

**CIGNA GLOBAL HEALTH OPTIONS
VERSICHERUNGSANTRAG**

GUTEN TAG

**Wir freuen uns, dass Sie sich für uns
interessieren.**



Cigna®

Agentur DB2001

Füllen Sie diesen Versicherungsantrag bitte aus und senden Sie ihn entweder per elektronischer Post, per Fax oder mit der Post an uns zurück. Unsere Kontaktangaben finden Sie am Ende dieses Formulars. Füllen Sie dieses Formular bitte in DRUCKBUCHSTABEN aus.

ABSCHNITT A

ANGABEN DES ANTRAGSTELLERS

Füllen Sie diesen Abschnitt bitte für alle Personen aus, die von der Police abgedeckt werden sollen, darunter der Hauptversicherungsnehmer und alle Familienangehörigen.

IHRE VERSICHERUNG

Für welche Versicherung stellen Sie einen Antrag? Silver Gold Platinum

VERSICHERUNGSNEHMER

Sie müssen uns über Änderungen Ihrer Kontaktangaben in Kenntnis setzen, damit Sie unsere Schreiben auch sicher erhalten.

Anrede	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Geschlecht (bitte abhaken)	Männlich <input type="radio"/>	Weiblich <input type="radio"/>	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)
Beruf			
Korrespondenzanschrift			
Telefonnummer tagsüber (Landesvorwahl - Nummer)			
Mobiltelefonnummer (Landesvorwahl - Nummer)			
Fax (Landesvorwahl - Nummer)			
E-Mail-Adresse			
Staatsangehörigkeit (Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr primärer Reisepass?)			
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)			
Größe: Fuß	Inch	Centímetros	Gewicht: Stone
			Pfund
			Kilogramm
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Wenn ja, wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag <input type="radio"/>	20 oder mehr pro Tag <input type="radio"/>	

FAMILIENANGEHÖRIGER 1

Anrede	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Beziehung zu Versicherungsnehmer	Geschlecht (bitte abhaken)	Männlich <input type="radio"/>	Weiblich <input type="radio"/>
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf		
Staatsangehörigkeit (Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr primärer Reisepass?)			
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)			
Größe: Fuß	Inch	Centímetros	Gewicht: Stone
			Pfund
			Kilogramm
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Wenn ja, wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag <input type="radio"/>	20 oder mehr pro Tag <input type="radio"/>	

FAMILIENANGEHÖRIGER 2

Anrede	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Beziehung zu Versicherungsnehmer	Geschlecht (bitte abhaken)	Männlich <input type="radio"/>	Weiblich <input type="radio"/>
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf		
Staatsangehörigkeit (Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr primärer Reisepass?)			
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)			
Größe: Fuß	Inch	Centímetros	Gewicht: Stone
			Pfund
			Kilogramm
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Wenn ja, wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag <input type="radio"/>	20 oder mehr pro Tag <input type="radio"/>	

FAMILIENANGEHÖRIGER 3

Anrede	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Beziehung zu Versicherungsnehmer	Geschlecht (bitte abhaken)		Männlich <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/>
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf		
Staatsangehörigkeit (Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr primärer Reisepass?)			
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)			
Größe: Fuß	Inch	Centímetros	Gewicht: Stone Pfund Kilogramm
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn ja , wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag <input type="radio"/>		20 oder mehr pro Tag <input type="radio"/>

FAMILIENANGEHÖRIGER 4

Anrede	Vorname	Weitere Initialen	Nachname
Beziehung zu Versicherungsnehmer	Geschlecht (bitte abhaken)		Männlich <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/>
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Beruf		
Staatsangehörigkeit (Welche Staatsangehörigkeit hat Ihr primärer Reisepass?)			
Ort (Das Land, in dem Sie die meiste Zeit während des Versicherungszeitraums leben/leben werden)			
Größe: Fuß	Inch	Centímetros	Gewicht: Stone Pfund Kilogramm
Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin-Ersatzprodukte verwendet?			Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn ja , wie viele am Tag?	Weniger als 20 pro Tag <input type="radio"/>		20 oder mehr pro Tag <input type="radio"/>

ABSCHNITT B

ANGABEN DES ANTRAGSTELLERS

Für welches Land möchten Sie einen Versicherungsschutz?	Weltweit <input type="radio"/>	Weltweit, ausschließlich USA <input type="radio"/>
Wann soll Ihr Versicherungsschutz beginnen? (TT/MM/JJJJ)		

