

Forsikringen Inspire EssentialCare



Dokument med forsikringens produktoplysninger

Produkt: Helbredsforsikringspolice

Den europæiske afdeling af Cigna Life Insurance Company S.A.-N.V. er et privat ansvarsselskab under belgisk lovgivning, der styres af den belgiske nationalbank og er registreret i Bruxelles' handelsregister (nummer 0421.437.284) på adressen Plantin en Moretuslei 309, 2140 Antwerpen, Belgien.

Oplysningerne i dette dokument angives i henhold til nedennævnte dækninger og undtagelser og er underlagt policens bestemmelser. Ethvert forsikringskrav er underlagt tegningsregler, priser, vilkår og betingelser samt oversigten over ydelser i henhold til den valgte forsikringsplan (EssentialCare) fra policens ikrafttrædelsesdato.

Hvilken type forsikring drejer dette sig om?

Sygeforsikring tegnet af forsikringstegner (klient) på vegne af dennes ansatte og/eller personer, over for hvem der består forsørgerpligt. Forsikringen dækker godtgørelse af udgifter til lægebehandling, som pådrages af (i) klientens medarbejdere, der er tilmeldt klientens Cigna Healthcare-sygeforsikring, og (ii) enhver person, over for hvem der består forsørgerpligt, hvad enten denne bor i samme udland, forudsat at sidstnævnte er indskrevet i planen.



Hvad er forsikret?

- ✓ **Sundhedsydelse** ved **hospitalsindlæggelse/dagindlæggelse:**
 - ✓ Hospitalsudgifter til sygepleje og indlæggelse; behandling ved dagindlæggelse; operationsstue og opvågningsstue; ordineret medicin, lægemidler og forbindinger.
 - ✓ Udgifter til en forælders ophold på et hospital med et forsikret barn under 18 år.
 - ✓ Gebyrer til kirurg og narkoselæge
 - ✓ Gebyr til speciallæge
 - ✓ Kirurgiske indgreb
 - ✓ Kræftbehandling
 - ✓ Rehabilitering og fysioterapi
 - ✓ Diagnosetest
 - ✓ Kontantydelse til hospitalsindlagte med forhåndsgodkendelse
 - ✓ Udgifter til hjemmesygepleje
 - ✓ Kirurgisk og/eller lægeligt udstyr
 - ✓ Hospitals- og palliativ pleje med forhåndsgodkendelse
 - ✓ Organtransplantation
 - ✓ Psykiatrisk pleje
 - ✓ Privat ambulance
- ✓ **Sundhedsydelse ved ambulant behandling:**
 - ✓ Ikke-kirurgiske eller mindre kirurgiske indgreb og behandling
 - ✓ Konsultationer med lægefagligt personale og specialister
 - ✓ Diagnosetest
 - ✓ Kræftbehandling
 - ✓ Ordineret medicin/lægemidler og forbindinger
 - ✓ Fysioterapi, kiropraktik, osteopati og fodbehandling
 - ✓ Alternative terapier
 - ✓ Årlige rutineundersøgelser: En øjenundersøgelse og høretest for forsikrede børn under 15 år.
 - ✓ Sundhedspleje: for forsikrede børn op til og med 6 år.
 - ✓ Rejsevaccinationer
 - ✓ Akut tandbehandling
 - ✓ Psykiatrisk pleje
- ✓ **Barselsydelse:** Dækning ved rutinemæssig og kompliceret barsel med forhåndsgodkendelse af mulighed 2 og 3
- ✓ **Andre ydelser**
 - ✓ Internationale nødtjenester
 - ✓ Yderligere hjælpetjenester
- ✓ **Wellness-ydelser**
 - ✓ Rutinemæssig helbredsundersøgelse for voksen under wellness-ydelsesmulighed 3
 - ✓ Celleprøve under wellness-ydelsesmulighed 2 og 3
 - ✓ Screening for prostatakræft under wellness-ydelsesmulighed 2 og 3
 - ✓ Mammografi ved screening for brystkræft eller til



Hvad er ikke forsikret?

