Cigna

Agentur DB2001

Cigna Global Health Options

Aufnahmeantrag

Agentur DB2001 | Breitkopf Horst, Im Eisholz 25a, 51373 Leverkusen|
Telefon: 0214 6026524 | Fax: 0214 830972599 | Mail: db@db2001.de | Web: www.florida-krankenversicherung.de

Bitte füllen Sie dieses Formular in GROSSBUCHSTABEN aus.

ANGABEN ÜBER DEN ANTRAGSTELLER

Bitte füllen Sie diesen Teil für alle Personen aus, die im Rahmen der Police abzudecken sind, einschließlich des Hauptversicherungsnehmers und aller Leistungsempfänger.

IHR PLAN

In welchen Plan möchten Sie aufgenommen werden? Silver ☐ Gold ☐ Platinum ☐

VERSICHERUNGSNEHMER

Bitte teilen Sie uns jegliche Änderungen Ihrer Kontaktangaben mit, damit wir unsere Korrespondenz korrekt an Sie adressieren können.

Anrede | Vorname | Sonstige Initialen | Nachname

Geschlecht (bitte ankreuzen) **Männlich** ☐ **Weiblich** ☐ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) / /

Berufliche Tätigkeit

Korrespondenzanschrift

Telefonnummer tagsüber (Ländervorwahl – Ortsvorwahl – Nummer)

Mobiltelefonnummer (Ländervorwahl – Ortsvorwahl – Nummer)

Telefax (Ländervorwahl – Ortsvorwahl – Nummer)

E-Mail-Adresse

Staatsangehörigkeit
(Wie lautet die Nationalität Ihres primären Personalausweises oder Reisepasses?)

Wohnsitzland
(Land, in dem Sie leben bzw. für die meiste Zeit während der Versicherungsperiode leben werden)

Körpergröße: **Füße** **Zoll** **cm**

Gewicht: **Stein** **Pfund** **Kg**

LEISTUNGSEMPFÄNGER 1

Anrede | Vorname | Sonstige Initialen | Nachname

Beziehung zum Versicherungsnehmer | Geschlecht (bitte ankreuzen) **Männlich** ☐ **Weiblich** ☐

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) / / | Berufliche Tätigkeit

Staatsangehörigkeit
(Wie lautet die Nationalität Ihres primären Personalausweises oder Reisepasses?)

Wohnsitzland
(Land, in dem Sie leben bzw. für die meiste Zeit während der Versicherungsperiode leben werden)

Körpergröße: **Füße** **Zoll** **cm**

Gewicht: **Stein** **Pfund** **Kg**

LEISTUNGSEMPFÄNGER 2

Anrede | Vorname | Sonstige Initialen | Nachname

Beziehung zum Versicherungsnehmer | Geschlecht (bitte ankreuzen) **Männlich** ☐ **Weiblich** ☐

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) / / | Berufliche Tätigkeit

Staatsangehörigkeit
(Wie lautet die Nationalität Ihres primären Personalausweises oder Reisepasses?)

Wohnsitzland
(Land, in dem Sie leben bzw. für die meiste Zeit während der Versicherungsperiode leben werden)

Körpergröße: **Füße** **Zoll** **cm**

Gewicht: **Stein** **Pfund** **Kg**

LEISTUNGSEMPFÄNGER 3

Anrede | Vorname | Sonstige Initialen | Nachname

Beziehung zum Versicherungsnehmer | Geschlecht (bitte ankreuzen) **Männlich** ☐ **Weiblich** ☐

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) / / | Berufliche Tätigkeit

Staatsangehörigkeit
(Wie lautet die Nationalität Ihres primären Personalausweises oder Reisepasses?)

Wohnsitzland
(Land, in dem Sie leben bzw. für die meiste Zeit während der Versicherungsperiode leben werden)

Körpergröße: **Füße** **Zoll** **cm**

Gewicht: **Stein** **Pfund** **Kg**

LEISTUNGSEMPFÄNGER 4

Anrede | Vorname | Sonstige Initialen | Nachname

Beziehung zum Versicherungsnehmer | Geschlecht (bitte ankreuzen) **Männlich** ☐ **Weiblich** ☐

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) / / | Berufliche Tätigkeit

Staatsangehörigkeit
(Wie lautet die Nationalität Ihres primären Personalausweises oder Reisepasses?)

