



Ihr Schutz



UnipolSai

INFORTUNI

PREMIUM-UNFALLVERSICHERUNG

Versicherungsvertrag - Unfälle und Gesundheit
Modell 1204 – Ausgabe 01.12.2016

DIESE INFORMATIONSBROSCHÜRE ENTHÄLT FOLGENDES:

- a) Informationsschreiben einschließlich Glossar
- b) Versicherungsbedingungen
- c) Informationen zum Datenschutz

**SIE MUSS DEM VERSICHERUNGSNEHMER VOR DER
UNTERZEICHNUNG DES VERTRAGS ÜBERGEBEN WERDEN.**

Vor Unterzeichnung des Vertrags sind die enthaltenen Hinweise im
Informationsschreiben aufmerksam durchzulesen.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Premium-Unfallversicherung
Ausgabe 01.12.2016

1

INFORMATIONSSCHREIBEN

SEITE

A. INFORMATIONEN ÜBER DAS VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN	2 von 19
1. Allgemeine Informationen	2 von 19
2. Informationen zur Vermögenslage des Unternehmens	3 von 19
B. INFORMATIONEN ZUM VERTRAG	3 von 19
3. Angebotener Versicherungsschutz- Begrenzungen und Ausschlüsse	3 von 19
4. Vertragliche Karenzfristen	9 von 19
5. Erklärungen des Versicherten zu den Umständen des Risikos	9 von 19
6. Erhöhung oder Verringerung des Risikos	9 von 19
7. Prämien	9 von 19
8. Angleichung der Prämie und Versicherungssummen	10 von 19
9. Rücktrittsrecht	10 von 19
10. Verjährung und Verfall der aus dem Vertrag abgeleiteten Rechte	10 von 19
11. Anwendbares Recht in Bezug auf den Vertrag	10 von 19
12. Steuerregelung	10 von 19
C. INFORMATIONEN ZU LIQUIDATIONSVERFAHREN UND REKLAMATIONEN	10 von 19
13. Versicherungsfälle – Liquidation der Entschädigung	10 von 19
14. Direkte Assistenz - Vereinbarungen	11 von 19
15. Reklamationen	12 von 19
16. Schiedsgericht	13 von 19
GLOSSAR	14 von 19

2

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

SEITE

• DIE VERSICHERUNGSPOLICE IM ÜBERBLICK	2 von 72
A. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE VERSICHERUNG ALLGEMEIN	4 von 72
1. Bestimmungen über die Versicherung allgemein	4 von 72
B. BESTIMMUNGEN FÜR EINZELNE ABSCHNITTE	9 von 72
2. Abschnitt Unfälle	9 von 72
3. Abschnitt Krankheit	31 von 72
4. Abschnitt Prämienchutz	33 von 72
5. Abschnitt Assistenz	35 von 72
C. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE LIQUIDATION VON SCHADENSFÄLLEN	42 von 72
6. Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen	42 von 72
• GESETZLICHE BESTIMMUNGEN, AUF DIE IN DER POLICE VERWIESEN WIRD	67 von 72

3

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

SEITE

Informationsschreiben für Kunden über die Verwendung seiner Daten und zu seinen Rechten

2 von 4
Modell 1204

1

INFORMATIONSSCHREIBEN

Informationsschreiben zum Versicherungsvertrag "UnipolSai Premium-Unfallversicherung" (ISVAP-Verordnung Nr. 35 vom 26. Mai 2010).

Sehr geehrter Kundin, sehr geehrte Kunde, wir freuen uns, Ihnen einige Informationen zur UnipolSai Assicurazioni S.p.A. und zum Vertrag, der Ihnen zum Abschluss vorliegt, geben zu können.

Zur Verdeutlichung weisen wir auf Folgendes hin:

- Das vorliegende Informationsschreiben wurde nach dem von der Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen IVASS erstellten Muster verfasst, jedoch unterliegt dessen Inhalt nicht der vorherigen Genehmigung durch die Behörde IVASS.
- Der Versicherungsnehmer muss die Versicherungsbedingungen vor Unterzeichnung der Police eingesehen haben.

Die Klauseln mit Pflichten und Verbindlichkeiten zulasten des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie Annullierungen, Verwirkungen, Ausschlüsse, Aussetzungen und Beschränkungen der Garantie, Regresspflichten und als „Hinweise“ hervorgehobene Informationen sind auf farblich hervorgehobenem Hintergrund gedruckt und **unterstrichen**, die besonders aufmerksam zu lesen sind.

Hinsichtlich der Aktualisierungen der Informationen zum Versicherungsunternehmen, die in diesem Informationsschreiben enthalten sind, wird auf folgende Internetseite verwiesen: http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. teilt dem Versicherungsnehmer weitere Änderungen der Informationsbroschüre und die aus künftigen Neufassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen entstehenden Änderungen schriftlich mit. Für weitere Erläuterungen können Sie sich an Ih-

ren Versicherungsvertreter bzw. an den Versicherungsvermittler Ihres Vertrauens wenden, der Ihnen die gewünschten Auskünfte erteilen wird.

Das Informationsschreiben besteht aus drei Abschnitten:

- A. INFORMATIONEN ÜBER DAS VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN
- B. INFORMATIONEN ZUM VERTRAG
- C. INFORMATIONEN ZU LIQUIDATIONSVERFAHREN UND REKLAMATIONEN

A. INFORMATIONEN ÜBER DAS VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN

1. Allgemeine Informationen

- a) Die UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (kurz „UnipolSai S.p.A.“) ist eine Gesellschaft, die der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit der Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. unterliegt und Teil der Versicherungsgruppe Gruppo Assicurativo Unipol ist, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungsunternehmen bei der IVASS unter der Nr. 046.
- b) Rechtssitz: Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (Italien).
- c) Telefonnummer: 051.5077111
- Faxnummer: 051.375349
- Internetseite: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it
- E-Mail-Adresse: info-danni@unipolsai.it.
- d) Das Unternehmen ist für die Ausübung der Versicherungstätigkeit zugelassen: Zulassung durch das Ministerialdekret vom 26/11/1984, veröffentlicht im Beiblatt Nr. 79 zum Amtsblatt Nr. 357 vom 31/12/1984 sowie durch das Ministerialdekret vom 8/11/1993, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 276 vom 24/11/1993. Das Unternehmen ist in Sektion I des Verzeichnisses der Versicherungsunternehmen der IVASS unter der Nr. 1.00006 eingetragen.

2. Informationen zur Vermögenslage des Unternehmens

Die folgenden Informationen beziehen sich auf den genehmigten Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2015: - Eigenkapital des Unternehmens: 5.561.726.646,53 € - Stammkapital 2.031.445.959,93 €; - Gesamtbetrag der Vermögensrücklagen: 2.973.947.985,60 €. Der Solvabilitätsindex zum 31. Dezember 2015 gibt das Verhältnis zwischen der Höhe des verfügbaren Kapitals und der von den an diesem Datum geltenden Bestimmungen geforderten Kapitalhöhe an. Dieser Solvabilitätsindex bezogen auf den Zweig der Schadensabwicklung beträgt 1,96. Es wird darauf hingewiesen, dass am 1. Januar 2016 die neue Richtlinie über die angemessene Eigenmittelausstattung von Versicherern (die sogenannte „Solvency II-Richtlinie“) in Kraft getreten ist. Diese Richtlinie wurde in die italienische Rechtsordnung aufgenommen mit dem gesetzvertretenden Dekret D.lgs. Nr. 74 vom 12. Mai 2015 - mit dem die Richtlinie 2009/138/EG umgesetzt und das gesetzvertretende Dekret D.lgs. Nr. 209/2005 (Privatversicherungsgesetzbuch) geändert und ergänzt wurde - sowie durch die delegierten Rechtsakte, die mit der delegierten Verordnung (EU) Nr. 35/2015 erlassen worden sind und die genannte Richtlinie ergänzen. Basierend auf der neuen Solvency II-Richtlinie, mit der die Kriterien zur Festlegung des verfügbaren und geforderten Kapitals grundlegend erneuert wurden, liegt der Solvabilitätsindex der UnipolSai zum 1. Januar 2016 bei 2,15.

B. INFORMATIONEN ZUM VERTRAG

Der Vertrag wird mit jährlicher stillschweigender Verlängerung angeboten. Jedoch haben der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen die Möglichkeit, die stillschweigende Verlängerung auszuschließen.

Hinweis: Bei Unterzeichnung des Vertrags mit stillschweigender Erneuerung muss die zurücktretende Partei der anderen Partei die Kündigung mindestens 30 Tage vor Vertragsauslauf per Einschreiben oder Fax mitteilen.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 1.4 “Verlängerung des Vertrags, Versicherungszeitraum und Nachlass für mehrjährige Verträge” verwiesen.

3. Angebotener Versicherungsschutz - Begrenzungen und Ausschlüsse

Der Vertrag bietet innerhalb der im Versicherungsschein und in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Grenzen einen Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und/oder Freizeitunfälle. Mit diesem Versicherungsschutz sind die Garantien Krankheit, Prämienschutz und Assistenz kombinierbar.

