungsumstellung beinhaltet, dass der vom Versicherten/von der Versicherten geschuldete abzugsfähige Betrag automatisch auf 0 zurückgesetzt wird.

Je nach Angabe im Antragsformular können die Versicherungsbeiträge in Euro, Britischen Pfund, US-Dollar oder Schweizer Franken gezahlt werden, entsprechend der Währung, in der die Versicherung abgeschlossen wurde. Falls medizinische Kosten in einer anderen Währung als der des Versicherungsvertrages anfallen, erfolgt deren Umrechnung auf der Basis der tagesaktuellen Wechselkurse der Europäischen Zentralbank, die an dem Datum gelten, an dem die medizinische Leistung in Rechnung gestellt wurde.

Der Verwalter kann Arztrechnungen in einer anderen Währung (als der Währung des Versicherungsvertrags) und zwar in der ursprünglichen Währung begleichen, insbesondere im Fall der direkten Zahlung an Krankenhäuser, soweit dies nach der lokalen Gesetzgebung des betroffenen Landes zulässig ist.

## 11. Allgemeine Ausschlüsse

Der in dieser Police beschriebene Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf:

- Folgen einer freiwilligen oder vorsätzlichen Handlung, die von der/dem Versicherten oder ihren/seinen Angehörigen begangen wurde;
- Folgen der professionellen Ausübung einer Sportart, auch wenn es sich um einen sekundären Beruf handelt;
- Folgen von Aufständen oder Unruhen, wenn die/der Versicherte oder ihre/seine Angehörigen durch die Teilnahme hieran gegen geltende Gesetze verstoßen haben;
- Folgen von Schlägereien, Prügeleien und aller Art von Störungen sowie Maßnahmen, die zu ihrer Bekämpfung ergriffen werden, außer im Falle der Selbstverteidigung;
- Folgen der Vorbereitung oder der Teilnahme an Verbrechen oder Vergehen;
- Folgen von Drogenabhängigkeit und Alkoholismus;
- unmittelbare oder mittelbare Folgen einer Aktion im Zusammenhang mit dem, was üblicherweise als 'Kernenergieisiko' bezeichnet wird. Dieser Ausschluss gilt nicht für medizinische Strahlungen, die für eine durch die Versicherung leistungspflichtige medizinische Behandlung erforderlich sind;
- Ereignisse im Zusammenhang mit Wetten oder Herausforderungen;
- Kosten, die aus einem Wettkampf mit Motorfahrzeugen resultieren;
- Flugrisiko: Die Versicherung umfasst die Benutzung als Passagier aller ordnungsgemäß für den Personentransport zugelassenen Flugzeuge, Wasserflugzeuge oder Hubschrauber, solange die/der Versicherte kein Mitglied der Crew ist und während des Flugs keine berufliche oder sonstige Aktivität im Zusammenhang mit dem Flugzeug oder dem



Flug ausübt. Dieser Ausschluss ist nicht gültig für die Internationale Krankenversicherung und die Versicherung ‚Zahnmedizinische Versorgung‘;

- Kriegsfolgen oder Folgen von Kriegshandlungen und Terrorismus in dem im nachstehenden Art. I-12. angegebenen Umfang.

### **Wichtiger Hinweis**

Für die zusätzlichen spezifischen Ausschlüsse im Zusammenhang mit jedem separaten Versicherungsschutz des Cigna expatplus-Versicherungsprogramms wird ausdrücklich auf die Bestimmungen verwiesen, die für die verschiedenen Arten des Versicherungsschutzes typisch sind (siehe Kapitel II).

## **12. Krieg und Terrorismus**

### **12.1. Definitionen**

#### **‘Krieg’**

- Ein bewaffneter Konflikt, erklärt oder nicht erklärt, zwischen zwei Staaten, eine Invasion oder ein Belagerungszustand.
- Ebenso als Kriegsakt angesehen werden alle ähnlichen Aktionen eines souveränen Staates unter Einsatz militärischer Kräfte, um bestimmte ökonomische, geografische, nationalistische, politische, rassische oder sonstige Ziele zu erreichen.
- Bürgerkrieg: ein bewaffneter Konflikt zwischen zwei oder mehr Parteien, die zum selben Staat gehören, deren Mitglieder verschiedener ethnischer Ursprünge, Religion oder Ideologie sind.
- Als Bürgerkrieg werden ebenso folgende Aktionen angesehen: eine bewaffnete Rebellion, eine Revolution, eine Aufwiegelung, ein Aufstand, ein Staatsstreich, die Folgen von Kriegsrecht und Grenzschließungen, die von einer Regierung oder lokalen Behörden angeordnet werden.

#### **‘Terrorismus’**

- Jeder tatsächliche oder angedrohte Einsatz von Kraft oder Gewalt, der auf Schäden, Verletzungen oder Störungen gerichtet ist oder solche verursacht;
- Die Begehung einer Handlung, die für das menschliche Leben oder für das Eigentum gefährlich ist, gegen eine Person, Eigentum oder Regierung gerichtet ist mit dem erklärten oder unerklärten Ziel, ökonomische, ethnische, nationalistische, politische, rassische oder religiöse Interessen zu verfolgen, unabhängig davon, ob solche Interessen erklärt wurden oder nicht;
- Überfälle oder sonstige kriminelle Handlungen, die in erster Linie für den persönlichen Gewinn begangen werden, und Handlungen, die sich in erster Linie aus früheren persönlichen Beziehungen zwischen Täter(n) und Opfer(n) ergeben, werden nicht als terroristische Handlungen angesehen.

Terrorismus schließt jede Handlung ein, die von der (jeweiligen) Regierung als terroristische Handlung bestätigt oder anerkannt wird.

### **12.2. Leistungsbeschreibung**

Wegen der Risiken und Folgen von Krieg und Terrorismus sind alle Folgen der aktiven Beteiligung der/des Versicherten (und/oder ihrer/seiner Angehörigen) an Kriegs- und Terroroperationen ausdrücklich von jeglichem Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Falls die/der Versicherte Opfer von Kriegs- und Terrorhandlungen ohne aktive Beteiligung der/des Versicherten und/oder ihrer/seiner Angehörigen an diesen Aktivitäten wird, ist die/der Versicherte innerhalb der Obergrenzen und Höchstbeträge des Versicherungsschutzes durch die Versicherung versichert.

Die Zusatzversicherungen (Lebensversicherung, Unfalltod und -Invalidität, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und dauerhafte Berufsunfähigkeit) gelten jedoch nicht, wenn die/der Versicherte (oder versicherte Angehörige) in ein Land oder in eine Region gereist oder aus einem Land oder aus einer Region abgereist ist oder hier wohnhaft war, von dem allgemein bekannt war, dass es oder sie sich zu dem Zeitpunkt, in dem die/der Versicherte oder ihre/seine versicherten Angehörigen Schäden (Körperverletzungen oder Tod) erlitten haben, im Kriegs- oder Bürgerkriegszustand befand. Falle einer Meinungsverschiedenheit darüber, ob von einem bestimmten Land bekannt ist, dass es sich im Kriegs- oder im Bürgerkriegszustand befindet, ist die Liste der Länder (oder Regionen) maßgeblich, für die das britische Außenministerium (UK Foreign and Commonwealth Office FCO) auf seiner offiziellen Webseite [www.fco.gov.uk](http://www.fco.gov.uk) von

Reisen abrät (Kennzeichnung: 'We advise against all travel to these countries/parts of these countries' – von Reisen wird dringend abgeraten).

Falls die/der Versicherte im Ausland durch das plötzliche Auftreten eines neuen Krieges (Kriegsausbruchs) oder durch kriegsähnliche Situationen und Handlungen überrascht wird, bleibt der Versicherungsschutz vierzehn (14) Tage lang wirksam, beginnend ab dem Ausbruch der Feindseligkeiten.

### 13. Datenschutz

Der Versicherungsvertrag unterliegt dem belgischen Gesetz über den Datenschutz von 1992. Dieses Gesetz gilt im Zusammenhang mit allen persönlichen Daten, die in Verbindung mit diesem Versicherungsvertrag verarbeitet werden. Der Versicherer und der Verwalter garantieren ausreichende technische und organisatorische Maßnahmen zur Sicherung jeglicher durchzuführender Datenverarbeitung. Sie ergreifen zu diesem Zweck technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz vor unerlaubter oder unrechtmäßiger Verarbeitung sowie vor zufälligem Verlust oder zufälliger Zerstörung oder Beschädigung solcher Daten. Folgende Verpflichtungen werden eingehalten:

- Die persönlichen Daten werden ausschließlich für die Ausführung des vorliegenden Versicherungsvertrags und für die Zwecke, zu denen sie dem Versicherer und dem Verwalter übertragen wurden, verarbeitet.
- Es wird sichergestellt, dass der Zugang zu den Daten und die Möglichkeiten der Verarbeitung für die Personen, die unter ihrer Aufsicht handeln, auf das für die Erfüllung ihrer Aufgaben und für die Anforderungen der Dienstleistung, die Gegenstand des vorliegenden Versicherungsvertrags ist, erforderliche Maß beschränkt sind.
- Persönliche Daten werden Dritten gegenüber nur in dem Umfang offengelegt, wie diese Offenlegung für die Erfüllung der durch den Versicherungsvertrag gedeckten Dienstleistungen erforderlich ist.

### 14. Forderungsübergang

Für alle Leistungen, die im Rahmen dieses Versicherungsvertrags bezahlt werden, besitzt der Versicherer das uneingeschränkte Recht der Forderungsabtretung.

Daher ist die/der Versicherte, wenn sie/er aufgefordert wird, dieses Recht dem Versicherer zu bestätigen, um den Versicherer darin zu unterstützen, von einer dritten Partei einen Betrag, der vom Versicherer an die/den Versicherte(n) bezahlt wurde oder bezahlt wird, oder Auslagen zurückzufordern, die im Namen der/des Versicherten geleistet wurden, verpflichtet, diese Bestätigung dem Versicherer schriftlich zur Verfügung zu stellen.

### 15. Einlassung

Jede sich aus dem Versicherungsvertrag ergebende Einlassung, die der Versicherer gegen den Versicherungsnehmer geltend machen kann, kann auch gegen die/den Versicherten vorgebracht werden, unabhängig davon, um wen es sich dabei handelt.

### 16. Beschwerdeverfahren

Hat eine/ein Versicherte(r) eine Beschwerde bezüglich des Service vorzubringen, die sie/er gemäß diesem Versicherungsvertrag erhält, so steht das folgende Verfahren zur Klärung der Situation zur Verfügung:

- Zunächst sollte sich die/der Versicherte schriftlich wenden an den Leiter der Beschwerdeabteilung von Cigna expatplus, Cigna expatplus, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgien.
- Falls sie/er dann noch immer nicht zufrieden ist, kann die/ der Versicherte sich schriftlich an den geschäftsführenden Direktor des Verwalters wenden:  
Chief Executive Officer, Cigna expatplus, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgien.

Im Falle einer Meinungsverschiedenheit mit dem Versicherer oder dem Versicherungsvermittler wird der Ombudsman sich für eine freundliche Abwicklung einsetzen.

Ombudsman van de verzekeringen de Meeûsquare 35  
B-1000 Brüssel  
Fax + 32 2 547 59 75  
[info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)

## **17. Geltendes Recht**

Dieser Versicherungsvertrag wird nach belgischem Recht ausgestellt und unterliegt belgischem Recht.

# Kapitel II: Versicherungsschutz und Bedingungen der unterschiedlichen Versicherungsleistungen

## BASISVERSICHERUNG

### 1. Internationale Krankenversicherung

Alle Leistungen verstehen sich je versicherte Person und pro Versicherungsjahr (es sei denn anders angegeben).

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
Maximale Erstattung je versicherte Person pro Versicherungsjahr	€ 1.000.000 £ 650.000 \$ 1.250.000 CHF 1.500.000	€ 1.500.000 £ 1.000.000 \$ 1.875.000 CHF 2.250.000	€ 3.000.000 £ 2.000.000 \$ 3.750.000 CHF 4.500.000
Geltungsbereich	<b>Für Privatkunden:</b> - Weltweit - Weltweit außer in den USA, Kanada, China, Hongkong und Singapur <sup>2</sup> <b>Für Geschäftskunden:</b> - Weltweit - Weltweit außer in den USA und Kanada <sup>2</sup>		
Selbstbeteiligung für ambulante Behandlung je Versicherten pro Versicherungsjahr	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 100 - £ 65 - \$ 125 - CHF 150 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450	€ 0 - £ 0 - \$ 0 - CHF 0 € 300 - £ 200 - \$ 375 - CHF 450 € 500 - £ 325 - \$ 625 - CHF 750 € 1.000 - £ 650 - \$ 1.250 - CHF 1.500
<b>1. Stationäre Behandlung (Behandlung mit Übernachtung im Krankenhaus und teilstationäre Behandlung)</b>			
Allgemeiner Pflegesatz (Kostenübernahme erforderlich)	100% Zweibettzimmer oder 80% Einzelzimmer	100% Einzelzimmer	100% Einzelzimmer
Ärztliche Leistungen (Chirurg, Anästhesist)	100%	100%	100%
Andere medizinische Kosten (Röntgen, Medizin, Kleidung, OP Einrichtungen)	100%	100%	100%

<sup>2</sup> Unfall- oder Notfallbehandlungen in den USA, Kanada, China, Hongkong und Singapur sind bei kurzfristigen Aufenthalten bis max. 90 Tage im Kalenderjahr versichert.