Wohnsitzland
(Land, in dem Sie leben bzw. für die meiste Zeit während der Versicherungsperiode leben werden)

Körpergröße: **Füße** **Zoll** **cm**

Gewicht: **Stein** **Pfund** **Kg**

LEISTUNGSEMPFÄNGER 5

Anrede | Vorname | Sonstige Initialen | Nachname

Beziehung zum Versicherungsnehmer | Geschlecht (bitte ankreuzen) **Männlich** ☐ **Weiblich** ☐

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) / / | Berufliche Tätigkeit

Staatsangehörigkeit
(Wie lautet die Nationalität Ihres primären Personalausweises oder Reisepasses?)

Wohnsitzland
(Land, in dem Sie leben bzw. für die meiste Zeit während der Versicherungsperiode leben werden)

Körpergröße: **Füße** **Zoll** **cm**

Gewicht: **Stein** **Pfund** **Kg**

LEISTUNGSEMPFÄNGER 6

Anrede | Vorname | Sonstige Initialen | Nachname

Beziehung zum Versicherungsnehmer | Geschlecht (bitte ankreuzen) **Männlich** ☐ **Weiblich** ☐

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) / / | Berufliche Tätigkeit

Staatsangehörigkeit
(Wie lautet die Nationalität Ihres primären Personalausweises oder Reisepasses?)

Wohnsitzland
(Land, in dem Sie leben bzw. für die meiste Zeit während der Versicherungsperiode leben werden)

Körpergröße: **Füße** **Zoll** **cm**

Gewicht: **Stein** **Pfund** **Kg**

ANGABEN ÜBER DEN ANTRAGSTELLER

Für welche geographische Zone benötigen Sie den Versicherungsschutz? *(bitte ankreuzen)* ☐ Weltweit ☐ Weltweit mit Ausnahme der USA

Wann soll der Versicherungsschutz beginnen? (TT.MM.JJJJ) / /

INTERNATIONALER KRANKENVERSICHERUNGS-BASISPLAN

Bitte wählen Sie Ihren Selbstbehalt: *(bitte ankreuzen)*

$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** ☐

Dann wählen Sie bitte den Anteil Ihrer Kostenbeteiligung: ☐ **Keine Kostenbeteiligung** ☐ **10%** ☐ **20%** ☐ **30%**

(dies ist der maximale Betrag der Kostenbeteiligung im Rahmen des Internationalen Krankenversicherungsplans, den Sie im Falle eines Leistungsanspruchs bzw. mehrerer Leistungsansprüche pro Versicherungsperiode zu zahlen haben)

☐ **$2,000** ☐ **$5,000**
☐ **€1,480** ☐ **€3,700**
☐ **£1,330** ☐ **£3,325**

WAHLWEISE ZUSATZLEISTUNGEN

Möchten Sie Ihren Plan um folgende Zusatzleistungen erweitern?

Internationale ambulante Behandlung 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 *(ein Höchstbetrag der Auslagen von $ 3.000 / € 2.200 / £ 2.000 gilt für die Kostenbeteiligung bei der internationalen ambulanten Behandlung)*

Keine Kostenbeteiligung ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐

Internationale Krankenevakuierung **Ja** ☐ **Nein** ☐

Internationaler Plan für Gesundheit und Wohlbefinden **Ja** ☐ **Nein** ☐

Internationale Plan für augen- und zahnärztliche Behandlungen / Leistungen **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wir weisen darauf hin, dass die drei vorgenannten Pläne (Internationale Krankenevakuierung, Internationaler Plan für Gesundheit und Wohlbefinden, Internationaler Plan für augen- und zahnärztliche Behandlungen / Leistungen) nur in Verbindung mit dem internationalen Krankenversicherungsplan abgeschlossen werden können.

Bitte beachten Sie, dass jeder gewählte Zusatzplan für alle Leistungsempfänger gilt.

Änderungen an der Wahl Ihrer Zusatzpläne sind nur bei der Verlängerung Ihrer Police möglich. Falls Sie das Niveau Ihres Versicherungsschutzes bei Verlängerung Ihrer Police erhöhen möchten, ist ggf. eine umfassende medizinische Risikoprüfung erforderlich, und es können Wartezeiten resultieren; in diesem Fall wird auch ein zusätzlicher Beitrag berechnet.