- Der *Unfallversicherungsschutz* sieht im Fall eines Arbeits- und/oder Freizeitunfalls - je nach der ausgewählten Form im Versicherungsschein *Freizeit und Arbeit* oder *Arbeit* oder *Freizeit* - die Auszahlung einer Entschädigung in folgenden Fällen vor:

- Im Todesfall, mit Auszahlung der Versicherungssumme zu gleichen Anteilen an die benannten Begünstigten oder an die Erben des Versicherten (wenn keine Begünstigten benannt wurden). Die Auszahlung erfolgt auch bei einem irreversiblen komatösen Zustand, der seit mindestens 180 aufeinanderfolgenden Tagen andauert, und zwar zu gleichen Anteilen an die benannten Begünstigten, oder wenn diese nicht benannt wurden, an den nicht getrennt lebenden Ehepartner des Versicherten, an seine Kinder und Nachkommen oder wenn keine der o.g. Personen existiert, an die Vorfahren. Die Versicherung endet gegenüber dem Versicherten, der den Unfall erlitten hat. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.5.1 “Grundgarantie” Buchstabe A) “Todesfall” und Buchstabe A.1) “Irreversibler komatöser Zustand” verwiesen.
- Für die *bleibende Invalidität*, mit Auszahlung einer Entschädigung, die vom festgestellten Prozentsatz der bleibenden Invalidität abhängt, wobei folgende Prozentsätze bei der Bewertung nach den angewendeten Ent-

schädigungstabellen unterschieden werden: Invalidität bis 30%, von 31% bis 49%, von 50% bis 79%, von 80% bis 99% sowie 100%. Diesbezüglich wird besonders auf die Tabellen in folgenden Artikeln 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" und 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" sowie auf die Sonderfälle in den Artikeln 6.7 "Traumatische oder durch Kraftanstrengung verursachte Bauchhernien" und 6.8 "Naturkatastrophen" verwiesen.

Bei Vertragsabschluss kann der Versicherungsnehmer die Option *Bleibende Invalidität - Leibrente* auswählen, bei der die Grundgarantie für die bleibende Invalidität nur wirksam ist, wenn der Invaliditätsgrad 60% übersteigt. Hierbei wird dem Versicherten eine sofortige Leibrente zuerkannt, deren jährlicher Betrag in Höhe der im Versicherungsschein angegebenen Summe der Neubewertung unterliegt. Die Leibrente wird im Nachhinein in monatlichen Raten ausgezahlt. Diese wird mit einer Lebensversicherungspolice mit Einmalprämie zugunsten des Versicherten gegründet, ohne dass ihm dadurch zusätzliche Kosten entstehen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.5.1 "Grundgarantie" Buchstabe B.3) "Bleibende Invalidität - Leibrente" verwiesen.

- *Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen*, bei der die Rückerstattung der Behandlungskosten vorgesehen ist, einschließlich u. a. der Kosten für diagnostische Untersuchungen, fachärztliche Untersuchungen und den Kauf der von den Ärzten verordneten orthopädischen Hilfs- und Stützmittel, die innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalldatum aufgewendet werden. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.5.2 "Wahlweise Zusatzgarantien" Buchstabe C)

verwiesen.

- *Entschädigung für einen Unfall, einschließlich der Entschädigung für die stationäre Behandlung* (mit Zahlung der vereinbarten Summe für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts bis maximal 365 Tage pro Unfall), *Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit* (zuzüglich zu dem, was im Fall der stationären Behandlung vorgesehen ist, mit Zahlung der vereinbarten Summe für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts bis maximal 90 Tage pro Unfall für die Genesungszeit, vorausgesetzt der stationäre Aufenthalt dauert mindestens 2 aufeinanderfolgende Tage an) und *Entschädigung für die Immobilisierung* (mit Zahlung der vereinbarten Summe für jeden Tag der Immobilisierung bis maximal 60 Tage pro Unfall). Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.5.2 "Wahlweise Zusatzgarantien" Buchstabe D) verwiesen.
- *Für die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall, einschließlich: vollständige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* (mit Zahlung der gesamten vereinbarten Summe für jeden Tag der teilweisen oder völligen körperlichen Unfähigkeit, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen, bis maximal 365 Tage pro Unfall), *teilweise vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* (mit Zahlung der vereinbarten Summe zu 100% bei völliger Arbeitsunfähigkeit und zu 50% bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit für jeden Tag der völligen körperlichen Unfähigkeit, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen, bis maximal 365 Tage pro Unfall) und *völlige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* (mit Zahlung der gesamten vereinbarten Summe für jeden Tag der völligen körperlichen Unfähigkeit, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen, bis

maximal 365 Tage pro Unfall). Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.5.2 "Wahlweise Zusatzgarantien" Buchstabe E) verwiesen.

Gleichfalls sind die in folgenden Abschnitten enthaltenen Zusatzgarantien vorhanden, da sie immer wirksam sind: *Schutz der Kinder* ("Höhere Bewertung zum Schutz der Zukunft", "Verlust des Schuljahrs", "Bleibende Invalidität nicht versicherter minderjähriger Kinder" und "Bleibende Invalidität versicherter minderjähriger Kinder") und *Komatöser Zustand* ("Pauschalentschädigung für einen komatösen Zustand"). Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.6 "Wahlweise Zusatzgarantien" (immer wirksam) verwiesen.

Ferner ist es möglich, aus folgenden *besonderen Bedingungen* auszuwählen:

- A) *Anwendung der INAIL-Tabelle* (gemäß Anhang 1 des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30/06/1965) zur Festlegung der bleibenden Invalidität anstelle der Tabelle in Art. 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität". Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe A) verwiesen.
- B) *Bleibende Invalidität mit Selbstbehalt in Höhe von 3%*, bei der die Anwendung eines Selbstbehalts in Höhe von 3% auf diese Garantie vorgesehen ist. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe B) verwiesen.
- C) *Bleibende Invalidität ohne Selbstbehalt*, bei der die Anwendung eines Selbstbehalts bei dieser Garantie wegfällt. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe C) verwiesen.
- D) *Bleibende Invalidität mit Selbstbehalt UnipolSai Plus*, mit Minderung der Auswirkung des Selbstbehalts von 5% auf den auszuzahlenden Prozentanteil der Versicherungssumme. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe D) verwiesen.
- E) *Bleibende Invalidität mit gestaffelten*

Selbstbehalten, mit Anwendung (bei einer festgestellten bleibenden Invalidität unter 15%) unterschiedlicher Selbstbehalte für jeden der drei Teile, in die die Versicherungssumme unterteilt wird (Selbstbehalt von 0% auf den ersten Teil, 3% auf den zweiten und 5% auf den dritten Teil). Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe E) verwiesen.

- F) *Höhere Bewertung speziell für anatomische Bereiche*, mit Erhöhung der Prozente der bleibenden Invalidität, die für die Beeinträchtigung bestimmter anatomischer Körperteile anstelle der Bewertungstabelle mit Grundbedingungen in Art. 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle zuerkannt werden. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe F) verwiesen.
- G) *Höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invalidität*, mit höherer Entschädigung, die je nach festgestelltem Invaliditätsgrad variiert. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe G) verwiesen.
- H) *Pauschalentschädigung bei einer Knochenfraktur*, mit Zuerkennung eines Pauschalbetrags bei einer Fraktur, die durch Röntgenaufnahme bestätigt ist. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe H) verwiesen.
- I) *Pauschalentschädigung nach längerer oder mehrmaliger stationärer Behandlung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit*, mit Zuerkennung eines Pauschalbetrags bei einer stationären Behandlung, die länger als 7 aufeinanderfolgende Tage andauert oder bei mehreren stationären Behandlungen mit einer Gesamtdauer von über 30 Tagen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe I) verwiesen.

- L) *Pauschalentschädigung für die Immobilisierung*, mit Zuerkennung eines Pauschalbetrags u. a. bei einer Knochenfraktur, die durch Röntgenaufnahme bestätigt ist und keinerlei Stützmittel bedarf. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe L) verwiesen.
- M) *Bleibende Invalidität infolge eines ästhetischen Schadens*, mit Erweiterung der Garantie für die bleibende Invalidität auf solche Unfälle, die einen dauerhaften ästhetischen Schaden zur Folge haben, der basierend auf den Angaben in der entsprechenden Tabelle in Prozent ermittelt und bewertet wird. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe M) verwiesen.
- N) *Zusätzliche Entschädigung im Todesfall nach einem Verkehrsunfall*, mit Zuerkennung eines Pauschalbetrags zusätzlich zur Versicherungssumme für den tödlichen Unfall des Versicherten als Fahrer oder als beförderter Fahrgast von/in bestimmten Fortbewegungsmitteln bzw. als Fußgänger. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe N) verwiesen.
- O) *Leistungssport*, mit Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Leistungssportarten, vorausgesetzt, diese werden nicht als Profisport ausgeübt. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe O) verwiesen.
- P) *Extremsport*, mit Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Extremsportarten, vorausgesetzt, diese werden nicht als Profisport ausgeübt. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe P) verwiesen.
- Q) *Motorsport und Motorbootsport*, mit Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Motorsport und Motorbootsport, vorausgesetzt, dieser wird nicht als Profisport ausgeübt. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe Q) verwiesen.
- R) *Flugsport*, mit Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Flugsportarten, vorausgesetzt, diese werden nicht als Profisport ausgeübt. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe R) verwiesen.
- S) *Versicherungsschutz für die Familie*, bei dem die Versicherung zugunsten des Versicherungsnehmers, seiner im Haushalt lebenden Familienmitglieder und der Personen geleistet wird, die ausdrücklich im Versicherungsschein angegeben sind. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe S) verwiesen.
- Der Versicherungsschutz für den *Krankheitsfall* sieht bei einer durch Krankheit notwendig gewordenen stationären Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung oder Tagesklinik die Zahlung einer täglichen Entschädigung zugunsten des Versicherten vor. Die Garantie ist je nach der angegebenen Auswahl im Versicherungsschein wirksam: in der Form A) *Entschädigung für die stationäre Behandlung* (mit Auszahlung der vereinbarten Entschädigung - oder der Auszahlung in Höhe von 50% bei einer stationären Behandlung in einer Tagesklinik - für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes bis höchstens 365 Tage pro Krankheit), oder in der Form B) *Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit* (mit Zahlung, zusätzlich zu dem, was im Fall der stationären Behandlung vorgesehen ist, der vereinbarten Entschädigung für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes bis maximal 90 Tage pro Krankheit).
 - Bei der Versicherungsdeckung *Prämien-schutz* ist die Zuerkennung einer Entschädigung in Höhe der letzten Bruttojahresprämie vorgesehen, die im Versicherungsschein oder in der letzten Quittung bei Erneuerung der Police angegeben ist. Diese Versicherungsdeckung ist in fol-

- genden Fällen wirksam:
- a) *Unfall* des Versicherungsnehmers, der kein Arbeitnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis ist, mit einer Heilungsprognose von über 45 Tagen;
 - b) *Verlust der Beschäftigung* des Versicherungsnehmers, der ein Arbeitnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis ist, nach einer "objektiv begründeten" Kündigung.
- Der Versicherungsschutz *Assistenz* stellt dem Versicherten nach einem Unfall Leistungen zur sofortigen Hilfe zur Verfügung, wie z.B. die Entsendung von Ärzten, Krankenpflegepersonal, Physiotherapeuten oder den Rücktransport mit dem Krankenwagen sowie verschiedene andere Leistungen.