	<b>GLOBE</b>	<b>ORBIT</b>	<b>UNIVERSE</b>
Intensivpflegestation	100%	100%	100%
Genesung und Rehabilitation (wenn die Aufnahme direkt nach einer stat. Behandlung erfolgt)	Nicht versichert	Nicht versichert	100% (max. 28 Tage)
Übernachtung eines Elternteils bei Kindern < 16 Jahren	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 1.500 100% max. £ 1.000 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250
<b>2. Ambulante Behandlung</b>			
Arzthonorare (Allgemeinmediziner, Spezialisten)	80%	90%	100%
Diagnosetests, Laboruntersuchungen, visuelle Diagnose (Röntgen, MRT und CT)	80%	90%	100%
Verschreibungspflichtige Medikamente	80%	90%	100%
Physiotherapie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Vorsorgeuntersuchungen/Behandlungen • Jährliche ärztliche Untersuchungen (Checkup) • Sehtest Mammografie • Pap-Test • PSA-Test	100% max. € 600 100% max. £ 400 100% max. \$ 750 100% max. CHF 900	100% max. € 800 100% max. £ 535 100% max. \$ 1.000 100% max. CHF 1.200	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500
Impfungen	100% max. € 200 100% max. £ 130 100% max. \$ 250 100% max. CHF 300	100% max. € 400 100% max. £ 270 100% max. \$ 500 100% max. CHF 600	100% max. € 600 100% max. £ 400 100% max. \$ 750 100% max. CHF 900
Alternative Medizin wie Homöopathie, Akupunktur, Chiropraktiker und Osteopathie	80% max. € 1.000 80% max. £ 650 80% max. \$ 1.250 80% max. CHF 1.500	90% max. € 2.000 90% max. £ 1.300 90% max. \$ 2.500 90% max. CHF 3.000	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Therapien • Ergotherapie • Logopädie und Sprachtherapie • Psychotherapeutische Behandlung	Nicht versichert	50% max. € 1.000 50% max. £ 650 50% max. \$ 1.250 50% max. CHF 1.500	50% max. € 2.000 50% max. £ 1.300 50% max. \$ 2.500 50% max. CHF 3.000

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
<b>3. Weitere medizinische Behandlungen</b>			
Schwangerschaft und Geburt (Diese Leistung kann mit einer Wartezeit von 10 Monaten verbunden sein.) <sup>3</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwangerschaft</li> <li>• Unfruchtbarkeitsbehandlung (die Wartezeit beträgt 10 Monate) und Sterilisation (IVF, ICSI, AI und alle ähnlichen Behandlungsmethoden) (max. Anzahl Versuche)</li> <li>• Geburt (ohne Komplikationen)</li> <li>• Geburt (mit Komplikationen)</li> </ul>	Erstattung analog der Art der ambulanten Behandlung  Nicht versichert  80% max. € 5.000 80% max. £ 3.250 80% max. \$ 6.250 80% max. CHF 7.500  vgl. 1. Stationäre Behandlung	Erstattung analog der Art der ambulanten Behandlung  Nicht versichert  100% max. € 7.500 100% max. £ 5.000 100% max. \$ 9.375 100% max. CHF 11.250  vgl. 1. Stationäre Behandlung	Erstattung analog der Art der ambulanten Behandlung  100% max. € 16.800 (4x € 4.200) 100% max. £ 11.200 (4x £ 2.800) 100% max. \$ 21.000 (4x \$ 5.250) 100% max. CHF 25 200 (4x CHF 6300)  100% max. € 10.000 100% max. £ 6.500 100% max. \$ 12.500 100% max. CHF 15.000  vgl. 1. Stationäre Behandlung
Krebsbehandlung (außer experimenteller Behandlung) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Behandlung und Strahlentherapie oder Chemotherapie</li> <li>• Andere Kosten</li> </ul>	100% vgl. 2. Ambulante Behandlung	100% vgl. 2. Ambulante Behandlung	100% vgl. 2. Ambulante Behandlung
Chronische und bestehende Erkrankungen <sup>4</sup>	Versichert	Versichert	Versichert
AIDS / HIV Behandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Behandlung</li> <li>• Ambulante Behandlung</li> </ul>	100% 80%	100% 90%	100% 100%
Häusliche Pflege	80% max. € 160/Tag 80% max. £ 110/Tag 80% max. \$ 200/Tag 80% max. CHF 240/Tag (max. 60 Tage)	90% max. € 180/Tag 90% max. £ 120/Tag 90% max. \$ 225/Tag 90% max. CHF 270/Tag (max. 60 Tage)	100% max. € 200/Tag 100% max. £ 135/Tag 100% max. \$ 250/Tag 100% max. CHF 300/Tag (max. 100 Tage)
Organtransplantation (ohne	100% max. € 100.000	100% max. € 125.000	100% max. € 150.000

<sup>3</sup> Für Privat- und Geschäftskunden mit Vertragsabschluss ohne vorherige Gesundheitsprüfung. Handelt es sich um ein Unternehmen mit mehr als zehn versicherten Beschäftigten, kann die Wartezeit aufgehoben werden unter der Voraussetzung, dass der Versicherer seine Zustimmung gibt.

<sup>4</sup> Die Aufnahme in die Versicherung kann einer Gesundheitsprüfung unterliegen und von der Zustimmung des medizinischen Beraters abhängen. Für Unternehmen mit mindestens 10 versicherten Mitarbeitern können wir auf eine Risikoprüfung verzichten. Bestehende und chronische Erkrankungen sind dann versichert, wenn der medizinische Berater bei der Antragsstellung zustimmt.

	<b>GLOBE</b>	<b>ORBIT</b>	<b>UNIVERSE</b>
Kostenerstattung für den Spender – vorherige Zusage erforderlich)	100% max. £ 65.000 100% max. \$ 125.000 100% max. CHF 150.000	100% max. £ 83.500 100% max. \$ 156.250 100% max. CHF 187.500	100% max. £ 100.000 100% max. \$ 187.500 100% max. CHF 225.000
Dialyse bei Nierenleiden (außer experimenteller Behandlung)	100%	100%	100%
Krankenwagen (zum nächstgelegenen Krankenhaus)	100% max. € 1.500 100% max. £ 975 100% max. \$ 1.875 100% max. CHF 2.250	100% max. € 3.000 100% max. £ 1.950 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500	100% max. € 4.500 100% max. £ 3.000 100% max. \$ 5.625 100% max. CHF 6.750
Unfallbedingte Zahnbehandlung			
• Notfallzahnbehandlung	100% max. € 750 100% max. £ 500 100% max. \$ 950 100% max. CHF 1.125	100% max. € 1.000 100% max. £ 650 100% max. \$ 1.250 100% max. CHF 1.500	100% max. € 1.250 100% max. £ 850 100% max. \$ 1.575 100% max. CHF 1.875
• Zahnmedizinische Chirurgie	100% max. € 2.000 100% max. £ 1.300 100% max. \$ 2.500 100% max. CHF 3.000	100% max. € 2.500 100% max. £ 1.625 100% max. \$ 3.125 100% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Psychiatrische Pflege			
• Stationäre Behandlung	Nicht versichert	90% max. € 10.000 90% max. £ 6.500 90% max. \$ 12.500 90% max. CHF 15.000	100% max. € 20.000 100% max. £ 13.500 100% max. \$ 25.000 100% max. CHF 30.000
• Ambulante Behandlung	vgl. 2. Ambulante Behandlung Therapien	vgl. 2. Ambulante Behandlung Therapien	vgl. 2. Ambulante Behandlung Therapien
Sehhilfen (Brillengläser, Fassung, Kontaktlinsen)	80% max. € 100 80% max. £ 65 80% max. \$ 125 80% max. CHF 150	90% max. € 200 90% max. £ 135 90% max. \$ 250 90% max. CHF 300	100% max. € 300 100% max. £ 200 100% max. \$ 375 100% max. CHF 450
Hilfsmittel (Hörgeräte und künstliche Gliedmaßen)	80% max. € 1.500 80% max. £ 1.000 80% max. \$ 1.875 80% max. CHF 2.250	90% max. € 2.500 90% max. £ 1.650 90% max. \$ 3.125 90% max. CHF 3.750	100% max. € 3.000 100% max. £ 2.000 100% max. \$ 3.750 100% max. CHF 4.500
Palliativmedizin	80% max. € 40.000 80% max. £ 26.600 80% max. \$ 50.000 80% max. CHF 60.000	90% max. € 45.000 90% max. £ 30.000 90% max. \$ 56.000 90% max. CHF 67.000	100% max. € 50.000 100% max. £ 33.300 100% max. \$ 62.500 100% max. CHF 75.000

## **1.1. Versicherungszweck**

Die Internationale Krankenversicherung erstattet – bis zu den in den Rahmenbedingungen definierten Obergrenzen – die angemessenen und üblichen Kosten sowohl für ambulante als auch für stationäre medizinische Leistungen, unter der Voraussetzung, dass diese Ausgaben durch Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft angefallen sind.

## **1.2. Berechtigung und Aufnahme in die Versicherung**

Bezüglich der Berechtigung und Aufnahme in die Versicherung wird auf die in Art. I-3. der Allgemeinen Vertragsbestimmungen dargelegten Bedingungen verwiesen.

## **1.3. Umfänge der Internationalen Krankenversicherung**

Es gibt drei unterschiedliche Tarifstufen der Basisversicherung:

- Globe;
- Orbit;
- Universe.

Der vom Versicherungsnehmer gewählte Tarif ist in den besonderen Bedingungen des Versicherungsvertrags angegeben. Jeder Tarif entspricht einem unterschiedlichen Leistungsniveau, deren Einzelheiten in der oben stehenden Leistungstabelle aufgeführt sind. Für Veränderungen des Versicherungsumfangs verweisen wir auf Art. I-3.5.

## **1.4. Geografischer Geltungsbereich der Versicherung**

Der Versicherungsnehmer kann zwischen zwei geografischen Bereichen des Versicherungsschutzes wählen:

Für Privatkunden:

- Weltweiter Versicherungsschutz
- Weltweiter Versicherungsschutz mit Ausnahme der medizinischen Kosten, die in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA), Kanada, China, Hongkong und Singapur anfallen.

Für Geschäftskunden:

- Weltweiter Versicherungsschutz
- Weltweiter Versicherungsschutz mit Ausnahme der medizinischen Kosten, die in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) und in Kanada anfallen.

Während Geschäfts- oder Urlaubsreisen, die insgesamt pro Versicherungsjahr nicht neunzig (90) Tage überschreiten, sind die in den ausgeschlossenen Ländern als unmittelbare Folge eines Unfalls oder eines medizinischen Notfalls anfallenden medizinischen Kosten jedoch im Rahmen der Höchstsummen des Versicherungsvertrages gedeckt. Falls der betreffende medizinische Zustand bereits vor der Reise in ein ausgeschlossenes Land bestand oder Zweck der Reise war, sind die medizinischen Kosten nicht versichert.

Ausgaben im Zusammenhang mit Schwangerschaft (und Schwangerschaftskomplikationen) und/oder der Entbindung werden nicht als Unfall- oder Notfallausgaben angesehen und sind daher nicht versichert.

## **1.5. Leistungen**

### **1.5.1. Definitionen**

Wir verweisen auf Art. I-2.



## 1.5.2. Leistungsbeschreibung

Die erstattungsfähigen medizinischen Kosten, die gleichzeitig Gegenstand der in diesem Versicherungsvertrag angegebenen Ausschlüsse, Obergrenzen und Höchstbeträge sind, sind in der vorstehenden Leistungstabelle aufgeführt.

Damit diese erstattet werden können, müssen Behandlungen und Verfahren medizinisch notwendig und angemessen sein (mit der von einem Arzt aufgestellten Diagnose übereinstimmen). Sie müssen von einem Arzt verschrieben und von einem Arzt oder einem gesetzlich qualifizierten und ordnungsgemäß zugelassenen praktischen Mediziner durchgeführt werden. Die Erstattungsgrenzen (d.h. der Höchstbetrag der Erstattung) für bestimmte Arten von medizinischen Leistungen gelten – soweit nichts anderes in der Leistungstabelle angegeben ist – je Versicherter/m und je Versicherungsjahr. Das bedeutet, dass jeder Höchstbetrag für einen zwölfmonatigen ununterbrochenen Versicherungsschutz gilt, der mit dem effektiven Datum des Versicherungsschutzes der/des Versicherten beginnt.

### 1.5.2.1. Stationäre Behandlung

Eine vorhergehende Bestätigung gemäß Art. II-1.6. ist außer in Notfällen stets erforderlich. Wird die vorherige Zusage nicht eingeholt, führt das zu einer Reduzierung der Kostenerstattung um fünfundzwanzig (25)%.

- Allgemeiner Krankenhauspflegesatz  
Die Erstattung der angemessenen und üblichen Gebühren, die für das Krankenzimmer und die Verpflegung entstehen. Die Höhe der Leistung entspricht den tatsächlichen Gebühren, die vom Krankenhaus während des Aufenthalts des Versicherten berechnet werden, überschreitet aber keinesfalls die Höhe der Gebühren für ein Standard-Privatzimmer für einen Tag.
- Intensivstation  
Die Kostenerstattung der angemessenen und üblichen Gebühren, die für das tatsächliche Krankenzimmer und die Verpflegung während des Aufenthalts der/des Versicherten als stationärer Patient auf der Intensivstation des Krankenhauses anfallen.  
  
Diese Leistung ist in Höhe der tatsächlich vom Krankenhaus berechneten, angemessenen und üblichen Gebühren zahlbar. Für die Zeit der täglichen Intensivstation-Leistung werden keine zusätzlichen Leistungen für Krankenzimmer und Verpflegung bezahlt.
- Arzthonorare
  - Operationsgebühren  
Kostenerstattung der angemessenen und üblichen Entgelte für eine Operation durch einen Facharzt innerhalb des in der Leistungsübersicht angegebenen Maximums.
  - Anästhesiegebühren  
Kostenerstattung der angemessenen und üblichen Entgelte für die Anästhesie, die die in der Leistungsübersicht angegebenen Grenzen nicht überschreiten.
- Andere medizinische Kosten
  - Operationssaal  
Kostenerstattung der angemessenen und üblichen Gebühren für Operationssaal und Aufwachstation, die bei einer Operation anfallen.
  - Bedarfsmittel und Dienstleistungen  
Erstattung der angemessenen und üblichen Kosten, die tatsächlich für medizinische notwendige allgemeine Pflege, verschriebene und konsumierte Arzneimittel und Medikamente, Verbandsmaterial, Schienen, Gipsverbände, medizinische Bildgebung (Röntgen, CT, MRI usw.), medizinische Hilfsmittel, Laboruntersuchungen, Elektrokardiogramme, Physiotherapie, logopädische Behandlungen, Sprach-, Beschäftigungs- und Ergotherapie anfallen.
- Unterbringung der Eltern

Kostenerstattung bis zu den in der Leistungsübersicht festgelegten Grenzen für Mahlzeiten und Unterbringung zur Begleitung eines versicherten, unterhaltsberechtigten Kindes unter sechzehn (16) Jahren während des stationären Aufenthalts.

- **Krankenhaustagegeld**  
Das Krankenhaustagegeld ist die tägliche Zulage, wenn Zimmer, Verpflegung und Behandlung kostenfrei erhalten wurden. Das Krankenhaustagegeld beträgt fünfundsiebzig (75) Euro/fünzig (50) Britische Pfund/dreiundneunzig, fünfundsiebzig (93,75) US-Dollar/einhundertzweölf, fünfzig (112,50) Schweizer Franken (im Tarif „Globe“), bzw. einhundert (100) Euro/fünfundsechzig (65) Britische Pfund/einhundertfünfundzwanzig (125) US-Dollar/einhundertfünfzig (150) Schweizer Franken (Tarif „Orbit“ und „Universe“) für jede Nacht und wird maximal für sechzig (60) Nächte gezahlt.
- **Genesungszeit und Rehabilitation**  
Die Genesungs- und Rehabilitationsruhe bzw. -pflege (in einem anerkannten Zentrum, und wenn die Aufnahme medizinisch begründet ist) ist versichert, wenn die Aufnahme unmittelbar (innerhalb von fünf Tagen) nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheit, Unfall oder Operation erfolgt und die maximale Dauer von achtundzwanzig (28) Tagen nicht überschreitet.

#### 1.5.2.2. Ambulante Behandlung

Diese Leistung gewährleistet die Erstattung der tatsächlichen Kosten, die für eine ambulante Behandlung angefallen sind, gemäß der in der Leistungsübersicht angegebenen Untergrenze.

- **Arzthonorare**  
Konsultationen bei einem gesetzlich eingetragenen Allgemeinmediziner, Familienarzt oder Facharzt aufgrund allgemeiner Krankheiten und körperlicher Verletzungen, wenn keine Krankenhausaufnahme erforderlich ist.
- **Diagnostische Tests**  
Kostenerstattung der angemessenen und üblichen Gebühren für medizinisch notwendige Untersuchungen (EKG, Röntgenaufnahmen, Laboruntersuchungen usw.), in der Höhe des in der Leistungstabelle angegebenen Betrages, die zu diagnostischen Zwecken aufgrund einer Verletzung oder Krankheit durchgeführt werden und von einem qualifizierten Arzt verschrieben wurden.
- **Verschreibungspflichtige Medikamente/Arzneimittel**  
Nur Kosten für Arzneimittel, die von einem Arzt verschrieben werden und ohne Verschreibung nicht erhältlich sind, können erstattet werden. Frei erhältliche (OTC) Medikamente, Lifestyle-Produkte, Diätprodukte, Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel usw. kommen für eine Rückerstattung nicht in Frage. Für Impfstoffe gelten die besonderen Bestimmungen der Leistung ‚Impfungen‘.
- **Präventive Behandlungen und Wellness-Leistungen**
  - für Erwachsene eine medizinische (Vorsorge-)Untersuchung pro Versicherungsjahr;
  - ein routinemäßiger Sehtest pro Versicherungsjahr;
  - eine (beidseitige) Mammografie pro Versicherungsjahr (für versicherte Frauen ab dem Alter von fünfunddreißig (35) Jahren);
  - ein PAP-Abstrich pro Versicherungsjahr (für versicherte Frauen ab dem Alter von fünfunddreißig (35) Jahren);
  - ein PSA-Test pro Versicherungsjahr (für versicherte Männer ab dem Alter von fünfzig (50) Jahren).
  - Säuglingspflege;
- **Impfungen (Erwachsene und Kinder)**
  - Impfungen zu Reisezwecken;
  - präventive Impfungen und Immunisierungen für junge Kinder.
- **Physiotherapie**  
Von einem Arzt verschriebene Physiotherapie, einschließlich Mensendieck-Physiotherapie, ist unter der Voraussetzung versichert, dass die notwendige medizinische Verschreibung ausdrücklich die Notwendigkeit dieser spezifischen Form der Physiotherapie erwähnt und wenn der Leistungsanbieter ein zertifizierter Physiotherapeut ist.