ZAHLUNGSANGABEN

Zahlungswährung **US-Dollar** ☐ **Euro** ☐ **Pfund Sterling** ☐

Zahlungsabstände **Monatlich** ☐ **Vierteljährlich** ☐ **Jährlich** ☐

Zahlungsmethode **Kredit-/Debitkarte** ☐ **Banküberweisung** **(nur bei jährlicher Zahlung)** ☐
(wir werden Sie bei Eingang Ihres Antrags telefonisch kontaktieren, um Ihnen die entsprechenden Angaben mitzuteilen)

Kredit☒/Debitkartennummer: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Art der Karte: *(bitte ankreuzen)*

Mastercard ☐	**Visa** ☐	**Visa Debit** ☐
American Express ☐	**Maestro (UK Domestic)** ☐	**Solo** ☐
Delta ☐	**Maestro (international)** ☐	**Visa Electron** ☐

Name (so wie er auf der Karte erscheint) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Anfangsdatum der Karte (MM.JJ): ☐☐/☐☐ Ablaufdatum der Karte (MM.JJ): ☐☐/☐☐

Sicherheitscode: ☐☐☐☐ *(dies ist die dreistellige Zahl auf der Rückseite der meisten Karten. Bei American Express-Karten ist dies die vierstellige Zahl auf der Vorderseite der Karte, auf der rechten Seite).*

Ist die Rechnungsanschrift die Anschrift, die Sie für Ihre Versicherung angegeben haben? *(bitte ankreuzen)* **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn nein, dann geben Sie bitte die vollständige Rechnungsanschrift an:

Anschrift:

Postleitzahl:

Kreditkartenautorisierung
Hiermit autorisiere ich Cigna, mein Kredit/Debitkartenkonto mit meinem Krankenversicherungsbeitrag (worüber ich bei Annahme des Versicherungschutzes bzw. der Verlängerung meines Vertrages entsprechend benachrichtigt werde) zu belasten. Dies wird so lange laufen, bis die Anweisung storniert wird, und ich werde der Cigna in diesem Fall gemäß den versicherungsvertraglichen Bestimmungen eine schriftliche Mitteilung schicken.

Unterschrift des Karteninhabers

Datum (DD.MM.JJJJ) / /

ANGABEN ÜBER IHRE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Bitte informieren Sie uns in diesem Abschnitt über die frühere und gegenwärtige medizinische Vorgeschichte, bezogen auf Sie selbst sowie alle anderen Personen, die im Rahmen dieser Versicherung abzudecken sind. Aufgrund Ihrer vollständigen und exakten Angaben werden wir dann in der Lage sein, Ihren Antrag fertig zu bearbeiten. Es kann für Sie von Nutzen sein, wenn Sie beim Ausfüllen dieses Abschnitts alle relevanten medizinischen Unterlagen zur Hand haben.

Je nach Ihrer medizinischen Vorgeschichte werden wir ggf. weitere Informationen von Ihnen benötigen, damit wir Ihren Antrag fertigstellen können. Bitte lesen Sie die Fragen in diesem Abschnitt sorgfältig durch. Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und ehrlich und mit der angemessenen Sorgfalt. Dieses ist sehr wichtig, damit wir die angemessene Beitragshöhe für Sie berechnen können und Ihren Versicherungsschutz ganz Ihrer persönlichen Situation anpassen können. Jegliche Missachtung Ihrer angemessenen Sorgfalt bzw. Falschdarstellung könnte in einer anteilsmäßigen Reduzierung jeglicher Leistungsanträge durch Cigna resultieren; im Falle einer vorsätzlichen oder fahrlässigen Falschdarstellung können Ihre Leistungsanträge von Cigna zurückgewiesen werden, und Ihr Versicherungsschutz kann gekündigt werden.

Sollten Sie zum Ausfüllen Ihres Antragsformulars Hilfe benötigen, kontaktieren Sie uns bitte.

Falls Sie bei Ihrer Antwort auf eine Frage nicht ganz sicher sind, sollten Sie die notwendigen Informationen einholen, damit Sie eine akkurate Antwort geben können.

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und aufrichtig, mit der angemessenen Sorgfalt.

Wenn Sie die nachfolgenden Fragen beantworten, dann denken Sie bitte daran, diese für Sie selbst wie für ALLE anderen Personen zu beantworten, die im Rahmen dieser Police abzudecken sind.