INTERNATIONALE HAUPTKRANKENVERSICHERUNG

Wählen Sie Ihre Eigenbeteiligung aus:	0 \$ <input type="radio"/>	375 \$ <input type="radio"/>	750 \$ <input type="radio"/>	1.500 \$ <input type="radio"/>	3.000 \$ <input type="radio"/>	7.500 \$ <input type="radio"/>	10.000 \$ <input type="radio"/>
	0 € <input type="radio"/>	275 € <input type="radio"/>	550 € <input type="radio"/>	1.100 € <input type="radio"/>	2.200 € <input type="radio"/>	5.500 € <input type="radio"/>	7.400 € <input type="radio"/>
	0 £ <input type="radio"/>	250 £ <input type="radio"/>	500 £ <input type="radio"/>	1.000 £ <input type="radio"/>	2.000 £ <input type="radio"/>	5.000 £ <input type="radio"/>	6.650 £ <input type="radio"/>
Wählen Sie anschließend den Prozentsatz Ihrer Kostenbeteiligung aus:	Keine Kostenbeteiligung <input type="radio"/>			10% <input type="radio"/>	20% <input type="radio"/>	30% <input type="radio"/>	
	Wählen Sie Ihre maximale Zuzahlung aus: (Das ist der Höchstbetrag der Kostenbeteiligung im Rahmen einer internationalen Krankenversicherung, den Sie im Fall eines Erstattungsantrags oder im Fall von Erstattungsanträgen pro Deckungszeitraum bezahlen müssen)				2.000 \$ <input type="radio"/>	5.000 \$ <input type="radio"/>	
				1.480 € <input type="radio"/>	3.700 € <input type="radio"/>		
				1.330 £ <input type="radio"/>	3.325 £ <input type="radio"/>		

ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN

Möchten Sie eine der folgenden Optionen zusätzlich zu Ihrer Versicherung abschließen:							
Internationaler Versicherungsschutz		Eigenbeteiligung					
Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	0 \$ <input type="radio"/>	150 \$ <input type="radio"/>	500 \$ <input type="radio"/>	1.000 \$ <input type="radio"/>	1.500 \$ <input type="radio"/>	
		0 € <input type="radio"/>	110 € <input type="radio"/>	370 € <input type="radio"/>	700 € <input type="radio"/>	1.100 € <input type="radio"/>	
		0 £ <input type="radio"/>	100 £ <input type="radio"/>	375 £ <input type="radio"/>	600 £ <input type="radio"/>	1.000 £ <input type="radio"/>	
Eigenbeteiligung (eine maximale Zuzahlung von 3.000 \$ / 2.200 € / 2.000 £ wird für Eigenbeteiligungen beim internationalen Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen angewandt)							
		Keine Kostenbeteiligung <input type="radio"/>			10% <input type="radio"/>	20% <input type="radio"/>	30% <input type="radio"/>
Internationaler Versicherungsschutz für Krankentransporte					<input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Internationale Krankenversicherung für Gesundheit und Wohlbefinden					<input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Internationaler Versicherungsschutz für augenärztliche und zahnärztliche Behandlungen					<input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	

Bitte beachten Sie, dass unser internationaler Versicherungsschutz für ambulante Behandlungen, unser internationaler Versicherungsschutz für Krankentransporte, unsere internationale Krankenversicherung für Gesundheit und Wohlbefinden und unser internationaler Versicherungsschutz für augenärztliche und zahnärztliche Behandlungen nur in Verbindung mit der Internationalen Krankenversicherung erworben werden können.

Bitte beachten Sie, dass jede ausgewählte Versicherung für alle Familienangehörigen gelten wird.

Ihre Versicherungswahl kann nur bei einer Policernerneuerung geändert werden. Wenn Sie die Höhe der Deckung bei einer Erneuerung anheben möchten, finden möglicherweise vollständige medizinische Risikoprüfungen und Karenzzeiten Anwendung. Außerdem ist ein zusätzlicher Prämienbetrag fällig.