- Behandlungen durch Komplementärmediziner
  - Chiropraxis;
  - Osteopathie;
  - Akupunktur;
  - Homöopathie.

Diese Behandlungen müssen von einem Arzt verschrieben werden.

#### 1.5.2.3. Weitere medizinische Behandlungen

Kostenerstattung der tatsächlich angefallenen Ausgaben gemäß den angegebenen jährlichen Limits pro Versicherte/r pro Versicherungsjahr für:

- Schwangerschaft  
Erstattung der Kosten analog zur ambulanten Behandlung.
- Geburt  
Die Leistungssumme beinhaltet die Kostenerstattung für Arzthonorare, Krankenhausunterbringung, andere verwandte medizinische Kosten, die während des Krankenhausaufenthalts anfallen. Ein „nicht medizinisch notwendiger“ Kaiserschnitt ist von der Leistungspflicht ausgeschlossen. Ein medizinisch notwendiger Kaiserschnitt wird jedoch im Rahmen der stationären Behandlung erstattet. Alle sonstigen mit Komplikationen verbundenen Entbindungen werden ebenfalls im Rahmen einer stationären Behandlung erstattet. Die Einschätzung, ob ein Kaiserschnitt medizinisch notwendig ist oder nicht, wird vom medizinischen Berater des Versicherers vorgenommen.
- Unfruchtbarkeitsbehandlung
  - Unfruchtbarkeitsdiagnose  
Untersuchungsmaßnahmen, die zur Feststellung der Ursache der Unfruchtbarkeit erforderlich sind.
  - Unfruchtbarkeitsbehandlung  
Die Ausgaben zur Behandlung der Unfruchtbarkeit sind als ambulante oder stationäre Ausgaben versichert, abhängig von folgenden Voraussetzungen:
    - Es muss sich um eine primäre Unfruchtbarkeit handeln;
    - maximal vier Versuche pro Versicherter sind gedeckt;
    - maximale Erstattung 4.200 EUR/2.800 GBP /5.250 USD/6.300 CHF pro Versuch;
    - Höchstalter der Versicherten sind vierzig (40) Jahre;
    - die Ausgaben für die Sperma-/Eizellenspende sind nicht versichert;
    - die Ausgaben für eine Leihmutter sind nicht versichert;
    - die vorherige Genehmigung durch den medizinischen Berater des Versicherers muss eingeholt werden.
 Primäre Sterilität beschreibt die Unfähigkeit von einem in einer dauerhaften Beziehung lebenden Partner trotz regelmäßigen Geschlechtsverkehrs und obwohl keine modernen Verhütungsmittel verwendet werden, ein Kind zu zeugen. Bei primärer Sterilität kam es nie zu einer Schwangerschaft.  
Sekundäre Sterilität beschreibt die Unfähigkeit eines Paares, das schon einmal gezeugt hat, nach einem Jahr des Versuchens erneut zu zeugen.  
Sobald der weibliche Partner das Alter von 41 erreicht hat, wird für keinen der beiden Partner eine Sterilitätsbehandlung mehr vergütet.
- Ausgaben für Sterilisation  
Eine Sterilisation pro Versicherter/m einmal im Leben.
- Höchstbetrag  
Für Ausgaben für künstliche Befruchtung und andere ähnliche Behandlungen gibt es keine Obergrenze für die Anzahl der Versuche.
- Wartezeit  
Es gibt eine Wartezeit von zehn Monaten für alle medizinischen Kosten, die mit einer Schwangerschaft, Geburt oder Unfruchtbarkeitsbehandlung verbunden sind. Das bedeutet, dass nur Ausgaben, die ab dem elften (11.)

Monat nach der Aufnahme durch die Versicherung für eine Kostenerstattung in Frage kommen. Diese Wartezeit kann für Gruppenverträge aufgehoben werden. Eine derartige Aufhebung der Wartezeit gilt nur dann, wenn sie ausdrücklich in den Besonderen Bedingungen des Gruppenvertrages angegeben ist.

- Krebsbehandlung

Wenn bei einer/m Versicherten Krebs gemäß der nachfolgenden Definition diagnostiziert wird, erstattet der Versicherer die angemessenen und üblichen Kosten, die für die Krebsbehandlung in einem gesetzlich anerkannten Krebsbehandlungszentrum anfallen, gemäß der Höchstgrenze in der Leistungsübersicht. Diese Behandlungen (z.B. Strahlentherapie oder Chemotherapie, ausgenommen sind experimentelle Behandlungen, Konsultation, Tests, Medikamente für die häusliche Anwendung) müssen auf stationärer oder ambulanter Basis von einem Krankenhaus oder einem gesetzlich anerkannten Krebsbehandlungszentrum direkt nach der Diagnose, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Operation ausgeführt werden. Krebs wird als unkontrolliertes Wachstum und Verbreitung von bösartigen Zellen mit Invasion und Zerstörung des normalen Gewebes definiert, für die erhebliche interventionistische Behandlungen oder Operationen (ausgeschlossen sind rein endoskopische Verfahren) für notwendig erachtet werden.

Der Krebs muss mittels histologischer Beweise der Bösartigkeit bestätigt sein.

- Organtransplantation

Erstattung der angemessenen und üblichen Kosten, die bei der Transplantationsoperation für die/den Versicherte(n) als Organempfänger(in) angefallen sind. Diese Leistung wird gezahlt, solange die Police in Kraft ist und unterliegt den Höchstgrenzen gemäß der Leistungsübersicht. Die Versicherungssumme umfasst Arzthonorare, Krankenhausunterbringung (Standard-Privatzimmer) und andere verwandte medizinische Auslagen während des Krankenhausaufenthalts. Eine vorhergehende Genehmigung durch den medizinischen Berater des Versicherers ist stets erforderlich.

Folgende Ausgaben sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen:

- Kosten bei der Suche eines Spenders;
- Kosten für den Erwerb des Organs (falls ein Preis für das Organ berechnet wird);
- Kosten, die für die Entfernung des Organs beim Spender anfallen.

- Nierendialyse

Wird bei einer/m Versicherten Nierenversagen gemäß der nachfolgenden Definition diagnostiziert, erstattet der Versicherer die angemessenen und üblichen Kosten, die für die medizinisch notwendige Nierendialyse in einem Krankenhaus oder einem gesetzlich anerkannten Dialysezentrum anfallen gemäß den diesbezüglich in der Leistungsübersicht angegebenen Höchstgrenzen. Eine derartige Behandlung (Dialyse unter Ausschluss von Konsultation, Tests) kann stationär oder ambulant erfolgen. Nierenversagen bedeutet eine Störung der Niere im Endstadium in Form einer chronischen, irreversiblen Funktionsstörung beider Nieren, infolgedessen eine Nierendialyse initiiert wird. Diese Leistung schließt sämtliche experimentellen Behandlungen aus.

- Medizinische Hilfsmittel

Erstattung der Kosten für Hörgeräte, orthopädische Hilfsmittel und Stützstrümpfe, Prothesen, Rollstuhl usw.

- Lokaler Rettungsdienst zum nächstgelegenen Krankenhaus

Erstattung der angemessenen und üblichen Kosten, die für notwendige inländische Rettungsdienste anfallen (inklusive Begleiter), und zwar zu und/oder vom jeweiligen Krankenhaus. Die Zahlung unterliegt den in der Leistungsübersicht festgelegten Höchstgrenzen und erfolgt nicht, wenn die/der Versicherte nicht stationär im Krankenhaus aufgenommen wird.

- Psychiatrische Pflege

Erstattung der Kosten für ambulante psychiatrische Pflege nur bei Verschreibung und Leistungserbringung durch einen Arzt. Die Deckungssumme umfasst die Honorare des Arztes und/oder (Behandlungsgebühren) des Allgemeinmediziners, beinhaltet jedoch keine Medikamente. Medikamente sind gemäß den Bestimmungen bezüglich verschriebener Arzneimittel versichert. Folgende Leistungen fallen unter die gleichen

Leistungsbegrenzungen wie die ambulante Psychotherapie: Ergotherapie, Logopädie und/oder Sprachtherapie, Beschäftigungstherapie.

- Zahnmedizinische Versorgung nach Unfällen  
Zahnmedizinische Operationen sind nur versichert, wenn sie erforderlich sind, um die natürlichen Zähne nach einer Beschädigung wiederherzustellen.
- Palliativmedizin  
Palliativmedizin kann entweder ambulant zu Hause oder stationär erfolgen oder in einem Institut für Schmerzkontrolle und der Behandlung von anderen Symptomen, und sie beinhaltet psychologische und soziale Betreuung (medizinisch und komplementärmedizinisch) des Patienten und dessen Familie in den letzten Lebensstadien. Dieses Angebot für Palliativmedizin gilt als Alternative für eine erstattungsfähige Krankenhausaufnahme oder der Pflegebetreuung zu Hause. Palliativmedizin ist von einer Organisation zu erbringen, welche Patienten betreut, die unheilbar erkrankt sind, und deren Lebenserwartung weniger als sechs (6) Monate beträgt.

### **1.6. Notwendigkeit der vorherigen Zusage**

Alle stationären medizinischen Behandlungen (ausgenommen Notfalleinweisungen in ein Krankenhaus) sowie Tageschirurgie und Tagespflegebehandlungen bedürfen der vorherigen Zusage. Das bedeutet, dass der Verwalter bei nicht notfallbedingtem Krankenhausaufenthalt, Tageschirurgie- oder Tagespflegebehandlungen, deren medizinische Notwendigkeit mehr als fünf (5) Tage vor der tatsächlichen Einweisung in das Krankenhaus (oder vor dem Beginn der Tagespflege oder der Tageschirurgie) diagnostiziert wurde, wenigstens fünf (5) Tage, bevor die Behandlung durchgeführt wird, schriftlich informiert werden muss (im Falle einer Geburt mindestens fünf (5) Tage vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin). Folgende Informationen werden benötigt:

- Diagnose;
- Beschreibung der erforderlichen medizinischen Behandlung;
- Name und Anschrift des Krankenhauses, in dem die Behandlung durchgeführt wird;
- voraussichtliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes;
- geschätzte Behandlungskosten.

Im Falle eines notfallgemäßen Krankenhausaufenthalts muss der Verwalter so rasch wie möglich (üblicherweise innerhalb von achtundvierzig (48) Stunden) und spätestens vor der Entlassung aus dem Krankenhaus informiert werden. Wird keine vorherige Genehmigung eingeholt, verhängt der Versicherer eine Strafe von fünfundzwanzig (25) %, was dazu führt, dass die erstattungsfähigen Kosten auf fünfundsiebzig (75) % des Betrags verringert werden, auf den die/der Versicherte normalerweise Anspruch hätte, wenn sie/er die besagte Voraussetzung ordnungsgemäß erfüllt hätte.

### **1.7. Einschränkungen und Ausschlüsse**

Neben den in Art. I-11. angegebenen Ausschlüssen sind folgende Punkte oder Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Behandlungen die gemäß anerkannten medizinischen Standards als experimentell angesehen werden oder forschenden Charakter haben sowie Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind;
- nicht verschriebene Behandlungen;
- zusätzliche und alternative Behandlungsmethoden, die nicht ausdrücklich in der Leistungsübersicht aufgelistet sind;
- Verjüngungs- und Badekuren/-behandlungen, kosmetische Behandlungen und Erholungspausen;
- Alteneinrichtungen, die in erster Linie pflegerische, erzieherische und rehabilitatorische Leistungen erbringen;
- Kosten für Schwangerschaft und Entbindung innerhalb der ersten zehn Monate ab Versicherungsbeginn, es sei denn, in den Besonderen Bedingungen ist etwas anderes aufgeführt;
- nicht verschreibungspflichtige Medikamente;

- rezeptfreie Arzneimittel („Over-the-counter medication“), Diätprodukte, Vitamine, Stärkungs-, Nahrungsergänzungs- sowie Nahrungsmittel, Säuglingsnahrung, Mineralwasser, kosmetische Produkte etc.;
- Empfängnisverhütungsmittel, auch nicht, wenn diese ärztlich verschrieben sind;
- Kosten für eine/n Abtreibung/Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, es liegt eine medizinische Notwendigkeit vor;
- kosmetische/ästhetische Behandlungen; es sei denn, es handelt sich um restaurative Behandlungen nach einem Unfall;
- operative Maßnahmen zur Verbesserung der Sehfähigkeit (Laserbehandlung, Keratektomie inklusive LASIK und LASEK), mit Ausnahme von refraktiven Hornhauterkrankungen, welche wie andere operative Behandlungskosten erstattet werden;
- Heilpädagogik;
- nicht medizinisch notwendige Entbindung durch Kaiserschnitt;
- Geschlechtsumwandlungen und verwandte Behandlungskosten;
- Sonnenbrillen und orthoptische Behandlungen;
- Kosten, die durch die Teilnahme an jeglichen professionell ausgeübten Sportaktivitäten - oder für die man laut Vertrag entlohnt wird - sowie die Teilnahme an vorbereitenden Trainings verursacht werden.

## **1.8. Anspruchsverfahren/Koordination von Leistungen – sonstige Versicherungen/Zahlung des Versicherungsanspruchs**

### **1.8.1. Anspruchsverfahren**

Jeder Versicherungsanspruch muss dem Verwalter schriftlich so rasch wie möglich nach Eintritt des Ereignisses, das Anlass für den Versicherungsanspruch war, vorgelegt werden, unter Verwendung des dafür bestimmten Erstattungsformulars, das vom Verwalter zur Verfügung gestellt wurde. Dem Versicherungsanspruch sind die Originalbelege einschließlich aller relevanten Rechnungen und Zahlungsbelege beizufügen, soweit diese vom Verwalter verlangt werden. Darüber hinaus hat die/der Versicherte bei einem Unfall folgende zusätzliche Informationen vorzulegen:

- Datum und ausführliche Beschreibung der Umstände und des Unfallortes;
- Identität der beteiligten Personen sowie der Zeugen und der möglicherweise haftbaren Personen;
- offizieller Bericht lokaler Behörden (Polizei oder andere).