Wurde jeglicher Leistungsempfänger, der im Rahmen dieser Police abzudecken ist, für eine(n) der nachfolgend aufgeführten Krankheiten oder Krankheitszustände behandelt bzw. liegt eine Geschichte dieser Krankheit(en) vor?:

Nummer	Fragen über die medizinische Vorgeschi Teil 1	Ja	Nein	Falls Sie eine der Fragen von 1 bis 14 mit ‚Ja' beantwortet haben, dann beantworten Sie bitte folgende Fragen: Teil 2	Ja	Nein
1	**Diabetes, Schilddrüsen- oder sonstige Stoffwechselstörungen-/ Drüsenprobleme** einschließlich Übergewichtigkeit (Obesität), Diabetes Typ 1 und 2, Schilddrüsenüber-/ unterfunktion, pituitäre oder adrenale Drüsenprobleme	☐	☐	War die Krankheit, der Krankheitszustand oder die medizinische Behandlung auf einen der folgenden Zustände beschränkt?	☐	☐
				Nicht-toxischen Kropf – vor mehr als einem Jahr durch eine Behandlung entfernt.		
				Schilddrüsenknoten – erfolgreich entfernt, keine Behandlung notwendig, gutartig		
				Gicht – einmaliger Anfall, mehr als zwei Jahre zurückliegend, keine Behandlung oder Medikamente notwendig.		
2	**Herz- oder Kreislaufstörungen** einschließlich Schmerzen in Brust, Angina, Bluthochdruck, Herzinfarkt, unregelmäßiger Herzrhythmus, Aneurysma oder Krampfadern	☐	☐	War die Krankheit oder medizinische Behandlung auf einen der folgenden Zustände beschränkt?	☐	☐
				Septumdefekt – Chirurgie oder spontaner Verschluss, mehr als zwei Jahre zurückliegend, keine Symptome, keine Nachverfolgung erforderlich		
				Harmlose Herzgeräusche – vollständig untersucht und Diagnose bestätigt		
				Krampfadern – vor mehr als fünf Jahren behandelt, kein erneutes Auftreten, volle Genesung		
3	**Krebs, Tumor oder krebsartige Wucherungen** *einschließlich Polypen oder Klumpen in der Brust*	☐	☐	War die Krankheit oder medizinische Behandlung auf einen der folgenden Zustände beschränkt?	☐	☐
				Basalzell-Karzinom – vor mehr als einem Jahr entfernt, gutartig, kein erneutes Auftreten		
				Fibroadenom in der Brust – entfernt / seit mindestens zwei Jahren nicht mehr aufgetreten		

		Ja	Nein		Ja	Nein
4	**Muskel- oder Skelettprobleme** *einschließlich Rückenschmerzen, Schleudertrauma (Peitschenhiebsyndrom), Arthritis, Gelenkschmerzen oder --probleme, Gicht, Frakturen, Knorpel oder Bänderprobleme*	☐	☐	War die Krankheit oder medizinische Behandlung auf einen der folgenden Zustände beschränkt?	☐	☐
				Rückenoperation (Chirurgie) – mehr als 10 Jahre zurückliegend, volle Genesung, keine Restbeschwerden		
				Fraktur an Glied oder Rippe – mehr als sechs Monate zurückliegend, keine interne Fixation, z. B. Stifte, Platten oder Drähte, volle Genesung		
				Verstauchung oder Zerrung von Muskeln, Sehnen oder Bändern, mehr als zwei Jahre zurückliegend, volle Genesung		
				Schmerzen in Rückenmuskeln – mehr als zwei Jahre zurückliegend, einmaliges kurzzeitiges Auftreten, konnte rein mit Schmerztabletten behandelt werden, volle Genesung		
5	**Asthma, Allergien, Atem- oder Atemwegsbeschwerden** *einschließlich Brustinfektionen, Lungenentzündung, Bronchitis, Kurzatmigkeit, Rhinitis, TB, Emphysem oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)*	☐	☐	Was de ziekte of medische behandeling beperkt tot een van de onderstaande uitkomsten?	☐	☐
				Hooikoorts		
				Griep		
				Strottenhoofdontsteking		
				Gewone verkoudheid		
				Astma als kind – 'overheen gegroeid', meer dan twee jaar geen inhalator met medicatie nodig gehad		
				Voorhoofdsholteontsteking – meer dan 1 jaar geleden één enkele episode, geen behandeling of medicijnen nodig		
				Amandelen – minder dan 1 episode per jaar of amandelen al verwijderd		
6	**Gallenblase, Magen-, Darm-, Verdauungs-, Leberprobleme** *einschließlich Reizdarmsyndrom, Colitis, Morbus Crohn, Magenentzündung oder Magengeschwüre, Magen-/Darmrückfluss, Verdauungsbeschwerden, Sodbrennen, Gallensteine, Hernie, Hämorrhoiden oder Hepatitis*	☐	☐	War die Krankheit oder medizinische Behandlung auf einen der folgenden Zustände beschränkt?	☐	☐
				Blinddarm –vor mehr als sechs Monaten entfernt, volle Genesung		
				Gallenblase – vor mehr als einem Jahr entfernt, volle Genesung		
				Gastroenteritis (Darmentzündung) – einmaliges Auftreten, volle Genesung		
				Diarrhöe (Durchfall) – einmaliges, mildes Auftreten, volle Genesung		
				Hernie – vor mehr als einem Jahr chirurgisch behoben, volle Genesung		
				Hämorrhoiden – vor mehr als fünf Jahren behandelt, kein erneutes Auftreten, volle Genesung		
7	**Gehirn- oder Nervenprobleme** *einschließlich Multiple Sklerose, Epilepsie oder epileptische Anfälle, Schlaganfall, Migräne, wiederkehrende oder starke Kopfschmerzen, Meningitis, Gürtelrose oder Nervenschmerzen*	☐	☐	War die Krankheit oder medizinische Behandlung auf einen der folgenden Zustände beschränkt?	☐	☐
				Meningitis – mehr als ein Jahr zurückliegend, keine andauernden Probleme oder Restbeschwerden, volle Genesung		
8	**Hautprobleme oder –erkrankungen** *einschließlich Ekzeme, Akne, Hautflecken Errötungen, allergische Reaktionen, Zysten, Dermatitis oder Psoriasis*	☐	☐	War die Krankheit oder medizinische Behandlung auf einen der folgenden Zustände beschränkt?	☐	☐
				Sinus pilonidalis/Zysten – vor mehr als ein Jahr behandelt, vollkommene Genesung, kein erneutes Auftreten		
				Akne – letztes Auftreten vor mehr als zwei Jahren		
				Basalzellkarzinom – vor mehr als einem Jahr erfolgreich entfernt, gutartig, kein erneutes Auftreten		
				Fußpilz/Pilzinfektionen - behandelt und volle Genesung		
				Stielwarzen oder Talgdrüsenzysten – vor mehr als zwei Jahren entfernt, kein erneutes Auftreten		

