

vermittelt durch



Ruggenbühlstrasse 11

9548 Matzingen

Tel. +41 44 500 51 55

Mob.: +41 79 666 29 18

www.cerberus-consulting.ch

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!



Cigna Close CareSM Antragsformular

Hallo! Wir freuen uns, dass Sie bei uns
Mitglied werden möchten

Bitte füllen Sie dieses Antragsformular in DRUCKBUCHSTABEN aus und schicken Sie es uns zu. Unsere Kontaktinformationen finden Sie am Ende des Formulars.

Um bestimmte behördliche Anforderungen zu erfüllen, müssen Sie in Abschnitt A unten angeben, ob Sie oder eine andere Person, die im Rahmen der Police versichert werden soll, eine politisch exponierte Person ist. Eine politisch exponierte Person ist eine Person, die eine herausragende Position in einer öffentlichen Funktion innehat oder in der Vergangenheit innehatte, wie z.B. ein Mitglied einer königlichen Familie, ein Staatsoberhaupt, ein Justizbeamter, ein Politiker, ein Militäroffizier usw. Diese Anforderung gilt nur, wenn Ihre Police über unser Büro im Dubai International Finance Centre abgeschlossen wurde.

ABSCHNITT A

ANTRAGSDATEN

Bitte füllen Sie diesen Abschnitt für alle Personen aus, die im Rahmen der Police versichert werden sollen, einschließlich des Hauptversicherungsnehmers und etwaiger Angehöriger.

VERSICHERUNGSNEHMER

Sie müssen uns über jede Änderung Ihrer Kontaktdaten informieren, damit wir sicherstellen können, dass unsere Korrespondenz Sie erreicht.

Titel	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Geschlecht	Männlich	Weiblich	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)	Ja	Nein	Beruf
Halten Sie sich derzeit in den USA auf?	Ja	Nein	
Wenn ja, bitte Staat angeben:		Falls nein, fahren Sie bitte mit der Frage zur Nationalität fort	

Bitte geben Sie unten Ihre US-Adresse an, wenn Sie sich derzeit in einem der folgenden Bundesstaaten befinden: AZ, CA, CT, DC, FL, IL, IN, KS, LA, MI, NH, OH, SC, TN, TX, UT, VA.

Wenn Sie sich nicht in einem der oben genannten Staaten befinden, fahren Sie bitte mit der Frage zur Nationalität fort

Adresse			
Stadt	Staat	Zip/Postleitzahl	
Nationalität (Welche Staatsangehörigkeit weist Ihr primärer Reisepass aus?)			
Standort (Das Land, in dem Sie während des Versicherungszeitraums den Großteil Ihrer Zeit leben/leben werden)			
Adresse im Standortland (falls bekannt)			
Adresszeile 1			
Adresszeile 2			
Adresszeile 3			
Land	Zip/Postleitzahl		
Korrespondenzanschrift (Wenn der Antragsteller ein US-Staatsbürger ist, muss die Adresse außerhalb der Vereinigten Staaten liegen)			
Adresszeile 1			
Adresszeile 2			
Adresszeile 3			
Land	Zip/Postleitzahl		
Telefonnummer tagsüber (Landesvorwahl - Nummer)	Mobiltelefonnummer (Landesvorwahl - Nummer)	Fax (Landesvorwahl - Nummer)	
E-Mail-Adresse			
Größe:	Fuß	Zoll	Zentimeter
Gewicht:	Stones	Pfund	Kilogramm
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabakwaren oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja
Wenn Ja, wie viele pro Tag?			Nein
Weniger als 20 pro Tag		20 oder mehr pro Tag	
		Nikotin-Ersatzprodukte	

ANGEHÖRIGE/R 1

Titel	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Verwandschaft zum Versicherungsnehmer	Geschlecht	Männlich	Weiblich
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf		
Nationalität (Welche Staatsangehörigkeit weist Ihr primärer Reisepass aus?)			
Standort (Ihr Land des gewöhnlichen Aufenthalts, das mit dem des Versicherungsnehmers übereinstimmen muss)			
E-Mail-Adresse			
Größe: Fuß	Zoll	Zentimeter	Gewicht: Stones <input type="checkbox"/> Pfund <input type="checkbox"/> Kilogramm <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabakwaren oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, wie viele pro Tag?	Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag	Nikotin-Ersatzprodukte