Hinsichtlich der Einzelheiten zu allen o. g. Leistungen wird auf die Bestimmungen in Kapitel B "BESTIMMUNGEN FÜR EINZELNE ABSCHNITTE" der Versicherungsbedingungen verwiesen.

Hinweis: Die o. g. Versicherungsdeckungen unterliegen Einschränkungen und Ausschlüssen oder Aussetzungen des Versicherungsschutzes, die zur Reduzierung oder mangelnder Auszahlung der Entschädigung führen können. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Artikel 1.16 "Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags", 2.3 "Ausschlüsse", 3.2 "Ausschlüsse", 4.2 "Ausschlüsse" und 6.2 "Körperliche Beeinträchtigungen und zuvor bestehende Erkrankungen" verwiesen. Ferner unterliegt jede Garantie eigenen Einschränkungen und Ausschlüssen. Bezüglich der Einzelheiten wird auf Kapitel B "BESTIMMUNGEN FÜR EINZELNE ABSCHNITTE" und Kapitel C "BESTIMMUNGEN ÜBER DIE LIQUIDATION VON SCHADENSFÄLLEN" verwiesen.

Wir weisen darauf hin, dass der Versicherungsschutz bei mangelnder Zahlung der Prämie gemäß Artikel 1901 Absatz 1 und 2 des italienischen Zivilgesetzbuchs ausgesetzt wird.

Hinsichtlich der Einzelheiten über die Aussetzung des Versicherungsschutzes während der Vertragslaufzeit wird auf die Artikel 1.3 "Gültigkeitsbeginn der Versicherung", 1.6 "Ratenzahlung der Prämie" und 1.7 "Zahlung der Prämie über das S.D.D.-Lastschriftverfahren" verwiesen.

Hinweis: Bei allen o. g. Versicherungsdeckungen werden maximale Entschädigungsgrenzen sowie ungedeckte Beträge (in Prozentanteilen des entschädigungsfähigen Schadens und mit Mindestbeträgen in Euro angegeben) sowie Selbstbehalte (in Prozentpunkten der Invalidität, in Tagen oder in festgelegten Zahlen angegeben) angewendet, die zur Reduzierung oder mangelnder Auszahlung der Entschädigung führen können. Der Selbstbehalt kann "relativ" oder "absolut" sein. Beim relativen Selbstbehalt wird dieser nicht angewendet, wenn der festgestellte Schaden den vereinbarten Selbstbehalt übersteigt (somit wird die volle Entschädigung ausgezahlt). Beim absoluten Selbstbehalt wird dieser in jedem Fall vom entschädigungsfähigen Schaden abgezogen.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf folgende Artikel verwiesen: 2.4 "Leistungsgrenze im Katastrophenfall", 2.5 "Geleistete Garantien" (siehe insbesondere Art. 2.5.1 "Grundgarantie" Buchstaben B) "Bleibende Invalidität durch Unfall", Art. 2.5.2 "Wahlweise Zusatzgarantien" Buchstabe C) "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen", D) "Entschädigung für einen Unfall" und E) "Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall", 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstaben B) "Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt", D) "Bleibende Invalidität mit Selbstbehalt UnipolSai" und E) "Bleibende Invalidität mit gestaffelten Selbsthalten", 6.8 "Naturkatastrophen". Zudem wird auf die Versicherungspolice verwiesen, die der Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss unterzeichnet.

Beispiel für den absoluten Selbstbehalt in Bezug auf die Garantie für die bleibende Invalidität:

Versicherungssumme in Höhe von 100.000,00 €, festgestellte bleibende Invalidität 10%, aboluter Selbstbehalt 3%, Entschädigung in Höhe von 7.000,00 € (10% - 3% = 7%, die auf 100.000,00 € anzuwenden sind).

Beispiel für den relativen Selbstbehalt in Bezug auf die Garantie für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit:

Versicherungssumme von 40,00 € pro Tag des Krankenhausaufenthalts/der Genesungszeit, insgesamt 5 Tage Krankenhausaufenthalt, relativer Selbstbehalt von 2 Tagen Krankenhausaufenthalt, Entschädigung in Höhe von 200,00 € für den Krankenhausaufenthalt und 200,00 € für die Genesungszeit (5 Tage Krankenhausaufenthalt sind mehr als 2 Tage. Somit wird der Selbstbehalt nicht angewendet).

Beispiel für die gestaffelten Selbstbehalte in Bezug auf die Garantie für die bleibende Invalidität:

Versicherungssumme von 150.000,00 € (unterteilbar in 3 gleiche Teile zu jeweils 50.000,00 €), festgestellter Invaliditätsgrad 10%, Selbstbehalt auf den ersten Teil 0%, auf den zweiten Teil 3% und auf den dritten Teil 5%, Entschädigung in Höhe von 11.000,00 € durch die Summierung von: 1. Staffel 10% (10% bleibende Invalidität - 0% Selbstbehalt) x 50.000,00 € = 5.000,00, 2. Staffel 7% (10% bleibende Invalidität - 3% Selbstbehalt) x 50.000,00 = 3.500,00, 3. Staffel 5% (10% bleibende Invalidität - 5% Selbstbehalt) x 50.000,00 € = 2.500,00 €.

Beispiel für den ungedeckten Betrag mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag in Euro in Bezug auf die Garantie "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen":

Gesundheitsausgaben in einem Zentrum, das kein Vertragspartner der UniSalute ist, in Höhe von 1.000,00 €: ungedeckter Betrag 10% nicht entschädigungsfähiger Mindestbetrag von 50,00 € und nicht entschädigungsfähiger Höchstbetrag von 250,00 €, ausgezahlte Entschädigung 900,00 €; Gesundheitsaus-

gaben in einem Zentrum, das kein Vertragspartner der UniSalute ist, in Höhe von 200,00 €, ungedeckter Betrag 10% nicht entschädigungsfähiger Mindestbetrag von 50,00 € und nicht entschädigungsfähiger Höchstbetrag von 250,00 €, ausgezahlte Entschädigung 150,00 € (es wird der nicht entschädigungsfähige Mindestbetrag von 50,00 € angewendet, weil der ungedeckte Betrag in Höhe von 10% bei 20,00 € liegt).

Beispiel für die Entschädigungsgrenze: Kosten für den Transport in einem Krankenwagen von und zur Gesundheitseinrichtung in Höhe von 2.000,00 €, Versicherungssumme für die Rückerstattung der Kosten 3.500,00 €, Entschädigungsgrenze für den Transport mit einem Krankenwagen in Höhe von 1.750,00 € (50% der o.g. Versicherungssumme), ausgezahlte Entschädigung 1.750,00 €.

Hinweis: Unabhängig von der tatsächlichen Bewertung des Gesundheitszustands sind folgende Personen nicht versicherbar:

- Personen über 80 Jahre für alle im Abschnitt "Unfälle" vorgesehenen Garantien, mit Ausnahme der Garantie für die bleibende Invalidität - Leibrente;
- Personen über 75 Jahre für alle im Abschnitt "Krankheit" vorgesehenen Garantien;
- Personen unter 32 Jahren und über 70 Jahre für die Garantie für die bleibende Invalidität - Leibrente;
- Personen unter 18 Jahren für die Garantien "Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nach einem Unfall";
- Personen unter 18 Jahren und über 70 Jahre für die im Abschnitt "Prämienschutz" vorgesehenen Garantien.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 1.16 "Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags" verwiesen.

4. Vertragliche Karenzfristen

Hinweis: Im Vertrag ist bei den Garantien

Krankheit und Prämienschutz eine Karenzfrist vorgesehen (auch als Wartefrist bezeichnet), d.h. der anfängliche Zeitraum des Vertragsverhältnisses, während dessen ein etwaiger Schaden nicht von der Garantie abgedeckt ist und demzufolge keinerlei Entschädigung gezahlt wird.

Bei der Garantie Krankheit variiert die Karenzfrist je nach Krankheit, die vom Versicherten angezeigt wird (mit einer höheren Frist bei Entbindung, Krankheiten während des Wochenbetts und therapeutischem Schwangerschaftsabbruch).

Bei der Garantie Prämienschutz ist eine Karenzfrist von 90 Tagen für den Verlust der Beschäftigung vorgesehen.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Bestimmungen in folgenden Artikeln verwiesen: 3.3 "Gültigkeitsbeginn der Versicherung und Wartefristen" im Abschnitt Krankheit und 4.1 "Grundgarantie - Versicherungsgegenstand" im Abschnitt Prämienschutz.