### **1.8.2. Koordination von Leistungen – sonstige Versicherungen**

Hat die/der Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung durch einen anderen Versicherer oder ein anderes Sozialversicherungssystem, werden die Leistungen – gemäß den Bestimmungen in Art. II-1.5. – auf die Differenz der erstattungsfähigen und erbrachten Leistungen der anderen Versicherung angerechnet. Falls Cigna expatplus allerdings als eine Zusatzversicherung abgeschlossen wurde (und sich dieses in den Cigna expatplus-Beiträgen widerspiegelt), wird die von der anderen Versicherung erstattete Summe von dem im Einklang mit den Bestimmungen des Art. II-1.5. ermittelten Erstattungsbetrag in Abzug gebracht. In jedem Fall hat die/der Versicherte (ihrem/seinem Versicherungsanspruch) Kopien der jeweiligen Arztrechnungen und die von dem anderen betroffenen Versicherer oder Sozialversicherungssystem vorgelegten Originalabrechnungsmittelungen (mit Angaben zu dem erstatteten Betrag) beizufügen. Der Gesamterstattungsbetrag für einen beliebigen Versicherungsanspruch übersteigt niemals den gesamten Betrag der tatsächlich von der/dem Versicherten verauslagten Kosten.

### **1.8.3. Zahlung von Leistungen**

Der Verwalter veranlasst die Erstattung der durch die Versicherung versicherten Angemessenen und üblichen medizinischen Kosten (innerhalb der in den vorliegenden Allgemeinen Bedingungen definierten Obergrenzen) nach Eingang des Anspruchsformulars und der relevanten und vollständigen schriftlichen Belege der medizinischen Kosten (Originalrechnungen der medizinischen Leistungsanbieter usw.).

Die Erstattung erfolgt an die/den Versicherte(n). Ist diese(r) jedoch verstorben, erfolgt die Zahlung im Ermessen des Versicherers an die Person, die zufriedenstellend nachweist, dass sie Anspruch auf eine solche Zahlung hat.

Krankenhäusern können Leistungen direkt überwiesen werden.

### **1.9. Medizinische Information und Untersuchung**

Falls dies für die reibungslose Begleichung der Ansprüche im Zusammenhang mit dem durch den Versicherungsvertrag gewährten Versicherungsschutz erforderlich ist und im Einklang mit den belgischen Gesetzen über den Schutz persönlicher Daten steht, ist die/der Versicherte verpflichtet, über den Verwalter (unmittelbar oder durch ihren/seinen Arzt) alle vom Versicherer verlangten notwendigen medizinischen Informationen vorzulegen. Vertrauliche Informationen können in einem versiegelten Umschlag an den medizinischen Berater des Versicherers weitergeleitet werden. Soweit dies für die Beurteilung eines Versicherungsanspruchs für nötig erachtet wird, ist der Verwalter befugt, eine ärztliche Untersuchung der/des Versicherten zu verlangen, die von einem vom Versicherer benannten Arzt auf Kosten des Versicherers durchgeführt wird. Die/der Versicherte kann verlangen, dass ihr/sein eigener Arzt bei dieser Untersuchung anwesend ist; die Kosten für den eigenen Arzt gehen zu Lasten der/des Versicherten. Falls die/der Versicherte und/oder die Angehörigen der/des Versicherten sich nicht an die vorstehenden Verpflichtungen halten, die verlangten medizinischen Informationen oder Untersuchungen zur Verfügung zu stellen, kann der Versicherer die Zahlung der Leistungen verweigern.

### **1.10. Verjährung**

Ansprüche müssen dem Verwalter so schnell wie möglich nach ihrem Entstehen mitgeteilt werden. Für einige Behandlungen ist vorherige Zustimmung notwendig (gemäß Art. II-1.6.). Ansprüche müssen dem Verwalter auf jeden Fall innerhalb von drei (3) Jahren nach dem Tag, an dem die jeweilige Behandlung stattgefunden hat, vorliegen. Nach dieser maximalen Frist von drei (3) Jahren besteht kein Anspruch mehr auf Zahlung oder Erstattung durch den Versicherer.

## 2. Medizinische Evakuierung und Assistance

	GLOBE	ORBIT	UNIVERSE
<b>Evakuierungsassistance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation und Kostenübernahme des Transports des/der Versicherten in ein Krankenhaus</li> <li>• Organisation und Kostenübernahme für die Reise eines versicherten Partners und/oder minderjähriger Kinder</li> <li>• Rückerstattung der angefallenen Unterkunftskosten für den versicherten Patienten oder für (eine) versicherte Begleitperson(en)</li> </ul>	100 %	100%	bis zu € 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 je Tag und maximal 10 Tage lang
<b>Krankenhausaufenthalt vor Ort</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation und Kostenübernahme der Hin-/Rückreise, die es einem Familienangehörigen ermöglichen, an das Krankenbett des/der Versicherten zu gelangen</li> <li>• Unterkunftskosten vor Ort</li> </ul>	100%		bis zu € 100 / £ 65 / \$ 125 / CHF 150 je Tag und maximal 10 Tage lang
Such- und/oder Rettungskosten			€ 1500 - £ 1000 - \$ 1875 - CHF 2250
<b>Verfrühte Rückreise-Assistance</b> Organisation und Kostenübernahme der Transportkosten (Hin- und Rückreise)	100%		
<b>Assistance beim Abbruch der geschäftlichen Mission des/der Versicherten:</b> Übernahme der Reisekosten des vertretenden Mitarbeiters (nur Hinreise)	100%		
Versand von Medikamenten, die nicht vor Ort erhältlich sind	100%		
<b>Unvorhergesehene Unterstützung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation mit der Familie oder dem Unternehmen des/der Versicherten</li> <li>• Diebstahl der Ausweispapiere, Kreditkarten, Transporttickets oder geschäftlichen Unterlagen der versicherten Person: Vorschuss von Geldern im Ausland</li> </ul>	100% max.		€ 400 / £ 260 / \$ 500 / CHF 600
<b>Psychologische Unterstützung</b> Bei einem schweren Trauma nach einer Krankheit oder einem Unfall, auf die sich der Versicherungsschutz erstreckt			bis zur Höhe von zwei Telefonaten je versicherter Person und Versicherungsperiode
<b>Assistance bei Tod einer versicherten Person</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überführung des Leichnams ODER</li> <li>• Beerdigung vor Ort</li> <li>• Bestattungskosten, die für den Transport erforderlich sind</li> <li>• Zusätzliche Kosten für den Transport von versicherten Familienangehörigen des Verstorbenen oder einer versicherten Person</li> </ul>	100%		€ 3.000 - £ 2.000 - \$ 3.750 - CHF 5.500
			100%



## **2.1. Allgemeine Bestimmungen**

### **2.1.1. Definition der Begünstigten**

Alle Personen, welche über Cigna einen Vertrag unterzeichnen, als Expat über ihren Arbeitsvertrag sowie ihre(n) gesetzliche(n) Partner/in und ihre Kinder, welche zur Zeit der Unterzeichnung des heutigen Vertrages steuergemäß abhängig erklärt wurden.

Die Deckung wird von den folgenden Personen unterzeichnet werden können:

- - eine physische Person, welche als Expat tätig ist und unter fünfundsiebzig (75) Jahre alt ist.
- eine moralische Person, von der/die Mitarbeiter/in (und falls zutreffend dessen/derer Angehörigen) unter fünfundsiebzig (75) Jahre alt ist.

Ab dem fünfundsiebzigsten (75.) Geburtstag des/der Versicherten und seiner Angehörigen wird der Versicherungsschutz zur medizinische Evakuierung und Assistancemaßnahmen des heutigen Vertrages automatisch beendet.

### **2.1.2. Geltungsbereich**

Weltweit

### **2.1.3. Ausschlüsse**

Neben den besonderen Ausschlüssen für die einzelnen Versicherungsleistungen versichert Cigna niemals die Folgen der folgenden Umstände und Ereignisse:

- Bürgerkrieg oder Auslandskrieg, Unruhen, Volksbewegungen, Streiks, Geiselnahmen, Waffenbenutzung;
- Ihre freiwillige Teilnahme an Wetten, Verbrechen oder Schlägereien, außer im Falle der Notwehr;
- Jede Auswirkung atomaren Ursprungs bzw. jede durch eine ionisierende Strahlenquelle verursachte Auswirkung;
- Die vorsätzlichen Handlungen und arglistigen Verstöße, einschl. Freitod und Selbstmordversuch;
- Ihr Alkohol-, oder Drogenverbrauch bzw. der Genuss jeder Rauschgiftsubstanz, die nicht von einem Arzt verschrieben wurden;
- Ereignisse, für die entweder der Veranstalter Ihrer Reise in Anwendung des lokalen Rechts, in dem die Bedingungen für die Betreuung von Reiseverkaufs- und Reiseveranstaltungsgeschäften festgelegt sind, oder der Transporteur insbesondere aufgrund der Flugsicherheit und/oder des Overbookings haften könnte;
- die Weigerung, den ursprünglich von der zuständigen Stelle vorgesehenen Flug zu nehmen.

### **2.1.4. Finanzielle Zusagen des AA**

Die Organisation einer der vorstehend dargelegten Assistance durch den Bezugsberechtigten oder den Kreis um ihn führt nur dann zu einer Erstattung, wenn der AA vorher benachrichtigt wurde und ihre ausdrückliche Zustimmung erteilt hat, insbesondere mit den einzusetzenden Mitteln, indem sie per Fax, e-Mail, Telegramm oder Telex eine Vorgangsnummer mitteilt. In diesem Fall werden die aufgewandten Kosten gegen Vorlage der Belege bis zu dem Höchstbetrag zurück erstattet, den der AA aufgewandt hätte, um den Dienst zu organisieren.

### **2.1.5. Forderungsübergang**

Cigna tritt bis zum Höchstbetrag der von ihr bezahlten Entschädigungen und erbrachten Dienste in die Rechte und Ansprüche des Bezugsberechtigten gegen jede Person ein, die für den Tatbestand haftet, aufgrund dessen sie eingeschritten ist.

Wenn die zur Erfüllung dieses Vertrags erbrachten Leistungen ganz oder teilweise von einer nationalen Sozialversicherungskasse oder einer anderen Einrichtung abgedeckt werden, so tritt Cigna in die Rechte und Klagen des/der Versicherten gegen das besagte System bzw. gegen die besagte Einrichtung ein.

### 2.1.6. Verjährung

Jeder Anspruch, der aus dem Versicherungsschutz 'Cigna expatplus Assistance' abgeleitet wird, verjährt innerhalb von zwei (2) Jahren nach dem Ereignis, auf das er sich begründet.

## 2.2. Evakuierungsassistance

Im Falle einer medizinischen Notfall-evakuierung (nach der Definition von Absatz 1.2. Definitionen) unterstützt der AA den/die Versicherte(n) wie folgt:

- Organisation und Kostenübernahme des Transports des/der Versicherten in ein Krankenhaus  
Der AA arrangiert und übernimmt den Transport des/der Versicherten in ein Krankenhaus, das ihm/ihr am nächsten liegt und/oder angesichts des Gesundheitszustands des/der Versicherten am besten für die entsprechende Behandlung geeignet ist.  
  
In diesem Fall kann der AA hernach, wenn der/die Versicherte dies wünscht und sobald der Gesundheitszustand des/der Versicherten es erlaubt, die Rückreise an die Adresse des Gastlandes des/der Versicherten organisieren.
- Organisation und Kostenübernahme für die Reise eines versicherten Partners und/oder minderjähriger Kinder  
Der AA organisiert und übernimmt nach Zustimmung unserer medizinischen Abteilung auch die Reise für eine/n versicherte Partner/in, damit diese den/die versicherte(n) Patienten/in begleiten kann und/oder die Rückreise der minderjährigen Kinder in ihr Heimatland ermöglichen kann, wenn kein volljähriger Familienangehöriger vor Ort an ihrer Seite ist.
- Rückerstattung der angefallenen Unterkunftskosten für den versicherten Patienten oder für (eine) versicherte Begleitperson(en)  
Der Versicherer erstattet dem versicherten Patienten die zusätzlichen Unterkunftskosten (außer zusätzlichen Kosten, wie der für Verpflegung, Wäschereinigung, Internet etc.) sowie die von einer versicherten Begleitperson angefallenen zusätzlichen Unterkunftskosten gegen Vorlage der Belege und im Rahmen der Höchstsummen der Versicherungssummenübersicht, ab dem Tag, an dem der/die Versicherte in Ruhigstellung ist, bis zum Tage der Rückführung in sein/ihr Gastland.

Alle medizinischen Kosten (Krankenhauskosten, Arztbesuche, Zahlungen von Garantien und Rückzahlungen) werden von dem Verwalter verwaltet und bezahlt.

Der AA ist verantwortlich für die Erbringung der Dienstleistungen im Zusammenhang mit medizinischen Notfällen wie etwa Krankenhauseinweisungen oder Evakuierungen.

Dringende Krankenhauseinweisungen müssen dem Verwalter angezeigt werden; dieser stellt dann die Zahlungsgarantien aus und übernimmt die Verantwortung für die ordnungsgemäße Verwaltung des Vorgangs. Nicht dringende oder dringende Krankenhauseinweisungen, die keine Evakuierung erfordern, werden direkt vom Verwalter gemanagt. Für den Fall, dass der AA nach einem vorstehend genannten Fall kontaktiert werden sollte, müssen der/die Versicherte oder die anrufende Person automatisch an den Verwalter weitergeleitet werden.

### **Wichtiger Hinweis:**

Die Entscheidungen werden nur in Erwägung des medizinischen Nutzens für den/die Versicherte(n) getroffen.

Die AA Ärzte setzen sich mit den ärztlichen Strukturen vor Ort und falls erforderlich mit dem üblichen behandelnden Arzt des/der Versicherten in Verbindung, um alle Informationen zusammenstellen, an Hand derer die für den Gesundheitszustand des/der Versicherten am besten geeigneten Entscheidungen getroffen werden können.

Die Evakuierung des/der Versicherten wird von ärztlichem Personal mit einem in dem Lande, wo es in der Regel seine berufliche Tätigkeit ausübt, gesetzlich anerkannten Diplom entschieden und gemanagt.

Wenn der/die Patient(in) sich weigert, den Entscheidungen der medizinischen Abteilung des AA Folge zu leisten, dann stellt der/die Versicherte den AA damit von jeder Haftung für die Folgen eines derartigen Betriebens frei und verliert jeglichen Anspruch auf Leistungen und Entschädigungen vom AA.

Im Übrigen kann der AA in keinem Fall an die Stelle von Sanitätsorganisationen vor Ort treten oder auch keine derartig angefallenen Kosten übernehmen.

### **2.3. Krankenhausaufenthalt vor Ort**

Übernahme der Kosten, die es einem der Familienangehörigen des/der Versicherten ermöglichen, an das Krankbett des/der Versicherten zu kommen.

Falls der/die Versicherte länger als fünf (5) Tage ins Krankenhaus eingewiesen wurde (bzw. mehr als achtundvierzig (48) Stunden falls er/sie minderjährig oder behindert ist und keiner der volljährigen Familienangehörigen den/die Versicherte(n) beim Aufenthalt begleitet hat):

- Übernimmt der AA die Hin- und Rückreise einer der Familienangehörigen, damit er an das Krankbett des/der Versicherten kommt.
- erstattet der Verwalter dem/der Versicherten die bei dieser Person gegen Vorlage der Belege im Rahmen der Höchstsummen der Versicherungssummenübersicht angefallenen Unterkunftskosten (außer der zusätzlichen Kosten, wie der für Verpflegung, Wäschereinigung, Internet etc.).

Diese Leistung kann nicht mit der Leistung wie beschrieben im Abschnitt 'Organisation und Kostenübernahme für die Reise eines/einer versicherten Partners/in und/oder minderjähriger Kinder' kumuliert werden'.

### **2.4. Such- und/oder Rettungskosten**

Der Verwalter erstattet gegen Vorlage einer offiziellen Rechnung die aufgewandten Suchkosten im Meer oder Gebirge und/oder die Rettungskosten im Rahmen der Höchstsummen der Versicherungssummenübersicht.