ANGEHÖRIGE/R 2

Titel	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Verwandschaft zum Versicherungsnehmer	Geschlecht	Männlich	Weiblich
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf		
Nationalität (Welche Staatsangehörigkeit weist Ihr primärer Reisepass aus?)			
Standort (Ihr Land des gewöhnlichen Aufenthalts, das mit dem des Versicherungsnehmers übereinstimmen muss)			
E-Mail-Adresse			
Größe: Fuß	Zoll	Zentimeter	Gewicht: Stones <input type="checkbox"/> Pfund <input type="checkbox"/> Kilogramm <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabakwaren oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, wie viele pro Tag?	Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag	Nikotin-Ersatzprodukte

ANGEHÖRIGE/R 3

Titel	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Verwandschaft zum Versicherungsnehmer	Geschlecht	Männlich	Weiblich
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf		
Nationalität (Welche Staatsangehörigkeit weist Ihr primärer Reisepass aus?)			
Standort (Ihr Land des gewöhnlichen Aufenthalts, das mit dem des Versicherungsnehmers übereinstimmen muss)			
E-Mail-Adresse			
Größe: Fuß	Zoll	Zentimeter	Gewicht: Stones <input type="checkbox"/> Pfund <input type="checkbox"/> Kilogramm <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabakwaren oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, wie viele pro Tag?	Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag	Nikotin-Ersatzprodukte

ANGEHÖRIGE/R 4

Titel	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Verwandschaft zum Versicherungsnehmer	Geschlecht	Männlich	Weiblich
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf		
Nationalität (Welche Staatsangehörigkeit weist Ihr primärer Reisepass aus?)			
Standort (Ihr Land des gewöhnlichen Aufenthalts, das mit dem des Versicherungsnehmers übereinstimmen muss)			
E-Mail-Adresse			
Größe: Fuß	Zoll	Zentimeter	Gewicht: Stones <input type="checkbox"/> Pfund <input type="checkbox"/> Kilogramm <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabakwaren oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, wie viele pro Tag?	Weniger als 20 pro Tag	20 oder mehr pro Tag	Nikotin-Ersatzprodukte

ABSCHNITT B

ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER

Wann soll Ihr Versicherungsschutz beginnen? (TT/MM/JJJJ)

BASISLEISTUNGEN

Wählen Sie Ihren Selbstbehalt	0\$	375\$	750\$	1.500\$	3.000\$	7.500\$	10.000\$
	0€	275€	550€	1.100€	2.200€	5.500€	7.400€
	0£	250£	500£	1.000£	2.000£	5.000£	6.650£
Wählen Sie dann Ihre prozentuale Kostenbeteiligung	Keine Kostenbeteiligung		10%	20%	30%		
Wählen Sie Ihren Zuzahlungshöchstbetrag (Dies ist der Höchstbetrag der Kostenbeteiligung im Rahmen des Basisversicherungsschutzes, den Sie im Versicherungsfall bzw. bei Versicherungsfällen pro Versicherungszeitraum zahlen müssen.)					2.000\$	5.000\$	
					1.480€	3.700€	
					1.330£	3.325£	

OPTIONALE LEISTUNGEN

Möchten Sie Ihren Plan um eine der folgenden Optionen erweitern?

Ambulante und Wellness-Behandlungen

Ja	Nein	Selbstbehalt				
		0\$	150\$	500\$	1.000\$	1.500\$
		0€	110€	370€	700€	1.100€
		0£	100£	335£	600£	1.000£
Kostenbeteiligung nach Selbstbehalt (bei der Option ‚Versicherungsschutz für ambulante und Wellness-Behandlungen‘ wird ein Höchstbetrag von 3.000\$ / 2.200€ / 2.000£ an Zuzahlung auf die Kostenbeteiligungen angewendet)						
		Keine Kostenbeteiligung	10%	20%	30%	

Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung

USA-Deckung (gilt nur für US-Staatsangehörige)

Wenn Sie Staatsangehöriger der USA sind und sich nicht für die USA-Deckung entscheiden, sind Sie für vorübergehende Heimreisen nicht versichert.

Bitte beachten Sie, dass die Optionen ‚ambulante und Wellness-Behandlungen‘, ‚Zahnmedizinische Versorgung und Behandlung‘ und ‚USA-Deckung‘ nur in Verbindung mit Ihrer Basisversicherung abgeschlossen werden können.

Bitte beachten Sie, dass jeder gewählte Plan für alle Familienangehörigen gilt.