5. Erklärungen des Versicherten zu den Umständen des Risikos

Hinweis: Eventuelle falsche oder unvollständige Erklärungen zu den Risikoumständen bei Vertragsabschluss könnten gemäß der Artikel 1892, 1893 und 1894 des italienischen Zivilgesetzbuchs zum Verlust des Rechts auf Entschädigung, zur Reduzierung der Entschädigung sowie zu den anderen darin vorgesehenen Konsequenzen führen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 1.1 "Erklärungen bezüglich der Umstände des Risikos" verwiesen.

6. Erhöhung und Verringerung des Risikos und Änderungen der beruflichen Tätigkeit

Der Versicherte bzw. der Versicherungsnehmer muss dem Versicherungsunternehmen unverzüglich per Einschreiben jede Erhöhung des Risikos schriftlich mitteilen, da eine Nichterfüllung dieser Pflicht gemäß Artikel 1898 des italienischen Zivilgesetzbuchs zum Verlust des Rechts auf Entschädigung oder zur Reduzierung der Entschädigung sowie zur Auflösung der Versicherung führen kann. Des Weiteren kann eine Verringerung des Ri-

sikos mitgeteilt werden: In diesem Fall ist das Versicherungsunternehmen verpflichtet, die Prämienzahlung nach der Mitteilung des Versicherten oder des Versicherungsnehmers ab Fälligkeit der Prämie bzw. der Folgerate im Sinne von Art. 1897 des italienischen Zivilgesetzbuchs zu kürzen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Artikel 1.9 "Erhöhung des Risikos", 1.10 "Verringerung des Risikos" und 6.3 "Ausübung einer anderen Tätigkeit als in der Police angegeben" verwiesen.

Eine Erhöhung oder Verringerung des Risikos ist rein beispielhaft die Änderung der vom Versicherten ausgeübten Tätigkeit in Bezug auf jene, die in der Police angegeben ist, die einen Übergang von Klasse A zu Klasse C oder bei Verringerung des Risiko von Klasse C zu Klasse A der "Tabelle der beruflichen Tätigkeiten" als Anlage zu den Versicherungsbedingungen mit sich bringt (z.B. wenn sich die Tätigkeit von einem "Antiquitätenhändler mit reiner Verkaufstätigkeit" in einen "Antiquitätenhändler mit Restaurierungsarbeiten" oder umgekehrt ändert).

7. Versicherungsprämien

Die Zahlung der Versicherungsprämie erfolgt jährlich. Innerhalb der in der geltenden Gesetzesnorm und in Art. 47 der ISVAP-Verordnung Nr. 5/2006 vorgesehenen Höchstbeträge kann die Prämie mit Bargeld bzw. mit anderen gesetzlich zugelassenen Zahlungsmitteln bezahlt werden, die beim Versicherungsvermittler eingerichtet wurden. Nach vorheriger Vereinbarung mit dem Versicherungsunternehmen kann die jährliche Prämie in monatliche Raten aufgeteilt werden, die automatisch und direkt vom Girokonto abgebucht werden (nach Vorauszahlung einer Summe in Höhe von drei Zwölfteln - zzgl. des eventuellen Monatsanteils - der jährlichen Bruttoprämie bei Vertragsabschluss). Alternativ dazu kann die jährliche Prämie ohne direkte Abbuchung vom Girokonto in halbjährliche Raten aufgeteilt oder in einem einzigen Betrag bei Vertragsabschluss und anschließend bei jeder jährlichen Fälligkeit bezahlt werden.

Die etwaige Ratenzahlung ist in der Versicherungspolice angegeben.

Hinweis: Abhängig von der Vertragsdauer können Prämiennachlässe gewährt werden. Insofern die Police mit mehrjähriger Dauer abgeschlossen ist, wird die Prämie gegenüber jener, die für eine jährliche Dauer vorgesehen ist, unter Anwendung einer Reduzierung berechnet, die im Versicherungsschein angegeben ist (Artikel 1899 Absatz 1 des italienischen Zivilgesetzbuches).

8. Angleichung der Prämie und Versicherungssummen

Insofern im Versicherungsschein nicht der Verzicht auf die automatische Angleichung vereinbart wurde, werden die in absoluten Zahlen angegebenen Versicherungssummen, Entschädigungsgrenzen und Prämien bei jeder jährlichen Erneuerung um 3% erhöht. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 1.8 "Angleichung der Versicherungssummen und der jeweiligen Prämien" verwiesen.

9. Rücktrittsrecht

Hinweis: Der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen können im Schadensfall unter Einhaltung der Fristen und Modalitäten gemäß Art. 1.12 "Rücktritt bei einem Schadensfall" vom Vertrag zurücktreten.

Im Fall einer mehrjährigen Dauer hat der Versicherungsnehmer nur dann das Recht, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechzig Tagen nach den ersten fünf Jahren der Vertragsdauer ohne Belastungen vom Vertrag zurücktreten, wenn die Versicherung eine Geltungsdauer von über fünf Jahren hat (Artikel 1899 Absatz 1 des italienischen Zivilgesetzbuches). Gilt der Vertrag für eine Dauer von fünf Jahren oder weniger, kann der Versicherungsnehmer nicht vorzeitig vom Vertrag zurücktreten, und er muss den vorgesehenen Vertragsablauf abwarten. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 1.4 "Verlängerung der Versicherung, Versicherungszeitraum und Nachlass für mehrjährige Verträge" verwiesen.

10. Verjährung und Verfall der aus dem Vertrag abgeleiteten Rechte

Im Sinne von Art. 2952 des italienischen Zivilgesetzbuchs verjähren die übrigen aus dem

Vertrag abgeleiteten und nicht auf die Zahlung der Prämienraten bezogenen Rechte zwei Jahre ab dem Tag, an dem sich der Vorfall ereignet hat, aus dem sich der Anspruch ergibt.

Der Versicherte muss den Schadensfall bei sonstiger Verwirkung innerhalb von 10 Tagen ab dem Tag, von dem er Kenntnis davon erlangt hat, schriftlich anzeigen. Kommt er dieser Pflicht nicht nach, verliert er gemäß Artikel 1915 des italienischen Zivilgesetzbuches sein Recht auf Entschädigung bzw. der Versicherer hat das Recht, die Entschädigung zu kürzen.

11. Anwendbares Recht in Bezug auf den Vertrag

Im Sinne von Art. 180 des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 209/2005 untersteht der Vertrag italienischem Recht, wenn das Risiko in Italien besteht.

Die Parteien können vereinbaren, dem Vertrag einer anderen Gesetzgebung als der italienischen zu unterwerfen. Unbeschadet davon bleiben in jedem Fall die Anwendung zwingender nationaler Vorschriften und der Vorrang spezifischer Bestimmungen über Pflichtversicherungen des italienischen Rechts.

12. Steuerregelung

Die steuerlichen und steuerähnlichen Pflichten bezüglich der Versicherung gehen zulasten des Versicherungsnehmers.

Der Vertrag sieht diverse Garantien vor, wobei die jeweiligen Prämien der Versicherungssteuer mit den folgenden derzeit geltenden Sätzen unterliegen:

- a) Unfälle: 2,50%;
- b) Krankheit 2,50%;
- c) Prämienschutz
Vermögensverluste: 21,25%;
- d) Assistenz: 10%.

C. INFORMATIONEN ÜBER LIQUIDATIONSVERFAHREN UND REKLAMATIONEN

13. Versicherungsfälle – Liquidation der Entschädigung

Hinweis: In Bezug auf den Versicherungs-

schutz "Unfälle" gilt der Schadensfall am Unfalltag als eingetreten. Beim Versicherungsschutz im Krankheitsfall entspricht das Datum des Schadensfalls dem ersten Tag der stationären Behandlung oder dem ersten Tag der Behandlung in einer Tagesklinik. Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte oder die Anspruchsberechtigten müssen dem Unternehmen oder dem Vermittler, dem der Vertrag anvertraut wurde, den Schadensfall innerhalb von 10 Tagen ab dem Unfall oder ab dem Datum der stationären Behandlung im Krankenhaus/Tagesklinik bzw. ab dem Tag, an dem sie die Möglichkeit dazu haben, schriftlich anzeigen. Bei einem Schadensfall ist der Versicherte verpflichtet, sich den vom Versicherungsunternehmen angeordneten ärztlichen Untersuchungen, Feststellungen und Kontrollen zu unterziehen. Beim Versicherungsschutz "Krankheit" gehen die Kosten für ärztliche Bescheinigungen und alle weiteren medizinischen Unterlagen zulasten des Versicherten.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Bestimmungen in folgenden Artikeln verwiesen: 6.1 "Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall" im Abschnitt Unfälle, 6.13 "Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall" im Abschnitt Krankheit, 6.16 "Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall" im Abschnitt Prämienschutz. Allgemein zum gesamten Liquidationsverfahren wird zudem auf Kapitel C "BESTIMMUNGEN ÜBER DIE LIQUIDATION VON SCHADENSFÄLLEN" der Versicherungsbedingungen verwiesen.

Hinweis: Mit der Verwaltung, Bearbeitung und Auszahlung der Schadensfälle in Bezug auf die Garantien "Assistenz" und "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" wurde die Versicherungsgesellschaft UniSalute S.p.A. mit Sitz in 40138 Bologna, via Larga, 8 beauftragt. Hinsichtlich der Einzelheiten über das gesamte Verfahren wird auf die Bestimmungen in Kapitel B "BESTIMMUNGEN FÜR EINZELNE ABSCHNITTE" verwiesen.