### **2.5. Verfrühte Rückreise-Assistance**

Der AA organisiert und übernimmt die Hin- und Rückreise ins Heimatland für eine der aus diesem Vertrag versicherten Personen, die auf demselben Versicherungsnehmerschein steht.

Diese Leistung kann der/die Versicherte in den folgenden Fällen in Anspruch nehmen:

- bei Krankheit oder einem Unfall mit Notaufnahme in ein Krankenhaus, die während der Aufenthaltsdauer des/der Versicherten beginnt - wobei die Lebensprognose nach Meinung der medizinischen Abteilung des AA auf dem Spiel steht - von Ihrem rechtmäßigen oder de facto Ehegatten oder einem Ihrer minderjährigen oder behinderten Nachkommen, die nicht im Gastland wohnhaft sind und im Heimatland des/der Versicherten leben.
- um nach dem Tod des rechtmäßigen oder de-facto- Ehegatten, der Eltern, der Schwiegereltern (Eltern des rechtmäßigen oder de-facto- Ehegatten) oder in absteigender Linie, der Geschwister, des gesetzlichen Vormunds, der Person unter Vormundschaft des/der Versicherten, die nicht an der Reise teilnehmen, im Herkunftsland des/der Versicherten leben und unter fünfundachtzig (85) Jahre alt sind, an der Beisetzung teilzunehmen.

### **2.6. Assistance beim Abbruch der geschäftlichen Mission des/der Versicherten:**

Im Falle eines Abbruchs der geschäftlichen Mission des/der Versicherten auf Grund eines Versicherungsfalles übernimmt der AA die Transportkosten, die das Unternehmen des/der Versicherten aufgewandt hat, damit ein vertretender Mitarbeiter, die abgebrochene Mission fortsetzen kann.

### **2.7. Versand von Medikamenten vor Ort**

Wenn der/die Versicherte sich im Ausland aufhält und Arzneimittel benötigt, die vor Ort nicht erhältlich sind:

- Dann übernimmt der AA, vorbehaltlich der Einwilligung des behandelnden Arztes, der die Arzneimittel verschreibt, den Versand der vor Ort nicht aufzutreibenden Arzneimittel, falls sie für eine laufende Heilbehandlung unabdinglich sind, unter der Voraussetzung, dass dem/der Versicherten vor Ort kein gleichwertiges Arzneimittel verschrieben werden kann und dass in den landesweiten bzw. internationalen Gesundheits- und Zollregelungen nichts gegen einen derartigen Versand festgelegt ist;

- Der AA lässt dem/der Versicherten diese Produkte schnellstmöglich zukommen. Allerdings können wir nicht für Fristen haftbar gemacht werden, die auf die beauftragten Transportunternehmen zurückzuführen sind und auch nicht für eine etwaige Nichtverfügbarkeit der Arzneimittel. Der/die Versicherte verpflichtet sich, dem AA diese Arzneimittel innerhalb von drei (3) Monaten ab ihrem Eingang zurückzuerstatten. Nach dieser Frist ist der AA berechtigt, zusätzlich gesetzliche Zinsen und Kosten zu berechnen.

## **2.8. ‚Unvorhergesehene‘ Unterstützung**

### **2.8.1. Kommunikation mit der Familie oder dem Unternehmen des/der Versicherten**

Wenn der/die Versicherte nicht mehr mit dessen/derer Familie oder Unternehmen kommunizieren kann, er/sie den AA aber erreichen kann, dann übermittelt der AA ihnen die dringenden Nachrichten des/der Versicherten.

### **2.8.2. Diebstahl der Ausweispapiere, Kreditkarten, Transporttickets oder geschäftlichen Unterlagen des/der Versicherten**

Bei einem Diebstahl der Ausweispapiere, Kreditkarten und/oder Transporttickets des/der Versicherten, muss der/die Versicherte den Diebstahl innerhalb von achtundvierzig (48) Stunden der Botschaft seines/ihres Heimatlandes, die dem Diebstahl am nächsten liegt, melden und dem AA einen Bericht der Botschaft oder einen Polizeibericht, falls keine Ausweisdokumente gestohlen wurden, zur Verfügung stellen.

In dieser Situation:

- kann der AA den/die Versicherte(n) beraten, welche Schritte zu unternehmen sind;
- kann der AA eingreifen, um die erforderlichen Sperrungen vorzunehmen, insofern der/die Versicherte dem AA in diesem Sinne per Fax die erforderliche Vollmacht erteilt,
- Wenn der/die Versicherte über keine Zahlungsmittel mehr verfügt, dann gewährt der AA dem/der Versicherten einen Vorschuss in Höhe eines Betrags, der nicht über dem Höchstbetrag liegen darf, der in der Versicherungssummenübersicht aufgeführt wird.

## **2.9. Psychologische Unterstützung**

Der AA stellt dem/den Versicherten im Falle eines schweren Traumas auf Grund einer Krankheit oder eines Unfalls/eines Unfalls', die Versicherungsfall sind, im Rahmen der Höchstsummen des Versicherungssummenübersicht einen telefonischen Begleit- und Zuhördienst zur Verfügung.

## **2.10. Todesfall-Assistance**

Beim Tod einer versicherten Person organisiert und übernimmt der AA:

- die Kosten für den Transport der Leiche vom Einsargungsort an den Bestattungsort im Herkunftsland oder für die Beerdigung vor Ort;
- die Bestattungskosten, die für den Transport erforderlich sind, im Rahmen der Höchstsummen der Versicherungssummenübersicht;
- die zusätzlichen Beförderungskosten für versicherte Familienangehörige des Verstorbenen oder einer versicherten Person, die ihn begleiten, insoweit die ursprünglich vorgesehenen Verkehrsmittel für die Rückreise in das Herkunftsland aufgrund des Todesfalls nicht mehr genutzt werden können.

## **2.11. Zusätzliche Assistance – TRAVEL ORACLE**

Der AA stellt dem/der Versicherten eine spezielle Internetseite zur Verfügung, auf der der/die Versicherte gesundheitliche und geopolitische Informationen der geografischen Zone ihres Expatlands aufrufen kann. Diese beinhalten praktische Informationen (Landesinformationen, Warnungen, Gesundheit, Länderrisiko, Risikoeinstufungen, Reisetipps, Impfführer, Veranstaltungsplaner, Wetterdaten sowie Ortszeit und Währungsrechner).

## **2.12. Haftungsausschluss**

Neben den allgemeinen Ausschlüssen, die für jeden Versicherungsschutz gelten, sind in Bezug auf die 'Medizinische Evakuierung und Assistance' ferner ausgeschlossen:

- ohne vorige Zustimmung der AA Assistance-Abteilung getätigte Ausgaben;
- die Folgen:
- einer Erkrankung, die behandelt wird, deren Heilung noch nicht abgeschlossen ist, für die der/die Versicherte im Rekonvaleszenzurlaub ist;
- von Erkrankungen, die bei einer Reise eintreten, die zu Diagnosezwecken unternommen wird,
- von Erkrankungen, die bei einer Reise eintreten, die zu Behandlungszwecken unternommen wird;
- etwaige Folgen (Kontrollen, zusätzliche Behandlungen, Rückfälle) einer Erkrankung, für die bereits zwei (2) Rückführungen in das Heimatland (im Laufe eines Lebens) erfolgt sind;
- die Folgen von Erkrankungen oder gutartigen Verletzungen, die vor Ort behandelt werden können;
- Psychiatrie;
- die Folgen:
- von Situationen mit hohem Infektionsrisiko in einem Epidemiefeld,
- der Aussetzung infizierender biologischer Substanzen,
- der Aussetzung chemischer Substanzen vom Typ Kampfgas,
- der Aussetzung kampfunfähig machender Substanzen,
- der Aussetzung neurotoxischer Substanzen oder Substanzen mit remanenter neurotoxischer Wirkung, die zu einer Quarantäne oder zu vorbeugenden Maßnahmen oder spezieller Überwachung seitens der örtlichen und/oder landesweiten Gesundheitsbehörden in dem Land führen, in dem der/die Versicherte verweilt, es sei denn der Eintritt erfolgt plötzlich nach der Ankunft der versicherten Person am Ort der Ansteckung;
- Die Versichertenteilnahme an einer Sportart, die profimäßig oder unter Vertrag mit Vergütung ausgeübt wird sowie das entsprechende vorbereitende Training;
- die Nichtbeachtung offizieller Verbote seitens des/der Versicherten, sowie die Nichteinhaltung der offiziellen Sicherheitsvorschriften seitens des/der Versicherten, die mit der Ausübung einer sportlichen Tätigkeit verbunden sind;
- die Folgen eines Unfalls, der bei der Ausübung vom/von der Versicherten einer Luftsportart (einschl. Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Gleitflugzeug) oder einer der folgenden Sportarten eingetreten ist: Skeleton, Bobfahren, Skispringen, Alpinsport, Tauchsport mit autonomem Gerät, Höhlenforschung, Bungee Jumping, Fallschirmspringen;
- Kosten, bei denen nicht ausdrücklich erwähnt wird, dass sie erstattet werden, sowie Verpflegungskosten sowie jegliche Ausgaben, für die der/die Versicherte keinen Beleg vorweisen kann.

## **2.13. Was der Versicherte im Schadenfall tun muss**

### **2.13.1. Bei einer Assistance-Anfrage**

Der/die Versicherte muss den AA kontaktieren oder den AA über einen Dritten kontaktieren lassen, sobald seine/ihre Lage annehmen lässt, dass er/sie die Rückreise vorzeitig antreten kann oder Ausgaben anfallen, die unter den AA Versicherungsschutz fallen.

Das Servicecenter des Assistanceanbieters ist rund um die Uhr für die Versicherten erreichbar:

+32 3 217 69 78

Dem/der Versicherten wird umgehend eine Aktennummer zugewiesen und er/sie stimmt zu,

- seine/ihre Vertragsnummer (255/xxxxx) wie auf der Versicherungskarte angegeben, anzugeben;
- die Anschrift und Telefonnummer dem AA anzugeben, unter der er/sie erreicht werden kann, sowie die Anschrift von Personen, die sich um ihn/sie kümmern;
- es den AA Ärzten zu ermöglichen, Zugang zu allen medizinischen Informationen zu erlangen, die ihn /sie betreffen, bzw. die Person, die unseren Einsatz benötigt.

### **2.13.2. Für Rückerstattungsanfragen**

Um die Rückerstattung der vom/von der Versicherten mit der Einwilligung vom AA vorgeschossenen Kosten in Anspruch nehmen zu können, muss er/sie alle Belege übermitteln, mit Hilfe derer die Rechtmäßigkeit der Anfrage vom AA und dem Verwalter überprüft werden kann.

Leistungen, die vorher nicht verlangt wurden und nicht von den Abteilungen des AA organisiert werden, eröffnen keinen Anspruch auf Rückerstattung oder kompensierende Entschädigung.

### **2.13.3. Für die Kostenübernahme einer Beförderung**

Wenn der AA eine Beförderung aus dem AA Versicherungsschutz organisiert und die Kosten übernimmt, so bezieht sich dies auf eine Zugfahrt 1. oder 2. Klasse, ein Flugticket in der Touristikkategorie oder eine Taxifahrt, je nach der Entscheidung der Assistance-Abteilung. In diesem Fall wird der AA Eigentümer der ursprünglichen Fahrkarten und ist der/die Versicherte verpflichtet, sie dem AA zurückzugeben oder dem AA den Betrag zurückzuerstatten, für den der/die Versicherte bei der Stelle, die diese Fahrkarten ausgestellt hat, eine Rückerstattung erlangt hat.

## **2.14. Rahmen der AA Assistance-Einsätze**

Der AA interveniert im Rahmen der landesweiten und internationalen Gesetze und Vorschriften. Die Leistungen des AA unterliegen der Einholung der erforderlichen Genehmigungen bei den zuständigen Verwaltungsbehörden.

Darüber hinaus haftet der AA nicht für Verspätungen oder Verhinderungen bei der Erfüllung unserer vereinbarten Services nach einem Fall höherer Gewalt oder Ereignissen wie Streiks, Aufständen, Volksbewegungen, Einschränkungen des freien Verkehrs, Sabotage, Terrorismus, Bürgerkrieg oder Auslandskrieg, Folgen der Auswirkungen einer radioaktiven Quelle oder jedem anderen unerwarteten Fall.

# ZUSATZVERSICHERUNGEN

## 3. Zahnmedizinische Versorgung

	Basic	Comprehensive
Maximale Erstattung pro Jahr/Person	€ 3000 £ 2000 \$ 3750 CHF 4.500	€ 5.000 £ 3.250 \$ 6.250 CHF 7.500
Zahnbehandlung (regelmäßige Routineuntersuchung, Grundversorgung)	80% max. € 1.500 80% max. £ 1.000 80% max. \$ 1.875 80% max. CHF 2.250	100% max. € 2.500 100% max. £ 1.625 100% max. \$ 3.125 100% max. CHF 3.750
Zahnersatz/Kieferorthopädie (kieferorthopädische Behandlung, Zahnprothesen, Brücken und Zahnimplantate) Kieferorthopädie ist nur versichert, wenn die Behandlung vor dem fünfzehnten (15.) Lebensjahr begonnen wird. Für Zahnersatz gilt für Privatkunden eine Wartezeit von zwölf (12) Monaten.	60% max. € 1.500 60% max. £ 1.000 60% max. \$ 1.875 60% max. CHF 2.250	80% max. € 2.500 80% max. £ 1.625 80% max. \$ 3.125 80% max. CHF 3.750

### 3.1. Berechtigung

Die Zahntarife stehen nur solchen Versicherten offen, die als Mitglieder der Internationalen Krankenversicherung akzeptiert sind. Die Entscheidung für den Abschluss eines Zahntarifes muss erfolgen:

- auf Familienebene;
- auf Gruppenebene für Mitarbeiter, die von ihrem Arbeitgeber pflichtversichert sind.

Das heißt, dass der/die Versicherte und sämtliche abhängigen Angehörigen, die in die Internationale Krankenversicherung aufgenommen wurden:

- den Zahntarif abschließen müssen (d.h. entweder alle Familienmitglieder/angestellten Expats oder keines/keiner);
- denselben Zahntarif wählen müssen ('Basic' oder 'Comprehensive').

Die Mindestvertragslaufzeit für die Zahntarife beträgt ein Jahr, es sei denn, der Haupttarif wird ebenfalls gekündigt.

Kinder unter zwei Jahren zahlen keinen Beitrag für 'Zahnmedizinische Versorgung' und sind nicht bei 'Zahnmedizinische Versorgung' abgesichert.

Sobald die Option 'Zahnmedizinische Versorgung' gekündigt wurde, kann sie hiernach nicht mehr erneuert werden.

### 3.2. Geografischer Geltungsbereich der Versicherung

Für die Basisversicherung und die Zusatzversicherung 'Zahnmedizinische Versorgung' kann der Versicherungsnehmer zwischen zwei geografischen Bereichen des Versicherungsschutzes wählen:

Für Privatkunden:

- Weltweiter Versicherungsschutz
- Weltweiter Versicherungsschutz mit Ausnahme der medizinischen Kosten, die in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA), Kanada, China, Hongkong und Singapur anfallen.

Für Geschäftskunden:

- Weltweiter Versicherungsschutz

- Weltweiter Versicherungsschutz mit Ausnahme der medizinischen Kosten, die in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) und in Kanada anfallen

Während Geschäfts- oder Urlaubsreisen, die insgesamt pro Versicherungsjahr neunzig (90) Tage nicht überschreiten, sind die in den ausgeschlossenen Ländern als unmittelbare Folge eines Unfalls oder eines medizinischen Notfalls anfallenden medizinischen Kosten jedoch im Rahmen der Höchstsummen des Versicherungsvertrages bis zu höchstens neunzig (90) Tagen pro Versicherungsjahr gedeckt.