ABSCHNITT C

ZAHLUNGSANGABEN

Zahlungswährung	US-Dollar	<input type="radio"/>	Euro	<input type="radio"/>	Pfund Sterling	<input type="radio"/>
Zahlungsart	Monatlich	<input type="radio"/>	Vierteljährlich	<input type="radio"/>	Jährlich	<input type="radio"/>
Payment method	Kredit-/Debitkarte	<input type="radio"/>	Banküberweisung (nur jährliche Zahlung) (Wir rufen Sie bei Eingang Ihres Antrags an, um Ihnen die relevanten Einzelheiten zukommen zu lassen)			<input type="radio"/>
Kredit-/Debitkartennummer						
Kartentyp	MasterCard	<input type="radio"/>	Visa	<input type="radio"/>	Visa Debit	<input type="radio"/>
	American Express	<input type="radio"/>	Solo	<input type="radio"/>	Maestro (UK Domestic)	<input type="radio"/>
	Visa Electron	<input type="radio"/>	Delta	<input type="radio"/>	Maestro (International)	<input type="radio"/>
Name des Karteninhabers						
Datum, ab dem die Karte gültig ist (MM/JJ)			Ablaufdatum der Karte (MM/JJ)			
Sicherheitscode (Die 3-stellige Nummer auf der Rückseite der meisten Karten. Bei American Express-Karten ist dies die 4-stellige Nummer, rechts auf der Vorderseite der Karte)						
Ist die Rechnungsanschrift die Adresse, die Sie für Ihre Police angegeben haben?						Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Wenn nein, übermitteln Sie bitte die vollständige Rechnungsanschrift						
Kreditkartenermächtigung: Ich ermächtige Cigna, mein Kredit-/Debitkartenkonto mit meiner Gesundheitsprämie (die mir bei Annahme der Versicherung/Erneuerung bekannt gegeben wird) zu belasten. Dies wird fortgesetzt, bis die Anweisung widerrufen wird, und ich werde Cigna eine schriftliche Ankündigung gemäß meinen Vertragsbedingungen übermitteln.						
Unterschrift des Karteninhabers						
Datum (TT/MM/JJJJ)						

ABSCHNITT D

VERTRAULICHER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Nun benötigen wir ein paar Informationen über Ihre Krankengeschichte und die Krankengeschichte aller Personen, die in Abschnitt A angegeben werden. Wenn Sie eine Frage mit Ja beantworten, geben Sie bitte alle Einzelheiten in Abschnitt E an.

Danach können wir Ihren Antrag abschließen. Beim Ausfüllen dieses Formulars kann es hilfreich sein, die relevanten medizinischen Unterlagen zur Hand zu haben. In Abhängigkeit von Ihrer Krankengeschichte benötigen wir evtl. weitere Informationen, bevor wir Ihre Versicherung abschließen können.

Lesen Sie bitte die folgenden Fragen sehr sorgfältig durch. Achten Sie bitte darauf, alle Fragen ehrlich und vollständig zu beantworten. Eine achtlose ungenaue Darstellung könnte dazu führen, dass Cigna den Betrag der Erstattungen verhältnismäßig herabsetzt; eine vorsätzliche oder fahrlässige ungenaue Darstellung könnte zu der Verweigerung von Erstattungen durch Cigna und/oder zu der Kündigung der Versicherung führen. Wenn Sie beim Ausfüllen Ihres Antrags Hilfe benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Sind Sie sich bei der Antwort auf eine Frage nicht sicher, sollten Sie die notwendigen Recherchen anstellen, damit Sie uns eine genaue Antwort geben können.

