



# Cigna Global Health Options Antragsformular

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

Bitte füllen Sie dieses Antragsformular aus und senden Sie es an uns zurück. Unsere Kontaktinformationen finden Sie am Ende des Formulars. Bitte füllen Sie dieses Formular in DRUCKBUCHSTABEN aus.

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. Zur Verdeutlichung: Sie können als politisch exponierte Person definiert werden, wenn Sie, ein Familienmitglied oder ein enger Mitarbeiter ein wichtiges öffentliches Amt bekleiden, insbesondere als Politiker, hochrangiger Regierungsmitarbeiter, Justiz- oder Militärbeamter, Botschafter oder leitender Angestellter eines staatlichen oder internationalen Unternehmens. Diese Anforderung gilt nur dann, wenn Ihre Police über unser Büro im Dubai International Finance Centre arrangiert wird.

Ceberus Consulting 1266513

## 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.

### IHR KRANKENVERSICHERUNGSTARIF

Welchen Tarif beantragen Sie?	Silver	Gold	Platinum
Wann soll Ihr Versicherungsschutz beginnen? (TT/MM/JJJJ)			

Zahlungswährung	US-Dollar	Euro	Pfund Sterling
Häufigkeit der Zahlung	Monatlich	Vierteljährlich	Jährlich
Zahlungsmethode	Kredit-/Debitkarte	Banküberweisung (nur bei jährlicher Zahlung) (Wir werden Sie nach Erhalt Ihres Antrags anrufen, um die entsprechenden Details mitzuteilen.)	

Diese Police ist ein sich jährlich verlängernder Vertrag mit einem Mindestversicherungszeitraum von drei (3) Monaten.

### 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 (bitte ankreuzen)	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 (Korrespondenzadresse, an die der Schriftverkehr zugestellt werden soll)			
Anschrift			
Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl	
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten)			
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	Postleitzahl		
Korrespondenzanschrift (Wenn der Antragsteller ein US-Staatsbürger ist, muss die Adresse außerhalb der Vereinigten Staaten liegen)			
Adresszeile 1			
Adresszeile 2			
Adresszeile 3			
Land	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?			
Wenn Ja, wie viele pro Tag?			
Weniger als 20 pro Tag		20 oder mehr pro Tag	

**ANGEHÖRIGER 1**

Titel	Vorname		Weitere Initialen		Nachname		
Verwandtschaft zum Versicherungsnehmer			Geschlecht (bitte ankreuzen)		Männlich	Weiblich	
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)					Ja	Nein	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)			Beruf				
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten)							
Standort (Das Land, in dem Sie während des Versicherungszeitraums den Großteil Ihrer Zeit leben/leben werden)							
E-Mail-Adresse							
<b>Größe:</b>	Fuß	Zoll	Zentimeter	<b>Gewicht:</b>	Stones	Pfund	Kilogramm
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabakwaren oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?					Ja	Nein	
Wenn <b>Ja</b> , wie viele pro Tag?		Weniger als 20 pro Tag		20 oder mehr pro Tag			

**ANGEHÖRIGER 2**

Titel	Vorname		Weitere Initialen		Nachname		
Verwandtschaft zum Versicherungsnehmer			Geschlecht (bitte ankreuzen)		Männlich	Weiblich	
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)					Ja	Nein	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)			Beruf				
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten)							
Standort (Das Land, in dem Sie während des Versicherungszeitraums den Großteil Ihrer Zeit leben/leben werden)							
E-Mail-Adresse							
<b>Größe:</b>	Fuß	Zoll	Zentimeter	<b>Gewicht:</b>	Stones	Pfund	Kilogramm
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabakwaren oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?					Ja	Nein	
Wenn <b>Ja</b> , wie viele pro Tag?		Weniger als 20 pro Tag		20 oder mehr pro Tag			

**ANGEHÖRIGER 3**

Titel	Vorname		Weitere Initialen		Nachname		
Verwandtschaft zum Versicherungsnehmer			Geschlecht (bitte ankreuzen)		Männlich	Weiblich	
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)					Ja	Nein	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)			Beruf				
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten)							
Standort (Das Land, in dem Sie während des Versicherungszeitraums den Großteil Ihrer Zeit leben/leben werden)							
E-Mail-Adresse							
<b>Größe:</b>	Fuß	Zoll	Zentimeter	<b>Gewicht:</b>	Stones	Pfund	Kilogramm
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabakwaren oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?					Ja	Nein	
Wenn <b>Ja</b> , wie viele pro Tag?		Weniger als 20 pro Tag		20 oder mehr pro Tag			