		Ja	Nein		Ja	Nein
9	**Blut-, Infektionskrankheiten oder Störungen des Immunsystems** *einschließlich hoher Cholesterinspiegel, Anämie, Malaria, HIV oder systemischer erythematodes (SLE)*	☐	☐	War die Krankheit oder medizinische Behandlung auf einen der folgenden Zustände beschränkt?	☐	☐
				Infektiöse Hepatitis (Hepatitis A)- mehr als ein Jahr zurückliegend, Blutwerte einer normalen Leberfunktion, volle Genesung		
10	**Harnerkrankungen, Störungen des Fortpflanzungssystems** *einschließlich Harninfekt, Nierenbeschwerden, Fibroide, schmerzhafte, unregelmäßige oder heftige Regelblutungen, Fruchtbarkeitsstörungen, polyzystisches Ovarialsyndrom, Endometriose, Hoden- oder Prostatabeschwerden*	☐	☐	Standen die Beschwerden mit einem d folgenden Probleme im Zusammenhang?	☐	☐
				Kaiserschnitt-Geburt ohne Komplikationen, mehr als ein Jahr zurückliegend		
				Hysterektomie – mehr als ein Jahr zurückliegend, nicht auf Krebs zurückzuführen, volle Genesung		
				Hydrocele – mehr als sechs Monate zurückliegend, behandelt, nicht mehr feststellbar, nicht auf Krebs zurück zuführen,volle Genesung		
				Hernie – vor mehr als einem Jahr durch einen chirurgischen Eingriff behoben, volle Genesung		
11	**Angst, Depression, psychiatrische Störungen oder geistesgesundheitliche Probleme** *Einschließlich Essstörungen, posttraumatisches Stresssyndrom (PTSD), Alkohol- oder Drogenprobleme*	☐	☐	Was de ziekte, aandoening of medische behandeling beperkt tot een van de onderstaande uitkomsten?	☐	☐
				Postnatale depressie – al meer dan 1 jaar geen medicatie of advies van specialist meer nodig, volledig hersteld		
				Stress of gespannenheid – één enkele kortstondige episode (6 maanden of korter), al meer dan 3 jaar geen medicatie of advies van specialist meer nodig, volledig hersteld		
12	**Hals-, Nasen-, Ohrenprobleme oder Augen- oder Zahnprobleme** *einschließlich Ohreninfektionen, Mandeln und adenoide Wucherungen, Katarakte, Glaukomen, Probleme mit Weisheitszähnen oder Stirnhöhlenerkrankungen*	☐	☐	War die Krankheit, der Krankheitszustand oder die medizinische Behandlung auf einen der folgenden Zustände beschränkt?	☐	☐
				Weit- oder Kurzsichtigkeit – durch Brille, Kontaktlinsen oder Laserchirurgie korrigiert		
				Entfernung von Weisheitszähnen – ohne Komplikationen entfernt, volle Genesung		
				Mandeln – weniger als einmal im Jahr eine Mandelentzündung oder Mandeln bereits entfernt		
				Sinusitis (Stirnhöhlenentzündung) – einmaliges Auftreten, mehr als ein Jahr zurückliegend, keine Behandlung oder Medikamente erforderlich		
13	**Hat in den letzten fünf Jahren einer von Ihnen geraucht?**	☐	☐	Ist bzw. war Ihr Rauchen auf einen der folgenden Zustände beschränkt?	☐	☐
				Früherer Raucher – das Rauchen vor über zwei Jahren aufgegeben, der frühere Konsum überstieg keine 20 Zigaretten pro Tag;		
				Gegenwärtiger Raucher – maximal 20 Zigaretten pro Tag, keine Atemoder Atemwegsbeschwerden		
14	**Hat der Alkoholkonsum bei einem von Ihnen jemals 21 Einheiten pro Woche (weiblich) oder 28 Einheiten Woche (männlich) überschritten?** *(Eine Einheit Alkohol entspricht etwa ¼-Liter (250 ml) eines Bieres oder Apfelweins von normaler Stärke, einem kleinen Glas Wein (125 ml) oder einem einfachen Maß Spirituosen (25 ml).*	☐	☐			
15	**Liegt bei einem von Ihnen eine Krankheit, eine Erkrankung oder ein Symptom vor, die bzw. das nicht bereits vorstehend genannt wurde? Bitte nennen Sie Einzelheiten jeglicher Probleme, welche Ihnen bekannt sind bzw. auf welche ein Verdacht vorliegt, ungeachtet der Tatsache, ob darüber ärztliche Beratung eingeholt oder eine Diagnose gestellt wurde.**	☐	☐			
		☐	☐			
16	**Nimmt einer von Ihnen Medikamente ein, nimmt er eine Behandlung in Anspruch oder erwartet er eine neue Bewertung bzw. Nachverfolgung für eine frühere oder gegenwärtige Erkrankung, die nicht bereits oben genannt wurde?**	☐	☐			
17	**Ist eine Person gegenwätig schwanger?**	☐	☐			
18	**Haben Sie gegenwärtig eine Versicherung bei Cigna, oder hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine**					