Falls der betreffende medizinische Zustand bereits vor der Reise in ein ausgeschlossenes Land bestand und Zweck der Reise war, sind die medizinischen Kosten nicht versichert.

### **3.3. Leistungen**

Nur Ausgaben, die angemessen und üblich sind, kommen innerhalb der in der nachfolgenden Leistungstabelle angegebenen Einschränkungen und Obergrenzen für eine Erstattung in Frage.

#### **3.3.1. Zahnbehandlung**

Die Zahnbehandlung beinhaltet zwei Vorsorgeuntersuchungen pro Versicherungsjahr, prophylaktische Maßnahmen, Füllungen, Wurzelbehandlungen, Zahnextraktion, parodontale Maßnahmen, Parodontosebehandlungen, Zahnfleischbehandlungen etc.

#### **3.3.2. Zahnersatz**

Zahnersatz beinhaltet Brücken, Implantate, kieferorthopädische Behandlung, Prothesen (Zahnersatz, Kronen, Inlays). Die versicherten Summen beinhalten das Honorar des Zahnarztes (oder des Kieferchirurgen). Zahnchirurgische Eingriffe fallen ebenfalls unter Zahnersatz.

### **3.4. Wartezeiten und Altersbegrenzung**

Für Zahnersatz gilt eine Wartezeit von zwölf (12) Monaten. Die Wartezeit kann bei Gruppenverträgen entfallen. Ein Verzicht auf die Wartezeit muss in den Besonderen Bedingungen erwähnt sein. Kieferorthopädie ist nur versichert, wenn mit der Behandlung vor dem fünfzehnten (15.) Lebensjahr begonnen wurde und ab diesem Zeitpunkt ohne Unterbrechung erfolgte.

### **3.5. Weitere Bestimmungen**

Neben den in Kapitel I dargelegten Allgemeinen Versicherungsvertragsbestimmungen gelten die Bestimmungen der Art. II-1.8. bis einschließlich des Art. II-1.10. auch für die Zahntarife.

## **4. Lebensversicherung**

### **4.1. Zweck und Berechtigung**

Der Zweck der Lebensversicherung ist es, die Zahlung einer Pauschalsumme im Todesfall aus jeglichen Gründen zu garantieren.

Beitritt zur Lebensversicherung ist sowohl für den Expat wie für seine/ihren erwachsene(n) Gattin/en möglich, sofern diese Person auch in die Internationale Krankenversicherung aufgenommen wurde und maximal sechzig (60) Jahre alt ist.

### **4.2. Widerspruchsfrist der Lebensversicherung**

Falls der Versicherungsnehmer mit der Vereinbarung der Lebensversicherung aus irgendwelchen Gründen nicht einverstanden ist, kann er/sie diese dem Verwalter innerhalb von dreißig (30) Tagen nach der Annahme zurücksenden.



Der Versicherer wird in diesem Fall den Versicherungsvertrag stornieren und dem Versicherungsnehmer sämtliche eventuell bereits bezahlten Beiträge zurückerstatten, sofern noch keine Leistungen erstattet worden sind.

### **4.3. Auszahlung der Versicherungsleistung**

Es wird den festgelegten Begünstigten der verstorbenen versicherten Person eine Pauschalsumme ausgezahlt, sowie auf dem Formular 'Benennung der Begünstigten' bezeichnet.

Die Versicherungsleistung wird ausgezahlt, sofern der Tod des/der Versicherten vor seinem/ihrem fünfundsechzigsten (65.) Geburtstag eintritt. Falls die Versicherungspolice vor dem Tod des/der Versicherten abläuft, kann keine Auszahlung der Pauschalsumme geleistet werden.

### **4.4. Höhe der Versicherungssumme**

Die Höhe der Versicherungssumme ist in den Besonderen Bedingungen angegeben. Die Mindestversicherungssumme beträgt jedoch 50.000 Euro/32.000 Britische Pfund/62.500 US-Dollar/75.000 Schweizer Franken und kann bis auf eine Höchstversicherungssumme von 500.000 Euro/325.000 Britische Pfund/625.000 US-Dollar/750.000 Schweizer Franken erhöht werden. Die Versicherungsbeiträge und -leistungen (Pauschalsumme) werden auf der Basis der Versicherungssumme ermittelt.

### **4.5. Zusätzliche Ausschlüsse**

Zusätzlich zu den allgemeinen Ausschlüssen festgelegt in Art. 11 und 12 der Allgemeinen Vertragsbedingungen, sind die folgenden Ausschlüsse auf die Lebensversicherung anwendbar:

- die Folgen von Suizid und Suizidversuchen;
- Tod als Folge von Trunkenheit oder der Einnahme von nicht ärztlich verordneten Arzneimitteln;
- Tod als Folge von ionisierenden Strahlungen, die keine für die versicherte medizinische Behandlung notwendigen medizinischen Strahlungen sind.

### **4.6. Pflicht des/der Versicherten**

Anlässlich des Vertragsanfangs ist dem Verwalter vom Policeninhaber ein Formular 'Benennung der Begünstigten' zu übermitteln, welches dementsprechend ausgefüllt und vom Versicherten unterzeichnet ist.

Im Falle des Todes der/des Versicherten zahlt der Versicherer die versicherte Pauschalsumme den von der/dem Versicherten benannten Begünstigten oder den gesetzlichen Erben, falls in diesem Formular keine Begünstigten angegeben wurden, innerhalb eines Monats nach Erhalt der folgenden Dokumente aus:

- eine Kopie der Geburtsurkunde des Verstorbenen oder eine Urkunde des zivilrechtlichen Status und
- des Totenscheins im Original;
- eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Todesursache;
- - der Besonderen Bedingungen der Police des Versicherten.

Die Beweislast liegt bei den Begünstigten.

## **5. Unfalltod und Invalidität**

### **5.1. Zweck und Berechtigung**

Die Zusatzversicherung 'Unfalltod und Invalidität' umfasst folgende Leistungen:

- die Zahlung einer Pauschalsumme im Falle eines Unfalltodes oder
- die Zahlung einer Pauschalsumme im Falle eines andauernden, durch einen Unfall verursachten Invaliditätsgrades von wenigstens zwanzig (20) %.

Die Zusatzversicherung 'Unfalltod und Invalidität' kann für den oder von dem Expat sowie für oder von seinen erwachsenen Angehörigen, wie in Kapitel I definiert, abgeschlossen werden.

## **5.2. Anzeigefristen bei Unfall und der Ermittlung des Anspruchs und die Zahlung der Leistungen**

### **5.2.1. Anzeigefrist des Unfalls**

Ein Unfall, der zu einer andauernden Invalidität oder zum Tod der/des Versicherten führt oder führen kann, muss schriftlich innerhalb von zwei (2) Wochen nach dem Unfallereignis gegenüber dem Versicherer oder dem Verwalter angezeigt werden.

Die Unfallanzeige sollte ausführliche Informationen über die Unfallursache und die Art der Verletzungen enthalten.

### **5.2.2. Fristen für die Ermittlung des Anspruchs und die Zahlung der Leistungen**

Im Falle des Unfalltodes, der innerhalb von zwölf (12) Monaten nach dem Datum des zum Tode führenden Unfalls eintreten muss, erfolgt die Zahlung einer Pauschalsumme zugunsten der benannten Begünstigten der/des verstorbenen Versicherten, wie im Formular 'Benennung der Begünstigten' angegeben.

Im Falle andauernder Invalidität muss die Invalidität spätestens ein (1) Jahr nach dem Datum des Unfalls anerkannt werden. Hat sich der Zustand der/des Versicherten jedoch innerhalb von zwei (2) Jahren nach dem Datum des Unfalls noch nicht vollständig stabilisiert, wird der Grad der andauernden Invalidität auf der Basis des Gesundheitszustandes der/des Versicherten am Ende dieses Zweijahreszeitraums ermittelt.

## **5.3. Höhe der Versicherungssumme**

Die Höhe der Versicherungssumme ist in den Besonderen Bedingungen angegeben. Die Mindestversicherungssumme beträgt jedoch 50.000 Euro/32.500 Britische Pfund/62.500 US-Dollar/75.000 Schweizer Franken und kann bis auf eine Höchstversicherungssumme von 500.000 Euro/325.000 Britische Pfund/625.000 US-Dollar/750.000 Schweizer Franken erhöht werden. Die Versicherungsbeiträge und -leistungen (Pauschalsumme) werden auf der Basis der Versicherungssumme ermittelt.

## **5.4. Versicherte Leistungen**

### **5.4.1. Unfalltod**

Stirbt die/der Versicherte durch einen Unfall, entspricht die vom Versicherer (an die Begünstigten der/des Versicherten) zu zahlende Pauschalsumme 100% der Versicherungssumme, deren Höhe in den Besonderen Bedingungen angegeben ist. Hat der Versicherer bereits Leistungen für eine andauernde, durch einen Unfall verursachte Invalidität erbracht, wird die Leistung, die im Falle des sich daraus (innerhalb der in Art. II-5.2. angegebenen Zeitgrenzen) ergebenden Todes, der durch denselben Unfall, der zur Invalidität geführt hat, verursacht wurde, bezahlt werden muss, um den bereits für die Invalidität gezahlten Betrag reduziert.

### **5.4.2. Unfallinvalidität**

Im Fall der andauernden, durch einen Unfall verursachten Invalidität der/des Versicherten entspricht die vom Versicherer an die/den Versicherte(n) zu zahlende Pauschalsumme der mit dem Grad der Invalidität (Prozentsatz) multiplizierten Versicherungssumme (wie in den Besonderen Bedingungen angegeben), wobei dieser Prozentsatz im Einklang mit der nachstehenden Invaliditätstabelle ermittelt wird. Bei andauernder Invalidität, deren Grad weniger als zwanzig (20)% beträgt, werden keinerlei Leistungen gezahlt. Falls die andauernde, durch den Unfall verursachte Invalidität sich gemäß der nachstehenden Invaliditätstabelle auf zwanzig (20)% oder mehr summiert, beläuft sich die Leistung auf den entsprechenden Prozentsatz der Versicherungssumme.

## 5.5. Ermittlung des Grades der andauernden Invalidität und Anwendung der Invaliditätstabelle

### 5.5.1. Invaliditätstabelle

Die nachstehende Invaliditätstabelle wird für die Ermittlung des Invaliditätsgrades angewandt:

Vollständige Lähmung	100%	
Vollständige Erblindung	100%	
Unheilbare und vollständige geistige Invalidität	100%	
Amputation oder ständiger Verlust der Funktionsfähigkeit: a) beider Arme oder beider Hände b) beider Beine oder beider Füße c) eines Armes oder einer Hand oder eines Beines oder eines Fußes	100%	
Vollständiger Verlust der Sehfähigkeit eines Auges mit Entfernung des Auges	50%	
Vollständiger Verlust der Sehfähigkeit eines Auges	45%	
Verlust des Schädelknochens, der ein Loch im Schädel mit: a) einer Fläche von wenigstens 6 cm bildet <sup>2</sup> b) einer Fläche zwischen 3 und 6 cm bildet <sup>2</sup> c) einer Fläche von weniger als 3 cm bildet <sup>2</sup>	40% 20% 10%	
Unheilbarer vollständiger Verlust der Hörfähigkeit auf beiden Ohren	100%	
Unheilbarer vollständiger Verlust der Hörfähigkeit auf einem Ohr	50%	
Amputation des Unterkiefers: a) vollständig b) partiell (senkrechter Teilknochen und ganzer oder halber Backenknochen)	70% 40%	
Verlust der oberen und unteren Zähne und der Zahnsocket a) und dadurch Unmöglichkeit, eine Zahnprothese anzupassen b) Im Falle einer möglichen Zahnprothese mit nachgewiesener funktioneller Verbesserung	10 bis 30% 1 bis 10%	
	<b>Rechts</b>	<b>Links</b>
Verlust eines Armes oder einer Hand	75%	60%
Vollständige Lähmung einer oberen Extremität	65%	55%
Vollständige Lähmung des Zirkumflexnervs	20%	15%
Vollständige Lähmung des Mediannervs	45%	35%
Vollständige Lähmung des Kubitalnervs am Ellbogen	30%	25%
Vollständige Lähmung des Handnervs	20%	15%
Vollständige Lähmung des Radialnervs oberhalb des Trizeps	40%	30%
Vollständige Ankylose der Schulter: a) mit Unbeweglichkeit des Schulterblatts b) mit Beweglichkeit des Schulterblatts	65% 35%	55% 25%
Nicht-konsolidierte Fraktur des Oberarms (Entstehung einer Pseudo-	30%	25%

Arthrose)		
Vollständiger Verlust der Beweglichkeit des Ellbogens:		
a) in einer ungünstigen Position	40%	35%
b) in einer günstigen Position	25%	20%
Nicht-konsolidierte Fraktur des Unterarms (Entstehung einer Pseudo-Arthrose):		
a) beider Knochen	25%	20%
b) eines Knochens	10%	8%
Vollständiger Verlust der Beweglichkeit des Handgelenks:		
a) in einer ungünstigen Position (Flexion, forcierte Extensionen oder Supination)	40%	30%
b) in einer günstigen Position (gerade oder vornübergeneigt)	20%	15%
Amputation eines Daumens:		
a) vollständig	20%	18%
b) partiell (ungual phalanx)	10%	8%
Ankylose eines Daumens:		
a) vollständig	15%	12%
b) partiell (ungual phalanx)	10%	8%
Amputation des Zeigefingers		
a) vollständig	16%	14%
b) zwei Glieder	12%	10%
c) ein Glied	6%	5%
Amputation eines zweiten Fingers	12%	10%
Amputation eines dritten Fingers	10%	8%
Amputation eines vierten Fingers	8%	6%
Vollständige Lähmung einer unteren Extremität	60%	
Vollständige Lähmung des internen N. ischiadicus	30%	
Vollständige Lähmung des externen N. ischiadicus	30%	
Vollständige Lähmung beider N. ischiadicus	40%	
Kürzung einer unteren Extremität:		
a) von wenigstens 5 cm	30%	
b) zwischen 3 und 5 cm	20%	
c) zwischen 1 und 3 cm	10%	
Vollständige Ankylose der Hüfte:		
a) in einer schlechten Position (Flexion, Adduktion oder Abduktion)	60%	
b) in einer geraden Position	40%	
Amputation des Oberschenkels:		
a) obere Hälfte und Bein	60%	
b) untere Hälfte und Bein	50%	
Nicht-konsolidierte Fraktur des Oberschenkels oder beider Beinknochen (Entstehung einer Pseudo-Arthrose)	50%	

Vollständige Ankylose des Knies: a) in einer Flexion (ab 130 Grad) b) gerade oder nahezu gerade	50% 25%
Chronische Gonhrose entsprechend dem Grad der Muskelatrophie	3 bis 20%
Nicht-konsolidierte Fraktur der Kniescheibe mit breiter Separation der Fragmente und erheblichen Problemen beim Strecken des Beins ab dem Oberschenkel	40%
Amputation eines Beines	50%
Tibio-tarsiane Ankylose	15%
Amputation eines Fußes: a) vollständig (tibio-tarsiane Disikulation) b) sub-astragalian c) media-tarian d) tarso-metatarsian	50% 40% 35% 30%
Amputation aller Zehen	20%
Amputation eines großen Zehs	10%
Amputation eines anderen als des großen Zehs	3%
Ankylose des großen Zehs	3,5%

#### 5.5.2. Andauernde Natur der Invalidität

Um für die Zahlung der versicherten Leistung in Frage zu kommen, muss die Invalidität andauernd sein. Das bedeutet, dass medizinisch festgestellt wurde, dass die Fortsetzung der medizinischen Behandlung nicht zu einer signifikanten Besserung des Gesundheitszustands der Person führen wird und dass die Invalidität aus diesem Grund definitiv und irreversibel ist.