14. Direkte Assistenz – Vereinbarungen

Hinweis: Um die in der Garantie "Rückerstattung der Behandlungskosten durch einen Unfall" vorgesehenen medizinischen Leistungen in Anspruch zu nehmen, kann der Versicherte zwischen folgenden operativen Modalitäten wählen:

- **DIREKTE ASSISTENZ:** Die medizinischen Leistungen werden über ein Netz mit vertraglich gebundenen Gesundheitseinrichtungen erbracht, die dem Versicherten von UniSalute über die Organisationsstruktur zur Verfügung gestellt werden: In diesem Fall wird UniSalute die vertraglich gebundenen Strukturen direkt vergüten.
- **INDIREKTE ASSISTENZ:** Der Versicherte nimmt die medizinischen Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die nicht zum Netz der vertraglich gebundenen Strukturen der UniSalute gehören, oder in Strukturen des staatlichen Gesundheitsdienstes in Anspruch. In diesem Fall wird die Entschädigung in Form einer Rückzahlung an den Versicherten mit den Einschränkungen in den Versicherungsbedingungen erbracht.

Hinsichtlich der Einzelheiten zu allen o. g. Leistungen wird auf die Bestimmungen in Art. 2.5.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Buchstabe C) "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" und Buchstabe C1) "Modalitäten für die Leistungserbringung" sowie auf Art. 6.9 "Entschädigungskriterien der Garantie - Rückerstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" verwiesen.

Das aktualisierte Verzeichnis der vertragsgebundenen Gesundheitsstrukturen steht auf der Internetseite www.unisalute.it zur Verfügung.

15. Reklamationen

Etwaige Reklamationen in Bezug (i) auf die Verwaltung des Vertragsverhältnisses, insbesondere jene, die die Haftungszuweisung, die Effektivität der Leistung, die Feststellung der Höhe und die Auszahlung der Summen, die den Anspruchsberechtigten zustehen,

oder (ii) eine Versicherungsleistung oder (iii) das Verhalten des Versicherungsmaklers (einschließlich seiner Beschäftigten und Mitarbeiter) betreffen, müssen schriftlich an folgende Anschrift gerichtet werden:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti (Reklamationsstelle und Kundendienst)

Via della Unione Europea Nr. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)

Fax: 02.51815353 E-Mail: reclami@unipolsai.it

Außerdem kann der dafür vorgesehene Vordruck für die Einreichung von Reklamationen verwendet werden, der auf der Internetseite www.unipolsai.it zur Verfügung steht.

Reklamationen über das Verhalten des Versicherungsmaklers, einschließlich seiner Beschäftigten und Mitarbeiter, können auch schriftlich bei der zuständigen Versicherungsagentur eingereicht werden.

Um die eingegangene Reklamation bearbeiten zu können, müssen unbedingt der Vor- und Zuname sowie die Steuernummer (oder die Ust-IDNr.) des Versicherungsnehmers der Police angegeben werden.

Reklamationen über das Verhalten von Versicherungsvermittlern, die in die Sektion B (Broker) und D (Banken, Finanzvermittler gemäß Art. 107 des italienischen Bankgesetzes, SIM und die italienische Post „Poste Italiane“ - Abteilung für Bankdienste der Post) des einheitlichen Registers für Intermediäre eingetragen sind, müssen schriftlich direkt am Sitz des Versicherungsvermittlers eingereicht werden. Diese werden vom selbigen Versicherungsvermittler bearbeitet, der dem Beschwerdeführer innerhalb einer Höchstfrist von 45 Tagen eine Antwort erteilt.

Sollte der Beschwerdeführer nicht mit dem Ergebnis der Reklamation einverstanden seine oder bleibt die Antwort innerhalb einer Höchstfrist von 45 Tagen aus, kann er sich an die Aufsichtsbehörde IVASS wenden: IVASS, Servizio Tutela del Consumatore (Verbraucherschutzstelle), Via del Quirinale 21, 00187 Rom, Telefon 06.42.133.1. Betrifft die Beschwerde das Verhalten des Versicherungs-

maklers (einschließlich seiner Beschäftigten und Mitarbeiter), beträgt die Höchstfrist zur Erteilung einer Antwort 60 Tage.

Die bei der IVASS schriftlich eingereichten Beschwerden, auch durch Verwendung des eigens dafür vorgesehenen Formulars, das auf der Internetseite der IVASS und der Versicherungsgesellschaft heruntergeladen werden kann, müssen folgende Angaben/Dokumente enthalten:

- a) Vorname, Familienname und Wohnsitz des Beschwerdeführers, gegebenenfalls mit Telefonnummer;
- b) Angabe des Gegenstands der Beschwerde oder der Personen, über deren Tätigkeiten sich beschwert wird;
- c) kurze und ausführliche Beschreibung des Beschwerdegrundes;
- d) die Kopie der beim Unternehmen vorgelegten Reklamation und der gegebenenfalls vom Unternehmen erteilten Antwort;
- e) alle zweckmäßigen Dokumente zur ausführlichen Beschreibung der diesbezüglichen Umstände.

Es wird darauf hingewiesen, dass Reklamationen zur Feststellung der Einhaltung der geltenden Richtlinie für das Versicherungswesen direkt bei der Aufsichtsbehörde IVASS eingereicht werden müssen.

Zur Lösung grenzüberschreitender Streitfälle, in die der Beschwerdeführer mit Wohnsitz in Italien verwickelt ist, kann bei der Aufsichtsbehörde IVASS oder direkt beim zuständigen ausländischen System/Organ Beschwerde eingelegt werden kann (das zuständige System/Organ lässt sich über die Internetseite http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm ermitteln), wobei der Beschwerdeführer die Aktivierung der FIN-NET-Prozedur beantragen muss (ein Kooperationsnetzwerk zwischen nationalen Organismen).

Es wird darauf hingewiesen, dass im Falle der ausbleibenden oder teilweisen Annahme der Beschwerde der Beschwerdeführer zusätzlich zur Möglichkeit der Einleitung

eines Verfahrens bei der Justizbehörde folgende alternative Systeme zur Beilegung der Streitigkeiten beantragen kann:

- Schlichtungsverfahren vor einem Schlichtungsorgan gemäß dem gesetzesvertretenden Dekret D.Lgs. Nr. 28 vom 4. März 2010 (in geltender Fassung). Bei bestimmten Angelegenheiten, einschließlich jener im Zusammenhang mit Streitigkeiten über Versicherungsverträge und die Wiedergutmachung von Schäden, für die Ärzte oder Gesundheitseinrichtungen haften müssen, ist die Inanspruchnahme des Schlichtungsverfahrens eine Voraussetzung für die Einleitung einer gerichtlichen Klage. Dieses Verfahren kann mithilfe eines Rechtsbeistands des Vertrauens bei einem Schlichtungsorgan mit den angegebenen Modalitäten in der genannten Gesetzesverordnung beantragt werden.
- Verhandlung mit Rechtsbeistand gemäß dem Gesetzesdekret Nr. 132 vom 12. September 2014 (umgewandelt in das Gesetz Nr. 162 vom 10. November 2014). Um diesen Verfahren in Anspruch zu nehmen, müssen die Parteien über einen Rechtsbeistand ihres Vertrauens nach den an-

gegebenen Modalitäten im genannten Gesetzesdekret eine Vereinbarung über die Verhandlung mit Rechtsbeistand schließen.

- Verfahren vor dem Schiedsgericht gemäß dem vorangegangenen Punkt, das in den Versicherungsbedingungen in Art. 6.19 "Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung" vorgesehen ist.

16. Schiedsgericht

Zur Lösung von Streitigkeiten medizinischer Natur über die Entschädigungsfähigkeit des Schadens und über die Ursache, die Art und die Folgen des Unfalls können die Parteien die Entscheidung einem Schiedsgericht übertragen, wobei dies nach dem in Art. 6.19 "Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung" festgelegten Verfahren erfolgt.

Das ärztliche Kollegium hat seinen Sitz in der Gemeinde mit rechtsmedizinischer Stelle, die am nächsten zum Wohnort des Versicherten liegt, selbst wenn der Versicherte nicht der Versicherungsnehmer ist.

Hinweis: Unbeschadet davon bleibt die Möglichkeit, in den gesetzlich vorgesehenen Fällen auf Schlichtungsverfahren zurückzugreifen oder den Rechtsweg einzuschlagen.

Die folgenden Begriffe ergänzen in jeder Hinsicht den Vertrag, und die Parteien weisen ihnen die im Folgenden näher beschriebene Bedeutung zu:

Alkoholeinfluss: der Zustand der Veränderung durch das Vorliegen eines Alkoholspiegels im Blut von über 0,8 g/l.

An die UniSalute vertraglich gebundene Gesundheitseinrichtung/Struktur: klinische Einrichtung und Krankenhäuser, Ärztehäuser, fachärztliche Zentren und deren Ärzte und Chirurgen, mit denen UniSalute eine Vereinbarung zur direkten Zahlung der Leistungen abgeschlossen hat.

Angeborene Krankheiten: Krankheiten, die bereits von Geburt an bestehen und ihren Ursprung im Mutterleib haben.

Arbeitnehmer: eine natürliche Person, die sich kraft eines Vertrags gegen eine Vergütung (Lohn) dazu verpflichtet, intellektuelle oder manuelle Arbeit in einem Beschäftigungsverhältnis und unter der Kontrolle eines „Arbeitgebers“ zu leisten. Der Arbeitgeber erteilt dem Arbeitnehmer Anweisungen und verpflichtet sich, die notwendigen Materialien und Mittel zur Ausübung seiner Arbeit zur Verfügung zu stellen.