**ANGEHÖRIGER 4**

Titel	Vorname		Weitere Initialen		Nachname		
Verwandtschaft zum Versicherungsnehmer			Geschlecht (bitte ankreuzen)		Männlich	Weiblich	
Sind Sie eine politisch exponierte Person? (siehe Erläuterungen oben)					Ja	Nein	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)			Beruf				
Staatsangehörigkeit (Bitte nennen Sie die Staatsbürgerschaft aus Ihrem Reisepass, die Sie für diesen Antrag verwenden möchten)							
Standort (Das Land, in dem Sie während des Versicherungszeitraums den Großteil Ihrer Zeit leben/leben werden)							
E-Mail-Adresse							
<b>Größe:</b>	Fuß	Zoll	Zentimeter	<b>Gewicht:</b>	Stones	Pfund	Kilogramm
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabakwaren oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?					Ja	Nein	
Wenn <b>Ja</b> , wie viele pro Tag?		Weniger als 20 pro Tag		20 oder mehr pro Tag			

## ABSCHNITT B

### ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER

Wo möchten Sie Ihren Versicherungsschutz in Anspruch nehmen?

Weltweit

Weltweit ohne USA

### STATIONÄRE UND TEILSTATIONÄRE INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNG

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 internationalen Krankenversicherungstarifs, den Sie im Versicherungsfall bzw. bei Versicherungsfällen pro Versicherungszeitraum zahlen müssen.)						2.000 \$	5.000 \$
						1.480 €	3.700 €
						1.330 £	3.325 £

Weitere Informationen zur Funktionsweise von Selbsthalten und Kostenbeteiligungen finden Sie auf Seite 43 des Kundenleitfadens.

### OPTIONALE LEISTUNGEN

Möchten Sie Ihren Tarif um eine der folgenden Optionen erweitern?

#### Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen

Ja  Nein

Gemäß den Definitionen in Ihren Vertragsbedingungen verstehen wir unter stationär die Behandlung eines Patienten, die aus medizinischen Gründen über Nacht oder länger ein Bett im Krankenhaus erfordert.

Ein teilstationärer Patient ist ein Patient, der zur Behandlung oder weil er eine ärztlich überwachte Erholungsphase benötigt, in ein Krankenhaus, eine Tagesklinik oder eine andere medizinische Einrichtung eingewiesen wird, aber über Nacht kein Bett belegt. Hierzu zählen auch chirurgische Eingriffe, die in einer Arztpraxis durchgeführt werden.

Unter ambulant fallen Behandlungen in einer Arztpraxis, einer Ambulanz oder einem Krankenhaus bei denen der Patient weder teilstationär noch stationär aufgenommen wird und somit kein Bett belegt.

#### Internationaler Versicherungsschutz für medizinische Evakuierung

Ja  Nein

#### Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden

Ja  Nein

#### Internationaler Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen

Ja  Nein

Bitte beachten Sie, dass die Versicherungspläne ‚Internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen‘, ‚Internationaler Versicherungsschutz für medizinische Evakuierung‘, ‚Internationaler Versicherungsschutz für Gesundheit und Wohlbefinden‘ und ‚Internationaler Versicherungsschutz für augen- und zahnärztliche Leistungen‘ nur in Verbindung mit der internationalen Krankenversicherung abgeschlossen werden können.

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

Ihre Tarifauswahl 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.

#### Selbstbehalt

0 \$	150 \$	500 \$	1.000 \$	1.500 \$
0 €	110 €	370 €	700 €	1.100 €
0 £	100 £	335 £	600 £	1.000 £

**Kostenbeteiligung nach Selbstbehalt** (beim Internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen wird ein Höchstbetrag von 3.000 \$ / 2.200 € / 2.000 £ an Zuzahlung auf die Kostenbeteiligungen angewendet)

Keine Kostenbeteiligung	10%	20%	30%
-------------------------	-----	-----	-----

# ABSCHNITT C

## VERTRAULICHER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte sagen Sie uns alles über die vergangene und aktuelle Krankengeschichte von Ihnen selbst und ALLEN anderen Personen, die von der Police abgedeckt werden sollen.