Ihre Planauswahl kann nur bei Vertragsverlängerung geändert werden. Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz bei der Verlängerung erhöhen möchten, können eine vollständige medizinische Risikoprüfung und Wartezeiten anfallen, und es wird ein zusätzlicher Prämienbetrag fällig.

ABSCHNITT C

VERTRAULICHER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte teilen Sie uns die frühere und die aktuelle Krankengeschichte zu Ihrer Person und zu jeder in Abschnitt A genannten Person mit.

Wenn Sie eine Frage mit „Ja“ beantworten, geben Sie bitte in Abschnitt D alle Einzelheiten dazu an.

Sobald Ihr Antrag eingereicht wurde, werden wir Sie möglicherweise für weitere Informationen kontaktieren, bevor wir Ihren Versicherungsschutz abschließen können.

Eine fahrlässige oder vorsätzliche Angabe falscher Einzelheiten kann dazu führen, dass Cigna Healthcare Leistungsanträge ablehnt und/oder den Versicherungsschutz kündigt.

Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen Ihres Versicherungsantrags benötigen, kontaktieren Sie uns bitte.

Wenn Sie bei einer Antwort auf eine Frage nicht sicher sind, sollten Sie weitere erforderliche Nachforschungen anstellen, um genauere Antworten geben zu können.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie bei einem früheren Anruf oder einer früheren Korrespondenz medizinische Informationen offengelegt haben, müssen Sie diese Informationen bei der Beantwortung des folgenden medizinischen Fragebogens erneut angeben.

IHR KRANKENVERSICHERUNGSPLAN

Hat ein Antragsteller eine Behandlung, Tests oder Untersuchungen erhalten, oder wurde bei ihm eine Diagnose gestellt, oder hatte er Symptome von:	VERSICHERUNGS-NEHMER		ANGEHÖRIGE/R 1		ANGEHÖRIGE/R 2		ANGEHÖRIGE/R 3		ANGEHÖRIGE/R 4	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
1 Diabetes und andere endokrine (Drüsen-) Erkrankungen, z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Gewichtsprobleme, Gicht, Erkrankungen der Hypophyse oder der Nebennieren?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
2 Herz- oder Kreislauferkrankungen, z.B. Brustschmerzen, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Gefäßkrankungen, koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, unregelmäßiger Herzschlag, Aneurysma oder Herzgeräusch.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
3 Krebs, Tumore oder Wucherungen einschließlich Polypen, Zysten oder Knoten in der Brust.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
4 Muskel- oder Skelettprobleme, z.B. Rückenschmerzen, Schleudertrauma, Arthritis, Gelenkschmerzen oder -probleme, Gicht, Frakturen, Knorpel-, Sehnen- oder Bänderprobleme.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
5 Asthma, Allergien, Atem- oder Atmungsstörungen, z.B. Infektionen im Brustraum, Lungenentzündung, Bronchitis, Kurzatmigkeit, Rhinitis, Tuberkulose, Emphysem oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6 Gallenblasen-, Bauch-, Darm-, Magen- oder Leberprobleme, z.B. Reizdarm, Colitis, Morbus Crohn, gastrische oder peptische Magengeschwüre, Reflux, Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Gallensteine, Leistenbruch, Hämorrhoiden oder Hepatitis.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
7 Gehirn- oder neurologische Erkrankungen, z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie oder Krampfanfälle, Schlaganfall, Migräne, wiederkehrende oder starke Kopfschmerzen, Meningitis, Gürtelrose oder Nervenschmerzen.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
8 Hautprobleme, z.B. Ekzeme, Akne, Muttermale, Ausschläge, allergische Reaktionen, Zysten, Dermatitis oder Psoriasis	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
9 Blut-, Infektions- oder Immunstörungen, z.B. hoher Cholesterinspiegel, Anämie, Malaria, HIV oder systemischer Lupus erythematoses.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
10 Harnwegs- oder Fortpflanzungsstörungen, z.B. Harnwegsinfektionen, Nierenprobleme, Myome, schmerzhaft, unregelmäßige oder starke Perioden, Fruchtbarkeitsstörungen, polyzystisches Ovarialsyndrom, Endometriose, Hoden- oder Prostataprobleme.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

IHR KRANKENVERSICHERUNGSPLAN (FORTS.)