Waren Sie oder eine in Abschnitt A genannte Person in Behandlung wegen: (Wenn ja, bitte abhaken)		VERSICHERUNGSNEHMER	FAMILIENANGEHÖRIGER 1	FAMILIENANGEHÖRIGER 2	FAMILIENANGEHÖRIGER 3	FAMILIENANGEHÖRIGER 4
1	Diabetes und sonstigen hormonellen Störungen (Drüsenkrankheiten), z. B. Schilddrüsenerkrankung, Gewichtsprobleme, Gichtarthritis, Hypophyse oder Nebennierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Herzbeschwerden oder Durchblutungsstörungen, z. B. Brustschmerz, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Gefäßerkrankung, koronare Gefäßerkrankung, Angina, Arrhythmie, Aneurysma oder Herzgeräusch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Krebs, Tumore oder Geschwülste, einschließlich Polypen, Zysten oder Knoten in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Muskel- oder Skeletterkrankungen, z. B. Rückenschmerzen, Schleudertrauma, Arthritis, Gelenkschmerz oder -beschwerden, Gicht, Knochenbrüche, Knorpel, Sehnen- oder Bänderbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Asthma, Allergien, Atemstörung oder Atemwegserkrankungen, z. B. Brustkorbinfektionen, Lungenentzündung, Bronchitis, Atemnot, Nasenschleimhautentzündung, Tb, Lungenaufblähung oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Gallenblase, Bauch-, Darm-, Magen- oder Leberprobleme, z. B. Reizdarm, Dickdarmentzündung, Crohnsche Krankheit, Magengeschwür oder Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, Reflux, Verdauungsstörung, Sodbrennen, Gallensteine, Leistenbruch, Hämorrhoidie oder Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	Hirnleistungs- oder neurologische Störungen , z. B. multiple Sklerose, Epilepsie oder Ikten, Schlaganfall, Migräne, periodisch wiederkehrende oder schwere Kopfschmerzen, Meningitis, Gürtelrose oder Nervenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hautprobleme , z. B. Ekzem, Akne, Leberflecken, Hautausschläge, allergische Reaktionen, Zysten, Dermatitis oder Psoriasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Blut, infektiöse oder Immunerkrankungen , z. B. hoher Cholesterinspiegel, Anämie, Malaria, HIV oder Roter Wolf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Harn- oder Fortpflanzungsstörungen , z. B. Harntraktinfektionen, Nierenprobleme, Fibrome, schmerzhafte, unregelmäßige oder starke Monatsblutungen, Fruchtbarkeitsprobleme, polyzystisches Ovarsyndrom, Endometriose, testikuläre oder Prostatabeschwerden?					
11	Angst, Depression, psychiatrische oder psychische Gesundheitsprobleme , einschließlich Essstörungen, posttraumatisches Stresssyndrom, Alkohol- oder Drogenprobleme?					
12	Ohren-, Nasen-, Hals-, Augen- oder Zahnbeschwerden , z. B. Ohrenentzündung, Sinus-Beschwerden, Beschwerden mit den Mandeln und Polypen, Katarakte, Glaukom, Beschwerden mit den Weisheitszähnen?					
Bitte beantworten Sie auch die folgende Frage:						
13	Hat eine der Personen eine Krankheit, Erkrankung oder ein Symptom, die noch nicht erwähnt wurden? Schließen Sie bitte auch Einzelheiten von bekannten oder vermuteten Problemen ein, ganz gleich ob ärztlicher Rat aufgesucht oder eine Diagnose erhalten wurde oder nicht.					
14	Nimmt eine der Personen Medikamente ein oder erhält eine Behandlung irgendeiner Art oder wartet auf eine Nachuntersuchung oder Verlaufsuntersuchung für ein aktuelles oder vergangenes medizinisches Problem?					

ABSCHNITT E

ZUSÄTZLICHE GESUNDHEITSDATEN

Wenn Sie eine der Fragen in Abschnitt D mit ‚Ja‘ beantwortet haben, geben Sie uns bitte weitere Informationen dazu an. Wenn Sie unsicher sind, ob bestimmte Einzelheiten relevant sind oder nicht, geben Sie sie trotzdem an. Wenn Sie noch mehr Platz benötigen, verwenden Sie bitte ein separates Blatt.

	Abschnitt D Frage Nummer	Der Name der Erkrankung oder des medizinischen Problems. Falls zutreffend, geben Sie den betroffenen Körperbereich an (z. B. linker Arm, rechter Fuß).	Wann sind die Symptome aufgetreten und wann hatten Sie zum letzten Mal Symptome?	Welche Behandlung haben Sie erhalten? (Einzelheiten zum Medikament und zu den Daten, an denen die Behandlung begonnen und beendet wurde, angeben.)	Wie ist der aktuelle Stand der Erkrankung oder des medizinischen Problems? (Z. B. laufend, abgeschlossen, Gesundung, rezidivierend oder wahrscheinlich wiederkehrend.)
VERSICHERUNGSGEHEMTER					
FAMILIENANGEHÖRIGER 1					
FAMILIENANGEHÖRIGER 2					
FAMILIENANGEHÖRIGER 3					
FAMILIENANGEHÖRIGER 4					

ABSCHNITT F

ERKLÄRUNG FÜR ALLE KUNDEN

Ich erkläre hiermit, dass ich mich nach besten Kräften um eine korrekte, ehrliche und vollständige Beantwortung aller Fragen bemüht habe. Ich bestätige, dass Cigna den Betrag von Erstattungen verhältnismäßig herabsetzen kann, wenn ich aufgrund von Unachtsamkeit nicht alle Fragen richtig und vollständig beantworte. Ich bestätige außerdem, dass Cigna Erstattungsanträge ablehnen und/oder die Versicherung kündigen kann, wenn ich vorsätzlich oder fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben bei der Beantwortung der Fragen mache.