Arbeitsluftfahrt: Für folgende Zwecke durchgeführte Flüge: Ambulanzflüge mit Flugzeugen mit starren Flügeln - Trainingsflüge - Flüge mit Pilot beim Umstieg auf eine andere Flugzeugklasse - Absprung von Fallschirmspringern - Schleppen von Segelflugzeugen - Schleppen von Bannern - Luftaufnahmen - Beobachtungen ohne feststehende Anlagen - Abwurf von Manifesten - Funkmessungen - Kalibrierung von Bodengeräten für die Luftfahrt - Präsentation, Darbietung, Demonstration, Abnahmeprüfung - Testflüge - Überwachung von Stromleitungen - Erste Hilfe und Rettung auch mit Verwendung einer Seilwinde - Rettungshubschrauber - Kunstflugwettbewerbe - Rekordversuche - Transport von

Gegenständen mit Lasthaken - Verlegung von Materialien - Offshore - Fischfanghilfe - Trägerlandung - Löschen von Bränden.

Assistenz: Die gemäß Art. 2 Absatz 3 des gesetzesvertretenden Dekret Nr. 209 vom 7. September 2005 unter Zweig 18 fallende Versicherung, bei der die Bereitstellung einer Soforthilfe für den Versicherten nach dem Eintreten eines zufälligen Ereignisses im Rahmen der Vertragsvereinbarungen vorgesehen ist.

Begünstigter: die benannte Person, die beim Ableben des Versicherten die Entschädigung erhält.

Bleibende Invalidität: endgültiger und unwiederbringlicher Verlust bzw. Einschränkung der körperlichen Fähigkeit des Versicherten, jegliche gewinnbringende Arbeit unabhängig vom ausgeübten Beruf auszuführen.

Chirurgischer Eingriff: medizinisches Verfahren zu direkten therapeutischen Zwecken, bei dem der Zugang über einen Gewebeschnitt oder durch Verwendung einer mechanischen bzw. Wärme- oder Laserquelle erfolgt, sowie manuelle Verfahren zur Richtung von Knochenbrüchen oder Luxationen. Als chirurgische Eingriffe gelten ebenfalls invasive diagnostische Verfahren, bei denen Gewebe für histologische Untersuchungen operativ entnommen wird, und solche, bei denen ein Einschnitt im Gewebe vorgenommen wird, um geeignete Instrumente in den Körper einzuführen.

Day Hospital: Aufenthalt in einer Tagesklinik, um medizinische Leistungen in Bezug auf chirurgische und medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen oder diagnostische Untersuchungen durchführen zu lassen, die in der Krankenakte mit Entlassungsschein der Klinik dokumentiert sind und aufgrund ihrer Art bei einem Aufenthalt in einer Tagesklinik ohne Übernachtung durchgeführt werden müssen (unter Ausschluss von Check-up-Untersuchungen in Bezug auf die Präventions-

medizin).

Entschädigung: die Summe, die dem Versicherten bei einem Unfall vom Unternehmen ausbezahlt wird.

Erdbeben: heftige und plötzliche Bewegung der Erdkruste, die endogene Ursachen hat.

Die registrierten Nachbeben in den darauffolgenden 72 Stunden nach jedem Erdbeben, das zum entschädigungsfähigen Versicherungsfall geführt hat, werden auf dasselbe Ereignis zurückgeführt, weshalb die betreffenden Schäden als „einziger Versicherungsfall“ anzusehen sind.

Extrem sportarten: Dazu zählen: Bergsteigen mit Felsenklettern oder Betreten von Gletschern über den 3. Grad der Schwierigkeitsskala hinaus bzw. mit einem gleichwertigen Schwierigkeitsgrad, Kampfsportarten mit körperlichem Kontakt, Bob, Kanusport über den 3. Grad der Wildwasserschwierigkeitsskala hinaus, Tubing (Schlauchreiten), Bergabfahrten (Downhill) mit beliebigen Schwierigkeitsgrad und in all seinen Formen, American Football, Freeclimbing, Rennschlitten (Bob), Helisnow, Tauchen mit dem Atemgerät (ausgenommen des Tauchens mit einem Tauchlehrer ausschließlich bei der Teilnahme an einem Tauchkurs, um den Tauchschein Level 1 zu erhalten, der auch Themen über Embolien und die Folgen des Wasserdrucks beinhaltet), Jetski, Kitesurfen, Ringkampf in seinen unterschiedlichen Formen, Boxen, Rafting, Rugby, Hockey, Bungeejumping, Springen von der Sprungschanze oder vom Sprungbrett mit Ski oder Wasserski, Ski-Alpinismus, Ski- oder Snowboard-Akrobatik, Extremski und Extrem-Snowboarding (außerhalb von Pisten in entfernt gelegenen Bereichen, die sich nicht in unmittelbarer Nähe der präparierten Pisten mit Skilifanlagen befinden), Rodelschlitten (Skeleton), Snowrafting, Gewichtheben, Höhlenforschung.

Flugsport: Als Flugsport sind solche Flugsportarten anzusehen, die auch als Pilot mit folgenden Flugzeugen ausgeübt werden: Flugzeuge mit einem Gewicht nicht über einer maximalen Startmasse von 2700 kg, sowohl mit starren Flügeln wie mit Rotorflügeln,

Segelflieger, Motorsegelflugzeuge, Heißluftballons, Luftschiffe, Ultraleichtflugzeuge, Drachenflieger, Paramotoren, Gleitschirme, Flugapparate und/oder -geräte für den Freizeit- oder Sportflug, Fallschirmspringen.

Flugzeuge: Hierzu gehören (einmotorige und mehrmotorige) Flugzeuge mit starren Flügeln oder mit Rotorflügeln, Segelflieger, Motorsegelflugzeuge, Heißluftballons und Luftschiffe.

Genesungszeit : die notwendige Zeit nach einem stationären Aufenthalt zur Wiederherstellung der Gesundheit, die durch einen/ eine gemäß Vertrag entschädigungsfähigen Unfall/Krankheit beeinträchtigt ist.

Im Haushalt lebende Familienmitglieder: die Personen, die zum Datum des Schadensfalls aus der Familienstandsbescheinigung des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten hervorgehen.

Immobilisierung: Zustand der vorübergehenden teilweisen oder vollständigen körperlichen Unfähigkeit infolge von Knochenbrüchen oder Verletzungen von Kapseln und Bändern, die nach ärztlicher Verordnung eine nicht selbst abnehmbare, steife und äußerlich angebrachte Stützprothese erfordern. Dazu gehören: Schalen, Schienen, Gipsverbände oder andere orthopädische Stützmittel zur Ruhigstellung, die ausschließlich in klinischen Einrichtungen von Ärzten oder medizinischem Fachpersonal angebracht und wieder entfernt werden. Dazu gehören auch abnehmbare Stützmittel und alle gebrauchsfertigen Orthesen, insofern sie starr und außen angebracht sind (ausgenommen weiche Halskrausen und orthopädische Stützkorsette), vor- ausgesetzt, sie sind von Ärzten der klinischen Einrichtung verordnet worden und auf den in der ärztlichen Bescheinigung angegebenen Anwendungszeitraum begrenzt, in dem das Stützmittel zur Ruhigstellung dient.

Informationsbroschüre: die gesamten Informationsunterlagen, die dem potentiellen Kunden ausgehändigt werden müssen, bestehend aus: Informationsschreiben einschließlich Glossar, Versicherungsbedingungen und Informationsblatt zum Datenschutz.

Irreversibler komatöser Zustand: komatöser

Zustand, der seit 180 aufeinanderfolgenden Tagen ununterbrochen andauert.

IVASS: Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen. Diese Bezeichnung wurde von der ISVAP am 1. Januar 2013 übernommen.

Jahr: Zeitraum von 365 Tagen bzw. 366 Tagen in einem Schaltjahr.

Klinische Einrichtung/Gesundheitseinrichtung: Krankenhäuser, Kliniken oder Universitätskliniken, Pflegeheime, die gemäß den gesetzlichen Anforderungen von den zuständigen Behörden für die Erbringung von Krankenhausleistungen und zur Behandlung Kranker, auch in Form einer Tagesklinik, zugelassen sind. Ausgenommen sind Thermalbäder, Kur- und Genesungseinrichtungen sowie Kliniken zur Behandlung von Patienten aus rein ästhetischen oder diätetischen Gründen.

Komatöser Zustand: Zustand tiefer Bewusstlosigkeit, auch medikamentös herbeigeführt, bei dem das Wahrnehmungsvermögen sowie die Fähigkeit zur aktiven Bewegung nicht vorhanden sind, der mit gestörten vegetativen Funktionen einhergeht und dessen Ursache direkt auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Der Zustand der Bewusstlosigkeit geht mit keinerlei Reaktion auf äußere Reize und körpereigene Bedürfnisse einher. Zudem kann der komatöse Patient nicht einmal mit entsprechenden Reizen geweckt werden, und es sind außerdem dauerhafte und kontinuierliche Geräte notwendig, um den Patienten künstlich am Leben zu erhalten.

Körperlicher Mangel/Missbildung: Abweichung des morphologischen Aufbaus des Körpers oder seiner Organe wegen angeborenen oder traumatisch erworbenen Krankheitszuständen.

Kraftanstrengung: Einsatz von längerer konzentrierter Muskelenergie durch den Versicherten – auch freiwillig – deren Intensität seine normalen Lebens- und Arbeitsgewohnheiten übersteigt.

Krankheit: Die nicht durch einen Unfall hervorgerufene, klinisch diagnostizierbare krankhafte Veränderung des Gesundheitszustandes, die keine Missbildung oder einen körperlichen Mangel darstellt.