Falls Sie eine der Fragen von 1 bis 13 im vorstehenden Teil 2 mit NEIN, oder eine der Fragen von 14 bis 18 oben mit JA beantwortet haben, dann nennen Sie bitte in der nachfolgenden Tabelle Einzelheiten dazu.

Frage Nummer	Name des Leistungsemp-fängers, auf den sich dies bezieht	Symptome/ Zustand / Diagnose	Datum des Auftretens	Häufigkeit und Schwere der Symptome	Datum des letzten Auftretens / der letzten Symptome	Einzelheiten jeglicher früh-eren oder der-zeitigen Behandlung(en) oder Einnahme von Medika-menten	Gegenwärtiger Zustand (z.B. weiter andauernd,vo Genesung)

Datenschutz

In unserer Eigenschaft als Verantwortliche für die Datenverarbeitung werden alle Ihre persönlichen Daten und sensiblen Informationen entsprechend der betreffenden Gesetzgebung über den Datenschutz von uns verarbeitet, offengelegt, verwendet, gespeichert und einbehalten. Ihre persönlichen Daten und sensiblen Informationen werden zum Zwecke der Einhaltung unserer Pflichten im Rahmen dieses Plans von uns verarbeitet, und zum Zwecke der Erfüllung des Vertrags können diese Informationen von uns an autorisierte Dritte weitergegeben werden. Gegebenenfalls teilen wir diese Angaben und Informationen auch mit anderen Versicherern, um uns zu helfen, Fälle des Betrugs aufzudecken und zu verhindern. Telefonanrufe an und von unserer Organisation können zu Zwecken von Qualität und Schulung aufgezeichnet werden. Ihr Antrag auf den Krankenversicherungsschutz sowie jegliche im Rahmen dieses Plans gestellten künftigen Leistungsanträge können auch sensible medizinische Informationen enthalten. Diese werden streng geheimgehalten und nur autorisierten Einzelpersonen offengelegt.