Die Pflicht, unsere Fragen genau, ehrlich und vollständig zu beantworten, gilt für jede einzelne Person, die durch diese Police abgedeckt wird. Die Nichterfüllung dieser Pflicht durch eine versicherte Person kann die Deckung oder Bezahlung ihrer Erstattungen beeinträchtigen. Die Deckung oder Bezahlung von Erstattungen in Bezug auf andere versicherte Personen bleibt davon jedoch unberührt, es sei denn diese Person hat ebenfalls nachlässige, vorsätzliche oder achtlose ungenaue Darstellungen in Bezug auf unsere Fragen übermittelt. Ich sichere zu und gewährleiste, dass ich die Zustimmung der jeweiligen versicherten Person erhalten habe, persönliche Angaben offenzulegen, einschließlich sensibler persönlicher Angaben (z. B. medizinische Angaben), die in diesem Formular für Sie enthalten sind. Ich bestätige, dass sich jede versicherte Person ihrer Pflicht bewusst ist, Ihre Fragen mit angemessener Sorgfalt genau, ehrlich und vollständig und nach bestem Wissen zu beantworten.

(Bitte beachten Sie, dass Sie, wenn Sie obige Angaben im Namen einer anderen Person machen, verpflichtet sind, die Zustimmung, die Sie hiermit übermitteln, in Form der tatsächlichen Erklärungen und Zustimmungen Ihrer versicherten Familienmitglieder nachzuweisen?)

Ich schlage Cigna hiermit als Beginn der Deckung das Deckungsdatum oder ein anderes vereinbartes Datum vor. Für den Fall, dass festgestellt wird, dass ich oder irgendeine versicherte Person vorsätzlich oder fahrlässig falsche oder ungenaue Angaben übermittelt habe bzw. hat, kann Cigna den Versicherungsvertrag für ungültig erklären, insofern als sich dieser auf mich oder die versicherte Person bezieht, und kann alle Erstattungsanträge ablehnen und einbezahlte Prämien einbehalten, es sei denn die Einbehaltung der Prämien wäre nicht gerechtfertigt. Ich habe die Versicherungsbedingungen und den Kundenleitfaden, die einen Bestandteil meines Versicherungsvertrags bilden, sorgfältig gelesen, verstanden und erkläre mich damit einverstanden, diese einzuhalten.

Unterschrift

Datum

Wenn Sie im Namen des Hauptversicherungsnehmers unterzeichnen, unterzeichnen Sie bitte an der Stelle weiter unten, an der Sie uns versichern, dass Sie die obige Erklärung gelesen haben und berechtigt sind, diesen Antrag abzuschließen

Unterschrift

Datum

Wählen Sie die Beziehung zum Hauptversicherungsnehmer aus

Makler	<input type="radio"/>	Vertreter	<input type="radio"/>
Andere (bitte angeben)	<input type="radio"/>		

FÜR IN IHREM HEIMATLAND LEBENDE STAATSBÜRGER AUS HONGKONG UND SINGAPUR GELTENDE ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG

Wenn Sie ein Kunde mit Staatsangehörigkeit in Hongkong oder Singapur sind und wenn Sie im Rahmen dieser Versicherungspolice in Hongkong oder Singapur leben und dort ortsansässig sind, haben Sie nach Ihren örtlichen Gesetzen und Verordnungen möglicherweise Anspruch auf Durchführung einer Bedarfsanalyse Ihres besonderen Versicherungsbedarfs und/oder auf ein ausgefülltes Kundenschutzformular. Ich stimme zu, dieses Versicherungsprodukt ohne eine Bedarfsanalyse oder ein ausgefülltes Kundenschutzformular zu erwerben.

Ich bestätige und erkläre mich mit obiger Erklärung einverstanden

Die von der Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. (Niederlassung in Singapur) ausgefertigten Policen sind im Rahmen des Policy Owners' Protection Schemes Act 2011 [Gesetzgebung über den Schutz von Versicherungsnehmern], Gesetz Nr. 15 von 2011 von Singapur (das „Gesetz“) im durch dieses Gesetz vorgeschriebenen Rahmen abgedeckt.