Sobald Ihr Antrag eingereicht wurde, werden wir Sie möglicherweise für weitere Informationen kontaktieren, bevor wir Ihren Versicherungsschutz bestätigen können. Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen Ihres Antrags benötigen, lassen Sie uns das bitte wissen. Wenn Sie im Namen von jemand anderes antworten, gehen wir davon aus, dass Sie korrekte Antworten geben können. Wenn Sie sich bei einer Antwort auf eine Frage nicht sicher sind, sollten Sie erforderliche Nachforschungen anstellen, damit Sie eine genaue Antwort geben können.

Fahrlässige Falschangaben können dazu führen, dass Cigna:

- Ausschlüsse anwendet, Erstattungsanträge ablehnt und/oder die Versicherung kündigt.

Vorsätzliche Falschangaben können dazu führen, dass Cigna:

- die Versicherung kündigt, Prämien einbehält und die Kosten von bezahlten Erstattungsanträgen zurückfordert. Bitte beachten Sie: Sofern Sie bis zu diesem Punkt medizinische Informationen offengelegt haben, auch in Telefonaten oder Korrespondenz, müssen Sie diese bei der Beantwortung des folgenden medizinischen Fragebogens trotzdem erneut angeben.

## IHR KRANKENVERSICHERUNGSTARIF

Hat ein Antragsteller eine Behandlung erhalten oder wurden bei ihm Tests oder Untersuchungen durchgeführt oder wurde ihm eine Diagnose gestellt über bzw. hatte er Anzeichen oder Symptome von:		VERSICHERUNGSNEHMER		ANGEHÖRIGER 1		ANGEHÖRIGER 2		ANGEHÖRIGER 3		ANGEHÖRIGER 4	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
1	<b>Diabetes und andere endokrine</b> (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, Gefäßerkrankungen, koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, unregelmäßiger Herzschlag, Aneurysma oder Herzgeräusch.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
3	<b>Krebs, Tumore oder Wucherungen</b> einschließlich Polypen, Zysten oder Knoten in der Brust.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
4	<b>Muskel- oder Skelettprobleme</b> , 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	<b>Asthma, Allergien, Atem- oder Atmungsstörungen</b> , 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	<b>Gallenblasen-, Bauch-, Darm-, Magen- oder Leberprobleme</b> , 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	<b>Gehirn- oder neurologische Erkrankungen</b> , 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	<b>Hautprobleme</b> , z.B. Ekzeme, Akne, Muttermale, Ausschläge, allergische Reaktionen, Zysten, Dermatitis oder Psoriasis.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
9	<b>Blut-, Infektions- oder Immunstörungen</b> , z.B. hoher Cholesterinspiegel, Anämie, Malaria, HIV oder systemischer Lupus erythematodes.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
10	<b>Harnwegs- oder Fortpflanzungsstörungen</b> , z.B. Harnwegsinfektionen, Nierenprobleme, Myome, schmerzhafte, unregelmäßige oder starke Perioden, Fruchtbarkeitsstörungen, polyzystisches Ovarialsyndrom, Endometriose, Hoden- oder Prostataprobleme.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
11	<b>Angstzustände, Depressionen, Entwicklungsstörungen des Nervensystems, psychiatrische oder psychische Gesundheitsprobleme</b> , einschließlich Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörung, Alkohol- oder Drogenprobleme.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
12	<b>Hals-, Nasen-, Ohren-, Augen- oder Zahnprobleme</b> , 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.

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

# ABSCHNITT E

## ERKLÄRUNG FÜR ALLE ZU VERSICHERNDEN PERSONEN

Ich erkläre hiermit, dass ich mit angemessener Sorgfalt darauf geachtet habe, alle Fragen genau, ehrlich und vollständig zu beantworten. Mir ist bewusst, dass fehlende oder falsche Angaben in diesem Fragebogen dazu führen können, dass Cigna Leistungsanträge ablehnt und/oder den Versicherungsschutz im Rahmen der Versicherungsbedingungen kündigen kann.