Hat ein Antragsteller eine Behandlung, Tests oder Untersuchungen erhalten, oder wurde bei ihm eine Diagnose gestellt, oder hatte er Anzeichen oder Symptome von:		VERSICHERUNGS-NEHMER		ANGEHÖRIGE/R 1		ANGEHÖRIGE/R 2		ANGEHÖRIGE/R 3		ANGEHÖRIGE/R 4	
11	Angstzustände, Depressionen, psychiatrische oder psychische Gesundheitsprobleme, einschließlich Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörung, Alkohol- oder Drogenprobleme.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
12	Hals-, Nasen-, Ohren-, Augen- oder Zahnprobleme, z.B. Ohrinfektionen, Nebenhöhlenprobleme, Mandeln und Polypen, Katarakt, Glaukom, Weisheitszahnprobleme.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Bitte beantworten Sie auch die folgenden Fragen:											
13	Hat eine der zu versichernden Personen eine Krankheit, ein Leiden oder ein Symptom, die/das noch nicht erwähnt wurde? Bitte geben Sie Einzelheiten zu allen bekannten oder vermuteten Problemen an, unabhängig davon, ob ärztlicher Rat eingeholt oder eine Diagnose gestellt wurde oder nicht.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
14	Nimmt eine der zu versichernden Personen Medikamente ein, wird sie in irgendeiner Weise behandelt oder erwartet sie eine Kontrolle oder Nachuntersuchung für ein aktuelles oder vergangenes medizinisches Problem, das nicht bereits erwähnt wurde?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

ABSCHNITT D

ZUSÄTZLICHE GESUNDHEITSINFORMATIONEN

Bitte teilen Sie uns mehr mit, wenn Sie eine der Fragen in Abschnitt C mit „Ja“ beantwortet haben. Wenn Sie sich nicht sicher sind, ob bestimmte Angaben relevant sind, geben Sie sie bitte trotzdem an. Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein separates Blatt.

	Abschnitt C, Frage Nummer	Die Bezeichnung der Krankheit oder des medizinischen Problems. Geben Sie ggf. den betroffenen Körperbereich an (z.B. linker Arm, rechter Fuß).	Wann sind die Symptome aufgetreten und wann hatten Sie zuletzt Symptome?	Welche Behandlung wurde durchgeführt? (Geben Sie Einzelheiten zu den Medikamenten und das Datum an, an dem die Behandlung begann und endete.)	Wie ist der aktuelle Status der Krankheit oder des medizinischen Problems? (z.B. andauernd, vollständig, genesen, wiederkehrend oder wahrscheinlich wiederkehrend)
VERSICHERUNGSNEHMER					
ANGEHÖRIGE/R 1					
ANGEHÖRIGE/R 2					
ANGEHÖRIGE/R 3					
ANGEHÖRIGE/R 4					

ABSCHNITT E

ERKLÄRUNG FÜR ALLE ZU VERSICHERNDEN PERSONEN

Hiermit erkläre ich, dass ich angemessene Sorgfalt darauf verwendet habe, alle Fragen genau, ehrlich und vollständig zu beantworten. Ich erkenne dies an, wenn ich nicht antworte Cigna Healthcare kann aufgrund meiner Nachlässigkeit oder aufgrund einer vorsätzlichen oder leichtfertigen Falschdarstellung alle Fragen korrekt und vollständig beantworten Ansprüche ablehnen und/oder den Versicherungsschutz gemäß den Bedingungen dieser Police kündigen.

Die Pflicht, unsere Fragen genau, ehrlich und vollständig zu beantworten, gilt für jede Person, die durch diesen Vertrag versichert ist. Obwohl die Nichterfüllung dieser Pflicht durch eine versicherte Person den Versicherungsschutz oder die Auszahlung ihrer Versicherungsleistungen beeinträchtigen kann, hat dies keine Auswirkungen auf den Versicherungsschutz oder die Auszahlung der Versicherungsleistungen in Bezug auf eine andere versicherte Person, es sei denn, diese Person hat ebenfalls unbesonnene, vorsätzliche oder grob fahrlässige Falschangaben in Bezug auf unsere Fragen gemacht. Ich garantiere und versichere, dass ich die Zustimmung jeder versicherten Person zur Weitergabe der in diesem Formular enthaltenen personenbezogenen Daten, einschließlich sensibler personenbezogener Daten (z. B. medizinische Daten), an Sie habe. Ich bestätige, dass jede versicherte Person sich ihrer Pflicht bewusst ist, angemessene Sorgfalt walten zu lassen, um Ihre Fragen genau, ehrlich, vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten.