Unterschrift des Hauptversicherungsnehmers

Datum

Wenn Sie im Namen des Hauptversicherungsnehmers unterzeichnen, unterzeichnen Sie bitte an der Stelle weiter unten, an der Sie uns versichern, dass Sie die obige Erklärung gelesen haben und berechtigt sind, diesen Antrag abzuschließen:

Unterschrift

Datum

Wählen Sie die Beziehung zum Hauptversicherungsnehmer aus

Makler	<input type="radio"/>	Agente	<input type="radio"/>
Andere (bitte angeben)	<input type="radio"/>		

BELEHRUNG ZUM VERSICHERUNGSBETRUG

Personen, die (1) einen unwahrheitsgemäß ausgefüllten Versicherungsantrag oder einen Erstattungsantrag im Rahmen einer Police unter falschen oder irreführenden Angaben stellen; oder die (2) einen Versicherungs- bzw. einen Erstattungsantrag im Rahmen einer Police stellen und dabei erforderliche Angaben absichtlich zurückhalten, machen sich gegebenenfalls des Betrugs strafbar. Wenn wir Grund zur Annahme haben, dass ein gestellter Erstattungsoder Versicherungsantrag einen betrügerischen Hintergrund hat, werden wir diesen eingehend prüfen. Jeglicher Betrug kann dazu führen, dass Ihre Police gekündigt wird und Ihre Erstattungsanträge nicht berücksichtigt werden. Zum Zweck der Betrugaufdeckung und -vermeidung werden wir möglicherweise Informationen in Zusammenhang mit mutmaßlichen Betrugsfällen an andere Versicherungsunternehmen und/oder die Strafverfolgungsbehörden weiterleiten.

WIE WIR IHRE ANGABEN VERWENDEN

Wir werden Ihre persönlichen Angaben, einschließlich sensibler Angaben (insbesondere Angaben bezüglich Ihrer Krankengeschichte oder in Bezug auf ärztliche Behandlungen, die Sie haben oder hatten), gemäß den einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften sammeln, verwenden, aufbewahren und offenlegen. Wir werden Ihre persönlichen Angaben, einschließlich sensibler Angaben, zum Zweck der Erfüllung unserer Pflichten im Rahmen dieser Versicherung sammeln und verwenden.

Wir werden Ihre Angaben, einschließlich sensibler Angaben, evtl. an andere Cigna-Unternehmen und befugte medizinische Leistungsanbieter bei Bedarf weiterleiten, um unsere Pflichten im Rahmen dieser Versicherung zu erfüllen. Diese Erklärung gilt auch für persönliche Angaben von Leistungsberechtigten, die auf diesem Antragsformular einzeln angegeben sind.

Sie sind berechtigt, eine Kopie Ihrer von uns geführten persönlichen Angaben anzufordern, und die Leistungsberechtigten eine Kopie der persönlichen Angaben, die wir über sie führen, anzufordern. Für die Übermittlung dieser Angaben können wir eine Gebühr verlangen.

Ich stimme der Sammlung, Verwendung und Offenlegung meiner persönlichen und medizinischen Daten durch Cigna für die Zwecke zu, die im Versicherungsvertrag vorgeschrieben sind, den ich abgeschlossen habe.

SONDERANGEBOTE, AKTIONEN, PRODUKTE UND DIENSTLEISTUNGEN

Wir möchten mit Ihnen in Verbindung bleiben, um Sie über unsere Sonderangebote, Aktionen, Produkte und Dienstleistungen auf dem Laufenden zu halten, die Sie unserer Ansicht nach interessieren könnten. Wir werden Ihre Angaben nicht für Dritte freigeben.

Wenn Sie diese Informationen erhalten möchten, setzen Sie bitte hier ein Häkchen

Wenn ja, wie möchten Sie kontaktiert werden?

E-Mail

Telefon

**Bitte senden Sie Ihr vollständig ausgefülltes Formular per E-Mail
oder mit der Post zurück an:**

**Agentur DB2001
Breitkopf Horst
Im Eisholz 25a
51373 Leverkusen**

db@db2001.de

**T: 0214 6026524
F: 0214 830972599**

www.florida-krankenversicherung.de



Cigna®

Agentur DB2001

Königreich „Cigna“ und das „Tree of Life“-Logo sind eingetragene Dienstleistungsmarken von Cigna Intellectual Property, Inc., die für die Verwendung durch Cigna Corporation 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 Life Insurance Company Limited. © 2015 Cigna.