#### 5.5.3. Bereits bestehender Zustand der Gebrechlichkeit

Ein bereits zuvor bestehender Zustand der Schwäche von Gliedmaßen oder Organen kann bei der Bewertung der Verletzungen, die durch den Unfall verursacht wurden, nicht berücksichtigt werden.

#### 5.5.4. Maximaler Grad der Invalidität

Der Grad der andauernden Invalidität kann niemals einhundert (100)% übersteigen. Unter keinen Umständen übersteigt die vom Versicherer zu zahlende Summe einhundert (100)% der Versicherungssumme.

#### 5.5.5. Mehrere Verletzungen, die dieselbe Gliedmaße betreffen

Im Falle mehrerer Verletzungen oder Gebrechen, die sich aus demselben Unfall oder aus aufeinander folgenden Unfällen ergeben, wird jede Verletzung oder Gebrechlichkeit separat beurteilt. Die Summe der Verletzungen oder Gebrechen, die eine Extremität betreffen, kann jedoch nicht zu einem Invaliditätsgrad führen, der den Invaliditätsgrad übersteigt, der dem vollständigen Verlust der entsprechenden Gliedmaße entspricht.

#### 5.5.6. Ereignisse oder Gebrechen, die nicht in der Invaliditätstabelle aufgeführt sind

Bei Ereignissen oder Gebrechen, die nicht in der Invaliditätstabelle aufgeführt sind, wird der Invaliditätsgrad unter Bezugnahme auf die aufgeführten Ereignisse oder Gebrechen ermittelt: Die Invaliditätstabelle wird als Richtlinie verwendet, um den Invaliditätsgrad analog zu den in der Liste aufgeführten Punkten zu ermitteln. Der zahlbare Betrag ist auf keinen Fall niedriger als der Betrag, der für ein in der Invaliditätstabelle aufgeführtes Ereignis oder Gebrechen, das angemessen vergleichbar ist, zu zahlen wäre.

### **5.5.7. Vollständiger Verlust der Funktionsfähigkeit einer Gliedmaße**

Der vollständige Verlust der Funktionsfähigkeit einer Gliedmaße wird als gleichwertig mit dem vollständigen Verlust der Gliedmaße selbst angesehen.

### **5.5.8. Linkshänder**

Linkshänder erhalten die gestaffelten Leistungen in Bezug zur oberen rechten Gliedmaße anstelle der oberen linken Gliedmaße und umgekehrt.

### **5.5.9. Verschlechternde Tatsachen**

Im Falle der Verschlechterung der Folgen eines Unfalls als Ergebnis von Gebrechen, Erkrankungen oder Umständen, die von der Unfallursache unabhängig sind, kann der Invaliditätsgrad nicht höher sein als derjenige, der ermittelt worden wäre, wenn der Unfall einen gesunden Organismus betroffen hätte.

## **5.6. Zusätzliche Ausschlüsse**

Neben den in Art. I-11. und I-12. angegebenen allgemeinen Ausschlüssen gelten folgende Ausschlüsse für die Zusatzversicherung 'Unfalltod und -Invalidität':

- Unfälle, die das Ergebnis von offenbar tollkühnen und/oder leichtsinnigen Handlungen der/des Versicherten sind, oder Unfälle, die sie/er vorsätzlich verursacht oder provoziert hat;
- die Folgen von Suizid und Suizidversuchen;
- Unfälle, die sich im Zustand der Trunkenheit oder unter Einfluss nicht verordneter Medikamente ereignen, es sei denn, die/der Versicherte oder ihre/seine Begünstigten weisen nach, dass ein solcher Zustand nicht die Ursache des Unfalls war;
- Unfälle, die durch ionisierende Strahlungen hervorgerufen werden, die keine für die versicherte medizinische Behandlung notwendigen medizinischen Strahlungen sind;
- Invalidität und/oder Tod infolge einer Krankheit.

## **5.7. Von der/dem Versicherten zu erfüllende Pflichten**

### **5.7.1. Unfallanzeige**

Ein Unfall, der zu einer andauernden Invalidität oder zum Tod der/des Versicherten führt oder führen kann, muss schriftlich innerhalb von zwei Wochen nach dem Unfallereignis (über den Verwalter) gegenüber dem Versicherer angezeigt werden. Die Anzeige muss alle Informationen im Zusammenhang mit dem Unfall enthalten, einschließlich:

- Ort, Datum und ausführliche Beschreibung der Umstände des Unfalls;
- Namen und Anschriften beteiligter Personen;
- Namen und Anschriften von Zeugen und möglicherweise haftbaren Personen;
- des offiziellen Berichts der lokalen Behörden (z.B. Polizeibericht oder andere relevante Dokumente).

Eine medizinische Bescheinigung mit Angaben zur Art und zum Umfang der Verletzungen der/des Versicherten und zur voraussichtlichen Dauer der Invalidität ist dieser Anzeige beizufügen.

### **5.7.2. Veränderungen des Grades der Berufsunfähigkeit**

Die/Der Versicherte muss dem Versicherer (über den Verwalter) innerhalb eines Monats Veränderungen des Grades der Berufsunfähigkeit mitteilen. Bleibt eine solche Mitteilung aus, sind Beträge, die unrechtmäßig an die/den Versicherte gezahlt wurden, von dieser/m an den Versicherer zurückzuzahlen.

### **5.7.3. Medizinische Information**

Die/der Versicherte gestattet ihrem/seinem behandelnden Arzt, dem medizinischen Berater des Versicherers alle relevanten Informationen den Gesundheitszustand der/des Versicherten betreffend mitzuteilen.

#### **5.7.4. Höhere Gewalt**

Der Versicherungsschutz erlischt nicht, wenn die/der Versicherte nachweisen kann, dass die in diesem Artikel festgelegten Pflichten als Ergebnis von Umständen, die vollständig außerhalb ihrer/seiner Kontrolle liegen (höhere Gewalt), verursacht wurden, oder wenn der gute Glaube der/des Versicherten nicht in Frage gestellt werden kann.

#### **5.8. Zahlung der Versicherungsleistung**

Bei Vertragsbeginn hat der Versicherungsnehmer dem Verwalter das ordnungsgemäß von der versicherten Person ausgefüllte und unterschriebene Formular 'Benennung der Begünstigten' vorzulegen. Im Falle des durch einen Unfall verursachten Todes der/des Versicherten zahlt der Versicherer die versicherte Pauschalsumme an die von der/dem Versicherten benannten Begünstigten (oder an die gesetzlichen Erben, falls in diesem Formular keine Begünstigten angegeben wurden) innerhalb eines (1) Monats nach Eingang:

- die in Art. II-5.7.1. erwähnten Dokumente;
- einer Kopie der Geburtsurkunde oder des Familienstammbuchs der/des Verstorbenen;
- des Totenscheins im Original;
- einer von einem Arzt ausgestellten, detaillierten ärztlichen Bescheinigung, in der die Todesursache angegeben ist.

Bevor der Versicherungsanspruch ausbezahlt werden kann, muss der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Tod nachgewiesen sein. Die Beweislast liegt bei den Begünstigten. Im Falle andauernder, durch einen Unfall verursachter Invalidität zahlt der Versicherer die versicherte Pauschalsumme an die/den Versicherten. Die folgende Dokumente müssen dem Verwalter vorgelegt werden:

- die in Art. II-5.7.1. erwähnten Dokumente;
- eine Kopie der Geburtsurkunde der/des Versicherten oder des Familienstammbuchs der betreffenden Person;
- eine ausführliche, von dem behandelnden Arzt ausgestellte ärztliche Bescheinigung, in der die Ursache der Invalidität angegeben ist, sowie alle einschlägigen Unterlagen, die benötigt werden, um die Invalidität exakt zu bewerten (Art. II-5.5.).

Sobald alle Unterlagen beim Verwalter eingegangen sind und der Zustand der/des Versicherten ausreichend stabil ist, um dem medizinischen Berater des Versicherers eine Beurteilung des Invaliditätsgrades (entsprechend den in Art. II-5.5. dargelegten Bestimmungen 'Ermittlung des Grades der andauernden Invalidität') zu ermöglichen, wird die Versicherungssumme innerhalb eines Monats ausbezahlt.

### **6. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit**

#### **6.1. Zweck und Berechtigung**

Der Zweck der Versicherung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit besteht darin, der/dem Versicherten nach Ablauf der nachstehend definierten Wartezeit die Zahlung einer monatlichen Beihilfe während maximal zwei (2) Jahren für den Fall zu garantieren, dass die/der Versicherte vollkommen unfähig ist, ihrer/seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Versicherung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit kann nur von dem jeweiligen Versicherungsnehmer oder Expat abgeschlossen werden und steht seinen/ihren Angehörigen (Ehegatte oder gesetzlicher Partner/ Kinder) nicht zur Verfügung.

#### **6.2. Medizinische Aufnahme in die Versicherung**

Der Beitritt zur Versicherung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit hängt von der Aufnahme des Antragstellers durch den medizinischen Berater des Versicherers in die Versicherung ab. Falls ein Antragsteller die Zusatzversicherung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit später als die Internationale Krankenversicherung beantragt, muss ein neuer medizinischer Fragebogen ausgefüllt und unterzeichnet werden.

### **6.3. Leistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit**

Die Versicherung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit sieht eine monatliche Beihilfe für den Fall vor, dass die/der Versicherte – aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung – vollkommen unfähig ist, ihrer/seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen (d.h. die gewöhnliche Erwerbstätigkeit zu dem Zeitpunkt, zu dem die Arbeitsunfähigkeit begonnen hat).

### **6.4. Wartezeit**

Die Entschädigung ist nach einer Wartezeit von neunzig (90) Tagen zahlbar, in der keine Versicherungsleistungen fällig werden, in denen die/der Versicherte vollkommen unfähig ist, ihrer/seiner angestammten Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Wartezeit beginnt mit dem Datum der vom behandelnden Arzt festgestellten Arbeitsunfähigkeit.

### **6.5. Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit**

Die Arbeitsunfähigkeit ist durch ausreichende medizinische Nachweise zu belegen, die dem medizinischen Berater des Versicherers von der/dem Versicherten oder ihrem/seinem Arzt vorzulegen sind. Der medizinische Berater des Versicherers hat das Recht, weitere relevante Informationen anzufordern und/oder den Versicherten zwecks Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt ihres Eintretens, in regelmäßigen Abständen während der Arbeitsunfähigkeit und so lange medizinisch untersuchen zu lassen, wie die (partielle) Arbeitsunfähigkeitsbeihilfe bezahlt wird. Der Versicherer hat das Recht, den/die Versicherte an einen von ihm benannten externen Mediziner zu überweisen, um einen zusätzlichen medizinischen Bericht über die Arbeitsunfähigkeit zu erhalten.

### **6.6. Höhe und Dauer der Leistung**

Die Höhe der monatlichen Beihilfe bei vollständiger Unfähigkeit der/des Versicherten, ihrer/seiner angestammten Erwerbstätigkeit nachzugehen, ist in den Besonderen Bedingungen angegeben. Der zu versichernde Mindestbetrag beträgt 1.000 Euro/650 Britische Pfund/1.250 US-Dollar/1.500 Schweizer Franken (monatliche Beihilfe). Die Versicherungssumme darf weder 80% des (monatlichen) Bruttogehalts der/des Versicherten noch den Betrag von 10 000 Euro/6 500 Britischen Pfund/12 500 US-Dollar/15 000 Schweizer Franken monatlich übersteigen. Der Versicherungsnehmer muss dem Verwalter eine Kopie der letzten offiziellen Gehaltsbescheinigung der/des Versicherten vorlegen. Nach der Wartezeit von neunzig (90) Tagen wird die Entschädigung so lange bezahlt, wie die/der Versicherte vollständig nicht in der Lage ist, ihrer/seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen, längstens jedoch für die Dauer von zwei (2) Jahren.

### **6.7. Teilweise Wiederaufnahme der Arbeit**

Versicherte, die nach der Wartezeit von neunzig (90) Tagen die monatliche Beihilfe erhalten und deren Zustand sich dahingehend gebessert hat, dass sie in der Lage sind, ihre Arbeit teilweise wiederaufzunehmen, können innerhalb der maximalen Zweijahresfrist nach Ablauf der Wartefrist weiterhin eine Beihilfe erhalten. Die Höhe dieser Beihilfe wird jedoch reduziert und durch Multiplizieren der gesamten versicherten monatlichen Summe mit dem %-Satz der verbleibenden Erwerbsunfähigkeit ermittelt. Falls der Grad der Erwerbsunfähigkeit unter dreißig (30)% sinkt, wird die Beihilfe eingestellt.

### **6.8. Rückfall**

Im Falle eines Rückfalls wird die Zahlung der Beihilfe ohne Anrechnung einer erneuten Wartezeit wieder aufgenommen. Unter einem Rückfall versteht man diejenige Arbeitsunfähigkeit, die innerhalb von drei (3) Monaten nach Ende der durch diesen Versicherungsvertrag versicherten Erwerbsunfähigkeit auftritt und durch dieselbe Erkrankung oder denselben Unfall verursacht wurde. Jede weitere Arbeitsunfähigkeit, die sich aus einem anderen Grund ergibt, unterliegt einer erneuten Wartezeit von neunzig (90) Tagen.

### **6.9. Auszahlung der Versicherungsleistung**

Die Arbeitsunfähigkeitsbeihilfe wird jeweils zum Monatsende an die/den Versicherten gezahlt, und zwar erstmals am Ende des Monats, der auf das Ende der Wartezeit folgt. Endet die Arbeitsunfähigkeit im Laufe eines Monats, wird die



Entschädigung anteilig zur Anzahl der in diesem Monat vergangenen Tage fällig. Die Zahlung endet bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:

- wenn der Grad der Erwerbsunfähigkeit weniger als dreißig (30)% beträgt;
- wenn die/der Versicherte stirbt;
- nach Ablauf des Zweijahreszeitraums, in dem die Beihilfen gezahlt werden;
- zum Verlängerungsdatum, nachdem die/der Versicherte fünfundsechzig (65) Jahre alt geworden ist;
- wenn die/der Versicherte die Arbeit in vollem Umfang wieder aufnimmt.

## **6.10. Zusätzliche Ausschlüsse**

Neben den allgemeinen, in Art. I-11. und Art. I-12. angegebenen Ausschlüsse gelten die folgenden Ausschlüsse für die Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit:

### **6.10.1. Mutterschaftsurlaub und Entbindung**

Ein Mutterschaftsurlaub und eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Entbindung sind nicht Bestandteil des Versicherungsschutzes. Sie werden bei der Berechnung der Wartezeit nicht berücksichtigt und haben keine Leistung zur Folge. Für den Fall, dass die Versicherte jedoch Leistungen wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit aus anderen Gründen (als Entbindung oder Mutterschaftsurlaub) erhält und der Mutterschaftsurlaub während dieser Leistungsperiode beginnen sollte, wird die Zahlung der Leistungen ausgesetzt und erst nach dem Ende des Mutterschaftsurlaubs fortgeführt, falls die Versicherte zu diesem Zeitpunkt noch immer nicht in der Lage ist, ihre Arbeit wiederaufzunehmen. Wenn bei Ablauf des üblichen Mutterschaftsurlaubs einer Versicherten ein Gesundheitszustand besteht, der die Versicherte daran hindert, ihre übliche Erwerbstätigkeit in vollem Umfang wiederaufzunehmen (vollständige Erwerbsunfähigkeit), beginnt die Wartezeit an diesem Datum.