(Bitte beachten Sie, dass Sie, wenn Sie die obigen Angaben im Namen einer anderen Person machen, verpflichtet sind, einen Nachweis über die Zustimmung der versicherten Familienmitglieder, die Sie hiermit erteilen, in Form der tatsächlichen Erklärungen und Zustimmungen aufzubewahren.)

Hiermit beantrage ich bei Cigna Healthcare den Beginn des Versicherungsschutzes zum Versicherungsdatum oder einem anderen vereinbarten Datum. Sollte sich herausstellen, dass ich oder eine versicherte Person vorsätzlich oder fahrlässig falsche oder ungenaue Angaben gemacht haben, kann Cigna Healthcare den Versicherungsvertrag in Bezug auf mich oder die versicherte Person für ungültig erklären und alle Erstattungsanträge ablehnen und muss keine eingezahlten Prämien zurückerstatten, es sei denn, die Einbehaltung der Prämien wäre nicht gerechtfertigt. Ich habe die Versicherungsbedingungen und den Leitfaden für Kunden, die Bestandteil meines Versicherungsvertrags sind, sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich damit einverstanden, sie einzuhalten.

Unterschrift

Datum (TT/MM/JJJJ)

Wenn Sie für oder im Namen des Hauptversicherungsnehmers unterschreiben, sichern Sie uns mit Ihrer Unterschrift zu, dass Sie die obige Erklärung gelesen haben und befugt sind, diesen Antrag abzuschließen:

Unterschrift

Datum (TT/MM/JJJJ)

Wählen Sie die Beziehung zum Hauptversicherungsnehmer aus

Makler

Vertreter

Andere (bitte angeben)

BELEHRUNG ZUM VERSICHERUNGSBETRUG

Jede Person, die unehrlich und in der Absicht, sich selbst einen Vorteil zu verschaffen oder einem anderen einen Schaden zuzufügen oder einen anderen einem Verlustrisiko auszusetzen, (1) einen Versicherungsantrag stellt oder einen Anspruch aus einem Versicherungsvertrag geltend macht, von dem sie weiß, dass er unwahr oder irreführend ist; oder wer (2) bei der Stellung eines Versicherungsantrags oder der Geltendmachung eines Anspruchs aus einem Versicherungsvertrag unredlich und in der Absicht, sich selbst einen Vorteil zu verschaffen oder einem anderen einen Schaden zuzufügen oder einen anderen einem Verlustrisiko auszusetzen, Informationen, nach denen gefragt wurde, nicht offenlegt, begeht Betrug. Wir werden alle Erstattungsanträge oder Versicherungsanträge untersuchen, bei denen wir Grund zu der Annahme haben, dass sie betrügerisch sind. Jeder Betrug kann dazu führen, dass Ihr Vertrag gekündigt wird und Ihre Erstattungsanträge nicht bezahlt werden. Zum Zweck der Aufdeckung und Verhinderung von Betrug können wir Informationen über einen Betrugsverdacht an andere Versicherungsgesellschaften und/oder an Strafverfolgungsbehörden weitergeben.

WIE WIR IHRE ANGABEN VERWENDEN

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich sensibler Daten (insbesondere Informationen über Ihre medizinische Vorgeschichte und jegliche medizinische Behandlung, die Sie haben oder hatten), gemäß den einschlägigen Datenschutzgesetzen erfassen, verwenden, speichern und weitergeben. Wir sammeln und verwenden Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich sensibler Daten, für die Erfüllung unserer Pflichten im Rahmen dieser Versicherung.

Wir können Ihre Daten, einschließlich sensibler Daten, an andere Cigna Healthcare-Unternehmen und autorisierte Gesundheitsdienstleister weitergeben, wenn dies zur Erfüllung unserer Verpflichtungen im Rahmen dieser Versicherung erforderlich ist. Diese Erklärung gilt auch für personenbezogene Daten von Begünstigten, die in diesem Antragsformular aufgeführt sind.

Sie haben das Recht, eine Kopie Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten anzufordern, und die Begünstigten Ihrer Police haben das Recht, eine Kopie der von uns über sie gespeicherten personenbezogenen Daten anzufordern. Wir können für die Bereitstellung dieser Informationen eine Gebühr erheben.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Cigna Healthcare meine personenbezogenen und in besondere Kategorien fallenden Daten zu den Zwecken erhebt, die im Rahmen des von mir abgeschlossenen Versicherungsvertrags erforderlich sind, und diese Daten verwendet und weitergibt.