- ✗ Dialysebehandling dækkes, hvis en sådan behandling tilbydes på udstationeringsstedet, og hvis dette ikke er tilfældet, dækkes behandling i patientens hjemstedsland eller på det ekspertisecenter, der er nærmest udstationeringsstedet. Kun udgifter til dialysebehandling dækkes: Udgifter til transport og indkvartering i forbindelse med en sådan behandling dækkes ikke.
- ✗ Enhver form for plastik- eller rekonstruktiv kirurgi
- ✗ Tandbehandling eller -regulering
- ✗ Behandling for eller i forbindelse med udviklingsforstyrrelser
- ✗ Behandling for eller i forbindelse med ikke-lægelig rådgivning eller hjælpetjenester til indlæringsvanskeligheder, forsinket udvikling, autisme samt kognitive eller udviklingsrelaterede handicap og forstyrrelser.
- ✗ Øjen- eller synsbehandling
- ✗ Behandling, der skyldes eller har forbindelse til infertilitet eller enhver form for fertilitetsbehandling, herunder komplikationer som følge af en sådan behandling med undtagelse af infertilitet frem til diagnosticering.
- ✗ Behandling med direkte relation til surrogatmoderskaber; barselsydelse udbetales ikke til en berettiget kvinde, der fungerer som rugemor, eller nogen som helst anden, der fungerer som rugemor for en berettiget kvinde.
- ✗ Udgifter til behandling, der endnu ikke har fundet sted, uanset om der er givet forhåndsgodkendelse eller udbetalingsgaranti.
- ✗ Høretest og høreapparater.
- ✗ Udgifter til hospitalsindlæggelse, der er dyrere end indlæggelse på en standardenestue på samme hospital. Udgifter til luksus-, VIP- eller andre eksklusive stuer dækkes ikke.
- ✗ Indkvartering på et hospital.
- ✗ Selvmord eller andre skader eller sygdomme, som den ansatte eller personer, over for hvem den ansatte har forsørgerpligt, påfører sig selv.
- ✗ Behandling til overlagt svangerskabsafbrydelse, medmindre to læger på skrift bekræfter, at svangerskabet ville bringe moderens liv eller mentale stabilitet i fare.
- ✗ Behandling uden for det valgte dækningsområde.
- ✗ Enhver form for rejseudgifter, der ikke skyldes nødstilfælde

Andre undtagelser er gældende. Se venligst kundevejledningen for samtlige oplysninger om undtagelser, begrænsninger samt vilkår og betingelser.

diagnoseformål under wellness-ydelsesmulighed 2 og 3

- ✓ **Årlig maksimumsydelse for ambulant behandling**
- ✓ Samlede beløb, der kan udbetales ved ambulant behandling pr. person i et givent forsikringsår: Mulighed 1: 3000 euro – Mulighed 2: 4500 euro – Mulighed 3: 10.500 euro. Denne grænse indgår i den samlede årlige ydelse. Du bedes se listen over ydelser for at bekræfte, hvilken mulighed der gælder for din plan.
- ✓ **Årlig maksimumsydelse i alt**
- ✓ Det samlede beløb, der kan udbetales pr. person i et givent forsikringsår, er 1.500.000 euro.

Andre ydelser gælder: Se venligst kundevejledningen for listen i sin helhed.



Er der nogen begrænsninger på dækningen?

- ! Udbetalinger af ydelser fra Cigna Healthcare til en ansat (og personer, over for hvem der består forsørgerpligt) er underlagt begrænsningerne i den valgte plan.
- ! Begrænsningerne, der angives i listen over ydelser, er underlagt de specifikke ydelsesbetingelser og de specifikke ydelsesundtagelser, som fremgår af listen over ydelser. Euro er den gældende valuta.
- ! I alle tilfælde er godtgørelse af udgifter tillige underlagt: Enhver begrænsning, der angives i listen over ydelser, som omhandler det antal gange en ydelse kan udbetales for en bestemt procedure eller tjeneste; enhver maksimumsydelse, der angives i listen over ydelser; samt undtagelserne, der angives i policen.



Hvor er jeg dækket?

- ✓ Af følgende dækningsområder, som tilbydes under planen, vælger din arbejdsgiver en eller flere af dem som valgt(e) dækningsområde(r) i den tilsvarende policeplan:
 - Område I: I hele verden
 - Område II: I hele verden, undtagen USA
 - Område III: Europa



Hvilke forpligtelser har jeg?

- Krav skal fremsættes så snart som rimeligt muligt efter behandlingsstart og senest 12 måneder fra påbegyndelse af en behandling
- Du skal ærligt og fyldestgørende besvare ethvert af vores spørgsmål.
- Du skal give Cigna Healthcare alle relevante oplysninger med relation til kravet.
- Du skal efter behov indhente forhåndsgodkendelse inden behandling. Du skal give din arbejdsgiver besked, hvis du eller enhver på din police skifter adresse, bopælsland eller nationalitet.



Hvornår og hvordan betaler jeg?

- Du arbejdsgiver betaler præmien til Cigna Healthcare. Vi aftaler med din arbejdsgiver, hvor ofte der betales til Cigna Healthcare. Du behøver ikke lave direkte betalinger til Cigna Healthcare.



Hvornår begynder og ophører dækningen?

- Din dækning træder i kraft den dag, du indskrives som medlem i planen, forudsat du opfylder betingelserne for medlemskab. Dækning ophører som regel for dig og personer, over for hvem du har forsørgerpligt, hvis du dør, holder op med at arbejde for din arbejdsgiver, eller hvis din arbejdsgiver indstiller præmiebetalingen for dig og personer, over for hvem du har forsørgerpligt.



Hvordan opsiger jeg kontrakten?

- Planens dækning reguleres af en forsikringskontrakt, der er indgået mellem din arbejdsgiver og Cigna Healthcare. Hvis du ikke længere behøver dækningen, bedes du bede din arbejdsgiver om at fjerne dig fra planen.