Die Pflicht, unsere Fragen genau, ehrlich und vollständig zu beantworten, gilt für jede Person, die durch diese Police versichert ist. Wenn wir auf angemessener Grundlage feststellen, dass Sie oder eine versicherte Person uns vorsätzlich oder leichtfertig falsche oder irreführende Informationen bereitgestellt haben, könnte sich das negativ auf diese Police auswirken, und wir können diese Police so behandeln, als hätte sie nie existiert, wir können Ihre Versicherungsbedingungen ändern oder Ihre Police kündigen. 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 befügt sind, diesen Antrag abzuschließen:

Unterschrift

Datum (TT/MM/JJJJ)

Wählen Sie die Beziehung zum Hauptversicherungsnehmer aus

Makler

Vertreter

Andere (bitte angeben)

## ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG, GÜLTIG FÜR DIE ÜBER CIGNA HONG KONG LICENSE, CIGNA WORLDWIDE GENERAL INSURANCE COMPANY LIMITED, ABGESCHLOSSENEN VERSICHERUNGSVERTRÄGE

### Beurteilung des Bedarfs an Krankenversicherungsschutz

Die folgenden Fragen dienen dazu, die Eignung des Versicherungsprodukts im Rahmen dieses Antrags auf der Grundlage Ihrer Bedürfnisse und Umstände zu bewerten. Der Antrag kann ausgesetzt oder abgelehnt werden, wenn die Eignung nicht gegeben ist.

I. Welche(s) Ziel(e) verfolgen Sie mit dem Abschluss der Krankenversicherung? (Bitte alle zutreffenden Antworten auswählen)

Deckung der Kosten eines Krankenhausaufenthalts

Deckung des finanziellen Bedarfs bei schwerer Krankheit

Deckung von Langzeitpflege und finanziellem Bedarf bei vollumfänglicher dauerhafter Berufsunfähigkeit

Deckung der Kosten von ambulanten Behandlungen und anderen medizinischen Bedürfnissen (z.B. zahnärztliche oder augenärztliche Leistungen)

2. Welche Art(en) von Krankenversicherung(en) suchen Sie? (Bitte alle zutreffenden Antworten auswählen)

Rückerstattung (Deckung der erstattungsfähigen Kosten durch die Police)

Nicht-Rückerstattung (Zahlung auf der Grundlage einer durch die Police versicherten Deckungssumme)

Mir ist bekannt, dass Cigna Healthcare nicht für Verluste haftet, die aus einer Ablehnung des Antrags resultieren, sollte der jeweilige Versicherungsantrag von Unstimmigkeiten bei der Eignung betroffen sein oder aus diesem Grund abgelehnt werden (d.h. die angegebenen medizinischen Bedürfnisse stimmen nicht mit dem Versicherungsziel des beantragten Tarifs überein).

Ich bestätige und erkläre mich mit der obigen Erklärung einverstanden

Unterschrift des Hauptversicherungsnehmers

Datum (TT/MM/JJJJ)

## 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 Krankengeschichte und jegliche medizinische Behandlung, die Sie haben oder hatten), in Übereinstimmung mit den einschlägigen Datenschutzgesetzen erheben, 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, sorgfältig ausgewählte Dritte, einschließlich eines von Ihnen beauftragten Maklers, andere Dienstleister im Rahmen dieser Versicherung und befugte Gesundheitsdienstleister weitergeben, wenn dies zur Erfüllung unserer Pflichten 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 von uns gespeicherten personenbezogenen Daten anzufordern, und Begünstigte im Rahmen Ihrer Police haben das Recht, eine Kopie der personenbezogenen Daten, die wir über sie gespeichert haben, 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, DIENSTLEISTUNGEN UND FORSCHUNG

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

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

Falls ja, wie dürfen wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Ich bin damit einverstanden, dass Cigna Healthcare und/oder ein von Cigna Healthcare sorgfältig ausgewählter Dritter mich zu Forschungszwecken kontaktiert.

**E-Mail**

**Telefon**

**Ja**

**Nein**

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

**E-Mail: [cgi.sales@cigna.com](mailto: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. Der Name Cigna Healthcare, das Logo und andere Cigna-Marken sind Eigentum von Cigna Intellectual Property, Inc. und werden von The Cigna Group und ihren operativen Tochtergesellschaften in Lizenz verwendet. Alle Produkte und Dienstleistungen werden von diesen oder durch diese operativen Tochtergesellschaften und nicht durch The Cigna Group zur Verfügung gestellt. Zu den operativen Tochtergesellschaften gehören 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.  
© 2026 Cigna Healthcare. Alle Rechte vorbehalten.

200043 CGHO Application Form EN Broker 02/2026