SONDERANGEBOTE, AKTIONEN, PRODUKTE UND DIENSTLEISTUNGEN

Wir möchten gerne mit Ihnen in Kontakt bleiben, um Sie über unsere Sonderangebote, Aktionen, Produkte und Dienstleistungen, die für Sie interessant sein könnten, auf dem Laufenden zu halten.

Wenn Sie diese Informationen erhalten möchten, kreuzen Sie bitte hier an

Falls ja, wie dürfen wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

E-Mail

Telefon

ABSCHNITT F

Zahlungsdaten

Diese Seite, einschließlich Ihrer Kartendaten, wird sicher entsorgt, sobald Ihr Antrag bearbeitet wurde und die Zahlungsdaten sicher gespeichert wurden.

ZAHLUNGSDATEN FÜR IHRE PRÄMIE

Zahlungswährung	<input type="checkbox"/> US-Dollar	<input type="checkbox"/> Euro	<input type="checkbox"/> Pfund Sterling
Häufigkeit der Zahlung	<input type="checkbox"/> Monatlich	<input type="checkbox"/> Vierteljährlich	<input type="checkbox"/> Jährlich
Zahlungsmethode	<input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte	<input type="checkbox"/> Banküberweisung (nur bei jährlicher Zahlung) (Wir werden Sie nach Erhalt Ihres Antrags anrufen, um die entsprechenden Details mitzuteilen.)	
Kredit-/Debitkartennummer			
Kartentyp	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Visa Debit
		<input type="checkbox"/> Visa Electron	<input type="checkbox"/> American Express
Name, wie er auf der Karte steht			
Datum, ab dem die Karte gültig ist (MM/JJ)	Ablaufdatum der Karte (MM/JJ)		
Sicherheitscode (Dies ist die 3-stellige Nummer auf der Rückseite der meisten Karten. Bei American Express-Karten ist dies die 4-stellige Nummer, die sich rechts auf der Vorderseite der Karte befindet.)			
Bitte bestätigen Sie, dass der Versicherungsnehmer auch der Karteninhaber ist:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn der Karteninhaber nicht der Versicherungsnehmer ist, geben Sie bitte die Beziehung zum Versicherungsnehmer an:	<input type="checkbox"/> Anderer Begünstigter	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	Name des Unternehmens
	<input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Sonstiges	Versicherten Status
	<input type="checkbox"/> Familienangehörige/r		
Geburtsdatum des Karteninhabers (TT/MM/JJJJ)			
Nationalität des Karteninhabers			
Entspricht die Rechnungsadresse der Wohnadresse, die Sie für Ihre Police angegeben haben?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, geben Sie bitte die vollständige Rechnungsadresse an:			
Kreditkartenautorisierung: Ich ermächtige Cigna Healthcare, mein Kredit-/Debitkartenkonto mit meiner Versicherungsprämie zu belasten (über die ich bei Annahme der Versicherung/Verlängerung informiert werde). Dies gilt so lange, bis die Anweisung storniert wird, und ich werde Cigna Healthcare gemäß den Vertragsbedingungen meiner Police schriftlich informieren.			
Unterschrift des Karteninhabers			Datum (TT/MM/JJJJ)

Wenn Sie den Antrag ausgefüllt haben, wenden Sie sich bitte an unser Verkaufsteam für Makler.

E-Mail: cgi.sales@cigna.com

Telefon: +44 (0) 1475 788 682

Gebührenfrei aus den USA: 1-877-539-6296



Für Policen, die über unser Büro im Dubai International Finance Centre unter der Versicherungslizenz Cigna Global Insurance Company Limited abgeschlossen werden, ist der Underwriting Agent Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, der von der Dubai Financial Services Authority reguliert wird.

Cigna Healthcare ist eingetragene Dienstleistungsmarken von Cigna Intellectual Property, Inc., die für die Verwendung durch The Cigna Group und seine Betriebstochterunternehmen zugelassen sind. Alle Produkte und Dienstleistungen werden von diesen Betriebstochterunternehmen und nicht durch Cigna Corporation bereitgestellt. Diese Betriebstochterunternehmen umfassen Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. und Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2023 Cigna Healthcare.