Leistungssport: Dazu gehören Sportarten, die von Mitgliedern von Sportverbänden oder Sportvereinen ausgeübt werden, welche vom Dachverband CONI anerkannt sind und in jedem Fall der regelmäßigen Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen mit Leistungs-sportcharakter dienen, wobei als solche provinzielle, regionale, nationale und/oder internationale Meisterschaften zu verstehen sind.

Medizinische Unterlagen: Krankenakte und/oder ärztliche Bescheinigung, bestehend aus Befunden, Gutachten und Verordnungen von Ärzten, Röntgenaufnahmen, instrumentellen und diagnostischen Untersuchungen sowie der Kostenbelege als Nachweis der Ausgaben (einschließlich Kostenrechnungen und Quittungen für Arzneimittel).

Motorsport und Motorbootsport: Darunter fallen folgende Sportarten:

- Sportarten, die mit Kraftfahrzeugen oder Motorfahrzeugen auf Pisten, Rennstrecken oder jedenfalls während Wettrennen und/oder Trainingsläufen ausgeübt werden. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind in jedem Fall Sprintrennen, Grasbahnrennen sowie Rennen, die mit Einsitzern, Prototypen, Dragstern und Stockcars gefahren werden, auch wenn im Vertrag die Erweiterung auf Motorsport und Motorbootsport (Sonderbedingung Q) wirksam ist.
- jegliche Sportarten, die mit Wasserskootern, Wassermotorräder, Renn- oder Motorbooten in Übereinstimmung mit den Regeln ausgeübt werden, die vom Weltverband des motorisierten Wassersports (UIM) oder von der stattlichen Behörde festgelegt wurden. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind in jedem Fall Offshore-Rennen, auch wenn im Vertrag die Erweiterung auf Motorsport und Motorbootsport (Sonderbedingung Q) wirksam ist.

Organisationsstruktur: Struktur der Unisalute, bestehend aus Mitarbeitern, Ärzten, medizinischem Fachpersonal und Technikern, die das ganze Jahr über rund um die Uhr tätig ist und die in der Garantie „Assistenz“ vorgese-

henen Leistungen erbringt, wobei die Kosten zulasten des Versicherungsunternehmens gehen.

Police/Versicherungsvertrag: alle Dokumente, aus denen sich die Versicherung zusammensetzt.

Prämie: die vom Versicherungsnehmer an die Versicherungsgesellschaft entrichtete Summe für die Versicherung.

Profisport: kontinuierlich im Rahmen der Disziplinen ausgeübte Sportarten, die vom italienischen Dachverband (CONI) geregelt sind, für die eine Vergütung in Geldform und/oder ein Zuschuss in jeglicher Form aufgrund einer vertraglichen Verpflichtung vorgesehen ist, die von den Parteien unterzeichnet wurde, und die die Haupteinnahmequelle des Versicherten darstellt.

Risikoklasse: die Gesamtheit der Tätigkeiten, die aus Versicherungsgründen denselben Gefährdungsgrad in Bezug auf das Risiko aufweisen.

Risiko: Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Schadens.

Rücktritt: einseitige Auflösung der vertraglichen Bindung, die gesetzlich und vertraglich vorgesehen ist.

Schadensfall/Versicherungsfall: Eintritt des Schadensereignisses, für das die Versicherung geleistet wird.

Selbstbehalt/Selbstbeteiligung: der Teil des Schadens, den die Entschädigung nicht abdeckt und für die bleibende Invalidität in Prozentpunkten, für die Entschädigungen in Tagen oder für die Kostenrückerstattung in feststehenden Zahlen ausgedrückt ist.

Stationäre Behandlung: durch eine Krankenakte dokumentierter Aufenthalt, der die Übernachtung in einer klinischen Einrichtung mit sich bringt. Die häusliche Pflege wird in jeder Hinsicht mit einer stationären Behandlung in einer klinischen Einrichtung gleichgestellt.

Terrorakte: Jede absichtliche erfolgte oder auch nur angedrohte Handlung einer oder mehrerer Personen aus organisierten Gruppen, um eine Regierung, die ganze Bevölkerung oder Teile davon in Angst zu versetzen,

zu beeinflussen oder zu destabilisieren.

Unfall: vom Willen unabhängiges Ereignis infolge einer gewaltsamen und äußeren Ursache, das objektiv feststellbare Verletzungen, den Tod, eine bleibende Invalidität und/oder eine der vertraglich garantierten Leistungen zur Folge hat.

Ungedeckter Betrag: der Betrag, den der Versicherte zu tragen hat, prozentual zur Höhe des entschädigungspflichtigen Schadens ausgedrückt, der dem Versicherten ohne diesen ungedeckten Betrag zustehen würde.

UniSalute: die Versicherungsgesellschaft UniSalute S.p.A mit Sitz in 40138 Bologna - Via Larga, 8, die mit der Verwaltung, Bearbeitung und Auszahlung der Schadensfälle "Rückerstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" und "Assistenz" beauftragt ist.

Unternehmen: das Versicherungsunternehmen NipolSai Assicurazioni S.p.A.

Versicherter: die Person, deren Interessen durch die Versicherung geschützt werden.

Versicherung: der Versicherungsvertrag.

Versicherungsform: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes für Unfälle, der im Versicherungsschein angegeben ist.

Versicherungsnehmer: die Person, die die Versicherung abschließt.

Versicherungsschein: Dokument, das die Versicherung nachweist.

Versicherungssumme: die im Versicherungsschein angegebene Summe, die für jede Garantie zur Berechnung der Entschädigung verwendet wird.

Versicherungszeitraum - Versicherungsjahr: Bei einer Vertragsdauer von 365 Tagen ist dies der Zeitraum, der ab 24.00 Uhr des Tages beginnt, an dem die Versicherungspolice wirksam wird, und mit Vertragsauslauf endet. Bei einer Vertragsdauer von über 365 Tagen beginnt der erste Zeitraum ab 24.00 Uhr des Tages, an dem der Vertrag wirksam wird, und endet um 24.00 Uhr der ersten jährlichen Fälligkeit. Die anschließenden Versicherungszeiträume haben ab dem Ablauf des vorherigen Zeitraums eine Dauer von 365 Tagen (bzw. von 366 Tagen in Schaltjahren).

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit: die zeitweilige, völlige oder teilweise Unfähigkeit des Versicherten, seiner im Vertrag angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.

Wartezeiten: der Zeitraum zwischen der Wirksamkeit des Vertrags und der Wirksamkeit der versicherten Garantie.

Wettkämpfe mit Spezialregeln: Wettbewerbe mit Motorfahrzeugen oder Wasserfahrzeugen mit Motor, bei denen nicht die Geschwindigkeit, mit der die verschiedenen Sektoren, in die die Strecke unterteilt ist (Kontrolle der Uhrzeiten), und bestimmte Teilabschnitte der Strecken (Klassifizierungsrennen) zurückgelegt werden, sondern die Einhaltung vorgegebener Zeiten der ausschlaggebende Faktor für die Klassifizierung ist.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ist für die Korrektheit und Vollständigkeit der in diesem Informationsschreiben enthaltenen Daten und Angaben verantwortlich.

Ausgabe 01.12.2016

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Generaldirektor
Matteo Laterza



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Rechtssitz: Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italien) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - Tel. +39 051 5077111 - Fax +39 051 375349, vollständig eingezahltes Stammkapital 2.031.454.951,73 Euro - Handelsregister Bologna, Steuernummer und Ust-IdNr. 00818570012 - Nummer der Eintragung in das Verzeichnis der Wirtschafts- und Verwaltungsdaten 511469 - Gesellschaft, die der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit durch die Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. unterliegt, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Sektion I unter der Nr. 1.00006, und zur Versicherungsgruppe Gruppo Assicurativo Unipol gehört, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungsgruppen unter der Nummer 045
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Unipol
GRUPPO

2

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

1. WER UND WAS KANN VERSICHERT WERDEN?

Die einzelne Person, sowohl **angestellte Arbeitnehmer**, **Selbstständige** (Handwerker, Freiberufler) oder **Nichterwerbstätige**, und **Kleinunternehmen**, die ihre Beschäftigten gegen **Unfälle während der Arbeit und/oder in der Freizeit versichern wollen**.

Für die Einzelperson besteht die Möglichkeit, den Versicherungsschutz auch auf die **Familie** zu erweitern, der Versicherungssummen für die im Haushalt lebenden Familienmitglieder zusätzlich zum einzelnen Versicherten vorz sieht.

Der Versicherungsvertrag bietet auch die Möglichkeit, den Versicherungsbedarf im Fall einer **Krankheit** abzudecken und eine Soforthilfe beim **Verlust der Beschäftigung** oder bei einem **Unfall** mit einer erheblichen Heilungsprognose sicherzustellen.

Letztendlich besteht die Möglichkeit, in den Versicherungsschutz eine Reihe an **Assistenzleistungen** aufzunehmen, die dem Versicherten im Bedarfsfall sowohl in Italien wie auch im Ausland helfen.

2. VORGESEHENE GARANTIE

Die vorgesehenen **Garantien** für die Versicherten und die **jeweiligen Entschädigungen** sind folgende:

ABSCHNITT UNFÄLLE

- **Todesfall:** Auszahlung der Versicherungssumme an die Begünstigten oder an die Erben;
- **Bleibende Invalidität:** Zahlung einer Entschädigung, die je nach festgestelltem Invaliditätsgrad und nach den geltenden Bewertung- und Entschädigungskriterien in der Police auf die Versicherungssumme berechnet wird.
- **Erstattung der Unfallkosten für medizini-**

sche Behandlungen: Rückerstattung der in der Police angegebenen Behandlungskosten, die infolge eines Unfalls angefallen sind.