Die Leistungsberechtigten haben das Recht auf Anforderung einer Kopie aller persönlichen Daten, die wir über sie führen. Für die Bereitstellung dieser Informationen werden wir ggf. eine Bearbeitungsgebühr erheben.

In der vorstehenden Erklärung sind alle Verweise auf „Ihre(n)“ so zu verstehen, dass der Hauptversicherungsnehmer und alle in diesem Antragsformular genannten Leistungsempfänger darin inbegriffen sind.

GRUNDSATZERKLÄRUNG FÜR ALLE KUNDEN

Hiermit erkläre ich, dass ich alle Fragen in diesem Abschnitt vollständig und aufrichtig, mit aller angemessenen Sorgfalt, beantwortet habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass dies sehr wichtig ist, um es der Cigna zu ermöglichen, die angemessene Beitragshöhe zu ermitteln und meinen Versicherungsplan an meine persönliche Situation anzupassen. Jegliche Missachtung Ihrer angemessenen Sorgfalt bzw. Falschdarstellung könnte zu einer anteilsmäßigen Reduzierung jeglicher Leistungsanträge durch Cigna führen; im Falle einer vorsätzlichen oder fahrlässigen Falschdarstellung können Ihre Leistungsanträge von Cigna zurückgewiesen werden, und Ihr Versicherungsschutz kann gekündigt werden.

Die Pflicht zur vollständigen und aufrichtigen Beantwortung unserer Fragen bezieht sich gleichermaßen auf alle Personen, die im Rahmen dieser Versicherung abzudecken sind. Diese ist sehr wichtig, damit wir die entsprechende Beitragshöhe für Sie berechnen und Ihren Versicherungsschutz ganz an Ihre persönliche Situation anpassen können. Jegliche unüberlegte, vorsätzliche oder fahrlässige Falschdarstellung durch einen der Versicherten kann sich nachteilig auf den Versicherungsschutz insgesamt oder die Erstattung ihrer Leistungsanträge auswirken. Ich garantiere und erkläre mich damit einverstanden, dass ich von einem jeden [der Versicherten] über die Zustimmung zur Offenlegung der in diesem Formular enthaltenen persönlichen Informationen verfüge. Ich bestätige, dass jeder [der Versicherten] über seine angemessene Sorgfaltspflicht bei der Beantwortung Ihrer Fragen informiert ist und dass er diese vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten hat. Ich erkläre, dass ich die angemessene Sorgfalt eingehalten habe, um sicherzustellen, dass die an Sie weitergegebenen Informationen korrekt sind.

Hiermit stelle ich bei der Cigna den Antrag auf Beginn des Versicherungsschutzes ab dem genannten Anfangsdatum bzw. einem anderweitig vereinbarten Datum. Falls es sich herausstellt, dass jegliche bereitgestellten Informationen vorsätzlich gefälscht sind, so hat die Cigna das Recht, dem Vertrag nicht stattzugeben und sämtliche Leistungsanträge zurückzuweisen; desweiteren ist die Cigna auch zu keiner Rückzahlung bereits geleisteter Beiträge verpflichtet, mit Ausnahme von Fällen, in denen eine Einbehaltung solcher Beiträge durch die Cigna nicht gerechtfertigt wäre. Ich erkläre, dass ich die versicherungsvertraglichen Bestimmungen und das Kundenhandbuch sorgfältig gelesen und verstanden habe und dass ich mich zur Einhaltung der darin enthaltenen Bestimmungen verpflichte, denn diese bilden einen festen Bestandteil meines Vertrags.

Wir weisen darauf hin, dass es, falls Sie diese Erklärung im Namen einer anderen Person abgeben, Ihre Pflicht ist, Nachweise über die von Ihnen hierzu erteilte Zustimmung über die tatsächlichen Erklärungen und Zustimmungen Ihres Vollmachtgebers zu behalten.

Unterschrift des Hauptversicherungsnehmers

Datum: / /

Falls Sie im Auftrag des Hauptversicherungsnehmers unterzeichnen, dann unterschreiben Sie bitte nachfolgend, wobei Sie gegenüber der Cigna garantieren und vertreten, dass Sie die vorstehende Erklärung gelesen haben und Sie im Besitz der Vollmacht sind, um diesen Antrag zu stellen:

Unterschrift:

Datum: / /

Bitte kreuzen Sie nachfolgend Ihre Beziehung zum Hauptversicherten an:

Makler ☐ Vertreter ☐ Sonstige ☐ (bitte genau erklären)