### **6.10.2. Gefährliche Sportarten**

Eine Arbeitsunfähigkeit, die sich aus der Ausübung einer Sportart für berufliche Zwecke, selbst im Nebenberuf, aus der bezahlten Teilnahme an einem sportlichen Wettkampf oder aus der nicht bezahlten Ausübung von Sportarten, die als schnell und gefährlich gelten, ergibt, wie zum Beispiel:

- Rugby;
- Wintersportwettkämpfe und -rennen;
- Luftsportarten (ausgenommen Ballonfahrt);
- Großwildjagd (einschließlich Safari);
- Höhlenerforschung, Höhlentauchen und Technisches Tauchen;
- Alpinsport, wenn es nicht auf offiziellen Wegen betrieben wird;
- Motorsportrennen zu Wasser und an Land (ausgenommen Jet-Ski-Fahren zu Erholungszwecken außerhalb eines Wettbewerbs, oder Touristenrallies, für die keine Zeit- oder Geschwindigkeitsvorgaben gemacht wurden);
- Rafting, Canyoning, Bungee Jumping, Drachenfliegen und ähnliche Sportarten.

## **6.11. Pflichten der/des Versicherten und/oder des Versicherungsnehmers**

### **6.11.1. Mitteilung über die Arbeitsunfähigkeit**

Im Falle einer Unfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall, der üblichen Erwerbstätigkeit nachzugehen, muss diese Arbeitsunfähigkeit dem Verwalter vom Versicherungsnehmer schriftlich so rasch wie möglich, spätestens aber am einundneunzigsten (91.) Tag der Arbeitsunfähigkeit mitgeteilt werden. Zugleich ist ein vom behandelnden Arzt der/des arbeitsunfähigen Versicherten erstellter medizinischer Bericht mit Angaben zur und zum Umfang der Arbeitsunfähigkeit der/des Versicherten sowie zur voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit an den Verwalter zu Händen des medizinischen Beraters des Versicherers weiterzuleiten. Zusätzlich muss ein Einkommensnachweis zur Verfügung gestellt werden.

#### **6.11.2. Veränderungen des Umfangs der Arbeitsunfähigkeit**

Die/Der Versicherte und/oder ihr/sein Arzt hat/haben dem medizinischen Berater des Versicherers (über den Verwalter) schriftlich innerhalb eines Monats Veränderungen des Umfangs der Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen. Bleibt eine solche Mitteilung aus, sind Beträge, die unrechtmäßig an die/den Versicherte gezahlt wurden, von dieser/m an den Versicherer zurückzuzahlen.

Während der Dauer vollständiger Arbeitsunfähigkeit kann der medizinische Berater der Versicherung nach eigener Wahl einen detaillierten medizinischen Bericht (einen Folgebericht) von einem Facharzt einfordern, um den Umfang der Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen.

#### **6.11.3. Medizinische Information**

Die/der Versicherte gestattet ihrem/seinem behandelnden Arzt, dem medizinischen Berater des Versicherers alle relevanten Informationen den Gesundheitszustand der/des Versicherten betreffend mitzuteilen.

#### **6.11.4. Höhere Gewalt/guter Glaube**

Der Versicherungsschutz erlischt nicht, wenn die/der Versicherte nachweisen kann, dass die in diesem Artikel festgelegten Pflichten als Ergebnis von Umständen, die vollständig außerhalb ihrer/seiner Kontrolle liegen (höhere Gewalt), verursacht wurden, oder wenn der gute Glaube der/des Versicherten nicht in Frage gestellt werden kann.

## **7. Dauerhafte Berufsunfähigkeit**

### **7.1. Zweck und Berechtigung**

Der Zweck der Versicherung für dauerhafte Berufsunfähigkeit besteht darin, der/dem Versicherten, die/der von einer andauernden, durch Krankheit oder Unfall verursachten Berufsunfähigkeit betroffen ist, die sie/ihn ganz oder teilweise an der Fortsetzung ihrer/seiner Erwerbstätigkeit hindert und somit zu einem vollständigen oder teilweisen Einkommensverlust führt, (bis zum Höchstalter von fünfundsechzig (65) Jahren) die Zahlung einer monatlichen Berufsunfähigkeitsrente zu garantieren.

Die Versicherung deckt die andauernde, durch eine Krankheit oder einen Unfall verursachte Berufsunfähigkeit über den Grad von 33,33% hinaus ab. Falls der Grad der Berufsunfähigkeit mehr als 66,67% beträgt und die/der Versicherte Unterstützung durch eine dritte Person benötigt, um die grundlegenden Tätigkeiten des Alltags zu erledigen, garantiert die Versicherung darüber hinaus die Zahlung eines zusätzlichen pauschalen Betrags entsprechend den nachstehend dargelegten Bestimmungen.

Die Versicherung für dauerhafte Berufsunfähigkeit kann nur als zusätzliche Versicherung (Ergänzung) zur Versicherung gegen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen werden. Die Versicherung für dauerhafte Berufsunfähigkeitsversicherung kann nur von dem jeweiligen Versicherungsnehmer oder Expat abgeschlossen werden und steht seinen/ihren Angehörigen (Ehegatte oder gesetzlicher Partner/ Kinder) nicht zur Verfügung.

### **7.2. Medizinische Aufnahme in die Versicherung**

Der Beitritt zur Versicherung für dauerhafte Berufsunfähigkeit hängt von der Aufnahme des Antragstellers durch den medizinischen Berater des Versicherers in die Versicherung ab. Wenn das Startdatum der dauerhaften Berufsunfähigkeitsversicherung hinter dem Startdatum der internationalen Krankenversicherung und/oder der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit liegt, muss ein neuer medizinischer Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben werden.

### 7.3. Definition der dauerhafte Berufsunfähigkeit (aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls)

#### 7.3.1. Berufsunfähigkeit

Ein(e) Versicherte gilt als berufsunfähig wegen Krankheit oder Unfall, wenn:

- ihre/seine Erwerbsfähigkeit, d.h. die Fähigkeit, ihrer/seiner üblichen Erwerbstätigkeit (Erwerbstätigkeit zu dem Zeitpunkt, in dem die Erwerbsunfähigkeit begonnen hat) oder einer anderen gewinnbringenden Beschäftigung, für die die/der Versicherte durch Schulung, Ausbildung oder Erfahrung angemessen qualifiziert ist, nachzugehen; und
- ihre allgemeine Funktionsfähigkeit aufgrund der betreffenden Erkrankung oder des Unfalls verringert ist. Damit die/der Versicherte für die versicherten Leistungen in Frage kommt, muss medizinisch festgestellt werden, dass die Berufsunfähigkeit der/des Versicherten von andauernder Natur ist und dass der Grad der (Kombination aus) Erwerbs- und Funktionsunfähigkeit 33,33% entsprechend der nachstehenden Berufsunfähigkeitstabelle (siehe Art. II-7.5.) übersteigt.

#### 7.3.2. Dauerhafte Berufsunfähigkeit

Dauerhafte Berufsunfähigkeit bedeutet, dass die Fortsetzung der medizinischen Behandlung nicht zu einer signifikanten Besserung des Gesundheitszustands der/des Versicherten führen wird und dass die Erwerbsunfähigkeit aus diesem Grund definitiv und irreversibel ist.

### 7.4. Wartezeit

Die Versicherung bei dauerhafter Berufsunfähigkeit ist eine zusätzliche Versicherung zur Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit. Die Zahlung der Leistung beginnt daher frühestens, nachdem die vom Versicherer im Rahmen der Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit bezahlten Leistungen eingestellt wurden.

### 7.5. Ermittlung der Berufsunfähigkeit

Der Grad der andauernden Berufsunfähigkeit wird durch eine ärztliche Untersuchung ermittelt. Zu diesem Zweck benennt der Versicherer (oder der Verwalter im Namen des Versicherers) einen Arzt, der den Grad der Berufsunfähigkeit im Einklang mit der nachstehenden Berufsunfähigkeitstabelle ermittelt.

Grad der Berufsunfähigkeit	Grad der funktionalen Beeinträchtigung								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%						36,59	40,00	43,27	46,42
20%				36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30%			36,54	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40%			40,00	46,20	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50%		35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60%		37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70%		39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80%		41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90%		43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100%	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

### 7.6. Höhe und Dauer der Leistung

#### 7.6.1. Berechnung der Höhe der monatlichen Berufsunfähigkeitsrente

**Versicherte Rente**

Die Höhe der versicherten Rente ist in den Besonderen Bedingungen angegeben. Auf keinen Fall ist der Betrag der versicherten Rente höher als die monatliche Beihilfe der Versicherung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit.

Der zu versichernde Mindestbetrag beträgt 1.000 Euro/650 Britische Pfund/1.250 US-Dollar/1.500 Schweizer Franken (monatliche Beihilfe). Die Versicherungssumme darf weder 80% des (monatlichen) Bruttogehalts der/des Versicherten noch den Betrag von 10 000 Euro/6 500 Britischen Pfund/12 500 US-Dollar/15 000 Schweizer Franken monatlich übersteigen.

#### **Dauerhafte Berufsunfähigkeit mit einem Grad von weniger als 33,33%**

Bei einer Berufsunfähigkeit von weniger als 33,33% werden keine Leistungen gezahlt.

#### **Dauerhafte Berufsunfähigkeit mit einem Grad zwischen 33,33% (ein Drittel) und 66,67% (zwei Drittel)**

Liegt der gemäß den Bestimmungen der vorstehenden Art. II-7.3. und Art. II-7.5. ermittelte Grad der Berufsunfähigkeit zwischen 33,33% und 66,67%, wird die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente wie folgt berechnet:

$((3 \times n) - 1) \times$  versicherte Entschädigung, wobei 'n' der Grad der Berufsunfähigkeit in % ist.

#### **Dauerhafte Berufsunfähigkeit mit einem Grad von mehr als 66,67 % (zwei Drittel)**

Liegt der gemäß den Bestimmungen der vorstehenden Art. II-7.3. und Art. II-7.5. ermittelte Grad der Berufsunfähigkeit über 66,67%, wird die Berufsunfähigkeitsrente in voller Höhe der versicherten Rente (einhundert (100)%) gezahlt.

#### **7.6.2. Zusätzliche Pauschalsumme im Falle benötigter Unterstützung durch eine dritte Person**

Falls der Grad der Berufsunfähigkeit ab Beginn der Berufsunfähigkeit (d.h. ab Beginn der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente) mehr als 66,67% beträgt und die/der Versicherte ab Beginn der Berufsunfähigkeit Unterstützung durch eine dritte Person benötigt, um die folgenden Tätigkeiten des Alltags zu erledigen:

- sich selbstständig ernähren (zubereitete Nahrung aufnehmen und essen);
- sich selbst anziehen;
- sich selbst waschen;
- die Toilette oder den Toilettenstuhl benutzen;
- umhergehen (von einem Bett zu einem Stuhl gehen oder umgekehrt, und die Fähigkeit, sich auf ebenen Flächen zu bewegen); zahlt der Versicherer eine einmalige zusätzliche Leistung in Höhe von 25 000 Euro/16 250 Britischen Pfund/31 250 US-Dollar/37 500 Schweizer Franken als einmaligen Pauschalbetrag an die/den Versicherten.

#### **7.6.3. Jährliche Anpassung der Berufsunfähigkeitsrente (Indexierung)**

Die monatliche Berufsunfähigkeitsrente wird jährlich um 2% erhöht. Diese Anpassung wird erstmals am Ende des ersten (1.) Monats des ersten Kalenderjahres, das auf die Zahlung der ersten (1.) Leistung folgt, vorgenommen.

#### **7.6.4. Dauer der Leistung**

Die Leistungen werden längstens bis zum Ende des Monats bezahlt, in dem die/der Versicherte:

- fünfundsechzig (65) Jahre alt wird;
- verstirbt;
- die Arbeit wieder aufnimmt;

je nachdem, welches Ereignis zuerst eintritt.

### **7.7. Auszahlung der Versicherungsleistung**

Die Berufsunfähigkeitsrente wird monatlich zum Ende eines jeden Monats zur Zahlung fällig. Bevor eine Zahlung erfolgen kann, muss der Verwalter eine Kopie der Geburtsurkunde oder Familienstammbuchs der/des Versicherten erhalten haben.

## **7.8. Zusätzliche Ausschlüsse**

Neben den allgemeinen, in Art. I-11. und I-12. angegebenen Ausschlüssen gelten die folgenden Ausschlüsse für die Versicherung bei dauerhafter Berufsunfähigkeit:

Eine Berufsunfähigkeit, die sich aus der Ausübung einer Sportart für berufliche Zwecke, selbst im Nebenberuf, aus der bezahlten Teilnahme an einem sportlichen Wettkampf oder aus der nicht bezahlten Ausübung von Sportarten, die als schnell und gefährlich gelten, ergibt, wie zum Beispiel:

- Rugby;
- Wintersportwettkämpfe und -rennen;
- Luftsportarten (ausgenommen Ballonfahrt);
- Großwildjagd (einschließlich Safari);
- Höhlenerforschung, Höhlentauchen und Technisches Tauchen;
- Alpinsport, wenn es nicht auf offiziellen Wegen betrieben wird;
- Motorsportrennen zu Wasser und an Land (ausgenommen Jet-Ski-Fahren zu Erholungszwecken außerhalb eines Wettbewerbs, oder Touristenrallies, für die keine Zeit- oder Geschwindigkeitsvorgaben gemacht wurden);
- Rafting, Canyoning, Bungee Jumping, Drachenfliegen und ähnliche Sportarten.

## **7.9. Von der/dem Versicherten zu erfüllende Pflichten**

### **7.9.1. Ermittlung der Berufsunfähigkeit – medizinische Information**

Die Berufsunfähigkeit muss durch ausreichende medizinische Unterlagen belegt werden, die dem medizinischen Berater des Versicherers von der/dem Versicherten und/oder ihrem/seinem Arzt vorzulegen sind.

Die/der Versicherte gestattet ihrem/seinem behandelnden Arzt, dem medizinischen Berater des Versicherers alle relevanten Informationen den Gesundheitszustand der/des Versicherten betreffend mitzuteilen.

Der medizinische Berater des Versicherers hat das Recht, weitere relevante Informationen zu verlangen und/oder den Versicherten zwecks Ermittlung der Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt ihres Eintretens, in regelmäßigen Abständen während der Berufsunfähigkeit und so lange medizinisch untersuchen zu lassen, wie die Berufsunfähigkeitsrente bezahlt wird. Zusätzlich muss ein Einkommensnachweis zur Verfügung gestellt werden.

### **7.9.2. Veränderungen des Grades der Berufsunfähigkeit**

Die/Der Versicherte muss dem Versicherer (über den Verwalter) innerhalb eines Monats Veränderungen des Grades der Berufsunfähigkeit mitteilen. Bleibt eine solche Mitteilung aus, sind Beträge, die unrechtmäßig an die/den Versicherte gezahlt wurden, von dieser/m an den Versicherer zurückzuzahlen.

# RAHMENBEDINGUNGEN

Sollten Sie weitere Informationen benötigen, kontaktieren Sie uns bitte.

**Cigna expatplus**

P.O. Box 69

2140 Antwerpen

Belgien

Tel. + 32 3 217 65 29

Fax +32 (0)3 663 73 14

[info@expatplus.com](mailto:info@expatplus.com)

[www.expatplus.com](http://www.expatplus.com)