ZUSATZERKLÄRUNG FÜR IN IHREM HEIMATLAND LEBENDE STAATSANGEHÖRIGE VON HONGKONG UND SINGAPUR

Falls Sie ein Kunde mit Staatsangehörigkeit von Hongkong oder Singapur sind und Sie im Rahmen dieser Versicherungspolice in Hongkong oder Singapur wohnhaft sind und leben, dann haben Sie gemäß Ihrer lokalen Gesetzgebung und Verordnungen ggf. ein Anrecht auf Durchführung einer Bedarfsanalyse hinsichtlich Ihrer besonderen Versicherungsbedürfnisse bzw. auf ein für Sie ausgefülltes Kundenschutz- Formular. Ich erkläre mich damit einverstanden, diese Versicherung ohne eine Bedürfnisanalyse oder ein ausgefülltes Kundenschutz- Formular abzuschließen.

☐ Ich bestätige die vorstehende Erklärung und erkläre mich damit einverstanden.
Die von der Filiale Singapur der europäischen Cigna-Versicherungsgesellschaft ausgestellten Policen sind im Rahmen der singapurischen Gesetzgebung über den Schutz von Versicherungsnehmern („Policy Owners' Protection Schemes Act 2011, „Act" Nr. 15 von Singapur (dem „Act")) bis zu den in diesem Gesetz festgelegten Höchstgrenzen abgedeckt.

Unterschrift des Hauptversicherungsnehmers

Datum: / /

Falls Sie im Auftrag des Hauptversicherungsnehmers unterzeichnen, dann unterschreiben Sie bitte nachfolgend, wobei Sie gegenüber der Cigna garantieren und vertreten, dass Sie die vorstehende Erklärung gelesen haben und Sie im Besitz der Vollmacht sind, um diesen Antrag zu stellen:

Unterschrift:

Datum: / /

Bitte kreuzen Sie nachfolgend Ihre Beziehung zum Hauptversicherten an: Makler, Vertreter oder Sonstige (bitte genau erklären)

Bitte schicken Sie Ihr vollständig ausgefülltes Formular mit der Post an folgende Anschrift zurück:

Agentur DB2001
Breitkopf Horst
Im Eisholz 25a
51373 Leverkusen
Telefon: 0214 6026524
Fax: 0214 830972599
Mail: db@db2001.de
Web: www.florida-krankenversicherung.de

HINWEIS ÜBER BETRUG: Jegliche Person, die wissentlich und mit dem Vorsatz, eine Versicherungsgesellschaft oder andere Person zu betrügen: (1) einen Antrag auf Versicherungsschutz oder einen Leistungsantrag mit im Wesentlichen falschen Angaben stellt; oder (2) zum Zwecke der Irreführung jegliche der verlangten Informationen verheimlicht, begeht eine Handlung des Versicherungsbetrugs, welche als Straftat zu behandeln ist.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir keine Anträge bearbeiten, die unserer Meinung nach einen Fall von Betrug darstellen. Jeglicher versuchte Betrug kann die Kündigung Ihres Vertrags zur Folge haben, bzw. jegliche Anträge, bei welchen wir einen Verdacht auf Betrug haben, werden von uns entsprechend untersucht.

Ihre betreffende Cigna-Versicherungsgesellschaft, die eine der nachstehend aufgeführten Gesellschaften ist und mit der Sie Ihren Vertrag abschließen werden, wird in Ihren versicherungsvertraglichen Bestimmungen und Ihrem Versicherungszertifikat benannt.

a) Cigna Global Insurance Company; oder
b) Cigna Worldwide Life Insurance Company Limited; oder
c) Cigna Europe Insurance Company S.A-N.V (Schweizer Niederlassung); oder
d) Cigna Life Insurance Company of Europe S.A-N.V; or
e) Cigna Europe Insurance Company S.A-N.V (Niederlassung Singapur)

SONDERANGEBOTE, ANGEBOTSAKTIONEN, PRODUKTE UND DIENSTLEISTUNGEN

Gerne würden wir mit Ihnen in Kontakt bleiben, um Sie über unsere Sonderangebote, Angebotsaktionen, Produkte und Dienstleistungen, die unserer Meinung nach für Sie von Interesse sein könnten, auf dem Laufenden zu halten. Wir werden Ihre Informationen keinen Dritten offenlegen. Falls Sie diese Art von Informationen gerne von uns erhalten möchten, dann kreuzen Sie bitte hier an: ☐ Indien ja, op welke wijze wilt u dat wij contact met u opnemen?

Email: ☐ Telefon: ☐