Bei dieser Garantie ist auch die Erbringung von Leistungen in Vertragsstrukturen der UniSalute mit direkter Zahlung, ohne Anwendung etwaiger ungedeckter Beträge und mit Erhöhung der Versicherungssumme vorgesehen.

- **Entschädigung für einen Unfall**

- **Entschädigung für die stationäre Behandlung:** Bei einem stationären Aufenthalt in einer klinischen Einrichtung (auch in einer Tagesklinik) wird die in der Police vorgesehene Entschädigung für jeden Tag des stationären Aufenthalts ausgezahlt.

- **Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit:** Zusätzlich zur o.g. Entschädigung wird die in der Police vorgesehene Entschädigung auch für die Genesungszeit ausgezahlt mit einem Betrag, in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jener, der für die stationäre Behandlung vorgesehen ist, vorausgesetzt, der stationäre Aufenthalt dauert mindestens zwei aufeinanderfolgende Tage an.

- **Entschädigung für Immobilisierung:** Bei einem Unfall, der eine Immobilisierung zur Folge hat, wird die in der Police vorgesehene Entschädigung für jeden Tag der Immobilisierung ausgezahlt.

- **Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall:** Zahlung der in der Police vorgesehene Entschädigung für jeden Tag, an dem der Versicherte nicht in der Lage war, seiner Berufstätigkeit nachzugehen.

Es besteht die Möglichkeit, die Unfallversicherung individuell anzupassen, indem wählbare

Bedingungen gegen Zahlung in den Versicherungsvertrag aufgenommen werden, die zum Beispiel die Selbstbehalte ändern oder den Versicherungsschutz erweitern können.

ABSCHNITT KRANKHEIT

- **Entschädigung für die stationäre Behandlung:** Bei einer stationären Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung (auch in einer Tagesklinik), die durch eine Krankheit, die Entbindung oder den therapeutischen Schwangerschaftsabbruch notwendig geworden ist, wird die in der Police vorgesehene Entschädigung für jeden Tag der stationären Behandlung ausgezahlt.
- **Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit:** Zusätzlich zur o.g. Entschädigung wird die in der Police vorgesehene Entschädigung auch für die Genesungszeit ausgezahlt mit einem Betrag, in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jener, der für die stationäre Behandlung vorgesehen ist, vorausgesetzt, der stationäre Aufenthalt dauert mindestens zwei aufeinanderfolgende Tage an.

ABSCHNITT PRÄMIENSCHUTZ

Zahlung einer Entschädigung in Höhe der letzten Jahresbruttoprämie in der Police in folgenden Fällen:

- **Unfall**, der zu einer bescheinigten Heilungsprognose von mindestens 45 Tagen führt (die Garantie gilt für den Versicherungsnehmer, der zum Schadenszeitpunkt kein Arbeitnehmer ist)
- **Verlust der Beschäftigung** (die Garantie gilt für den Versicherungsnehmer, der zum Schadenszeitpunkt als Arbeitnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis steht).

ABSCHNITT ASSISTENZ

Assistenzleistungen sowohl **in Italien** wie auch **im Ausland**, unter anderem:

- Entsendung eines Arztes
- Entsendung einer Krankenschwester/ei-

nes Krankenpflegers oder eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz

- Entsendung eines Babysitters oder einer Pflegekraft
- Krankentransport in ein ärztliches Fachzentrum.

3. WAS KANN NICHT VERSICHERT WERDEN?

Bestimmte Ereignisse können nicht mit dieser Police versichert werden. Beispielsweise sind das Unfälle durch:

- die Ausübung von Profisport
- das Fahren/Führen eines beliebigen Kraftfahrzeugs oder Wasserfahrzeugs ohne die vorgeschriebene Befähigung (Führerschein usw.)
- die Verwendung und das Führen von Unterwasserfahrzeugen
- chirurgische Eingriffe und medizinische Behandlungen, die nicht durch einen Unfall notwendig geworden sind;
- Missbrauch von Psychopharmaka, Einnahme von Drogen
- Alkoholrausch des Versicherten beim Führen von Fahrzeugen;
- Vergehen, die der Versicherte mit Vorsatz begangen oder versucht hat, ein solches zu begehen.

4. WAS IST IM SCHADENSFALL ZU TUN?

Wenn ein Schadensfall eintritt, muss dieser innerhalb von 10 Tagen ab dem Zeitpunkt, an dem der Versicherte/Versicherungsnehmer Kenntnis davon erhalten hat, gemeldet werden.

Bei jeder Anforderung der Leistungen im Abschnitt Assistenz ist die Organisationsstruktur der UniSalute zu kontaktieren.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die einzelnen Abschnitte und auf die Angaben im Informationsschreiben verwiesen.

1. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE VERSICHERUNG ALLGEMEIN

Es gelten die nachfolgenden Versicherungsbedingungen, insofern sie nicht ausdrücklich aufgehoben werden.

Art. 1.1 - Erklärungen bezüglich der Umstände des Risikos

Unzutreffende Erklärungen oder das Verschweigen von Umständen durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten, die die Risikobewertung beeinflussen, können gemäß der Artikel 1892, 1893 und 1894 des italienischen Zivilgesetzbuches zum völligen oder teilweisen Verlust des Rechts auf Entschädigung sowie zur Auflösung der Versicherung führen.

Art. 1.2 – Änderungen der Versicherung

Etwaige Änderungen der Versicherung müssen in schriftlicher Form genehmigt werden.

Art. 1.3 – Gültigkeitsbeginn der Versicherung

Die Versicherung tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, der im Versicherungsschein angegeben ist, wenn die Prämie oder die erste Prämienrate gezahlt wurden. Andernfalls tritt die Versicherung um 24.00 Uhr am Tag der Zahlung in Kraft.

Wenn der Versicherungsnehmer die Prämie oder die Raten der Folgeprämien nicht zahlt, wird die Versicherung ab 24.00 Uhr des fünfzehnten auf die Fälligkeit folgenden Tages ausgesetzt und tritt um 24.00 Uhr des Tages wieder in Kraft, an dem die Prämie gezahlt wird. Die späteren Fälligkeiten und das Recht des Versicherungsunternehmens auf Zahlung der fällig gewordenen Prämien bleiben gemäß Art. 1901 des italienischen Zivilgesetzbuchs davon unberührt.

Art. 1.4 - Verlängerung des Vertrags, Versicherungszeitraum und Nachlass für mehrjährige Verträge

Wird der Vertrag mit stillschweigender Verlängerung abgeschlossen, wird er mangels Kündigung einer der Parteien mindestens 30 Tage vor Versicherungsablauf durch Einschreibebrief oder per Fax jeweils für ein Jahr verlängert.

Der Versicherungszeitraum wird auf die Dauer von einem Jahr festgelegt, es sei denn, die Versicherung wurde mit einer kürzeren Laufzeit abgeschlossen. In diesem Fall stimmt der Versicherungszeitraum mit der Vertragsdauer überein.

Wird die Versicherung mit mehrjähriger Dauer abgeschlossen (d.h. für mindestens 2 Jahre), wird die Prämie für jedes Versicherungsjahr unter Anwendung einer prozentualen Tarifiereduzierung berechnet, die im Versicherungsschein angegeben ist. Die im Versicherungsschein angegebene Prämie enthält bereits die genannte Reduzierung. Unterliegt die Versicherung der automatischen Angleichung, variiert demzufolge auch die Reduzierung des Betrags.

Hat der Vertrag eine Dauer von über fünf Jahren, kann der Versicherungsnehmer im Sinne von Artikel 1899 Absatz 1 des italienischen Zivilgesetzbuches sein Recht auf Rücktritt vom Vertrag erst nach den ersten fünf Jahren der Geltungsdauer ausüben. Gilt der Vertrag für eine Dauer von fünf Jahren oder weniger, kann der Versicherungsnehmer nicht vorzeitig vom Vertrag zurücktreten, und er muss den vorgesehenen Vertragsablauf abwarten.

Art. 1.5 - Zahlung der Prämie

Die Prämien sind an das Versicherungsunternehmen oder an den Versicherungsagenten zu zahlen, dem der Vertrag übertragen wurde.

Die steuerlichen Pflichten bezüglich der Versicherung gehen zulasten des Versicherungsnehmers.

Art. 1.6 – Ratenzahlung der Prämie

Es wird vorausgeschickt, dass die Jahresprämie nicht teilbar ist, das Versicherungsunternehmen kann jedoch die Ratenzahlung gewähren. Werden die Prämienraten nicht gezahlt, ist das Versicherungsunternehmen nach Ablauf von fünfzehn Tagen ab der jeweiligen Fälligkeit von allen sich daraus ableitenden Verpflichtungen entbunden, wobei das Recht auf vollständige Eintreibung der Prämie uneingeschränkt vorbehalten bleibt. Die Versicherung wird ab 24.00 Uhr des Tages wieder wirksam, an dem die ausstehende Prämie gezahlt wird.

Art. 1.7 - Zahlung der Prämienraten über das S.D.D.-Lastschriftverfahren

(nur wirksam, wenn in der Versicherungspolice die monatliche Rate angegeben ist)

Das Unternehmen und der Versicherungsnehmer können vereinbaren, für die Zahlung der Prämie das nachfolgend beschriebene Verfahren anzuwenden.

1. Nutzung des SEPA Direct Debit-Lastschriftverfahrens zur monatlichen Zahlung der Prämie

- 1.1. Das Unternehmen ermöglicht es, dass der Versicherungsnehmer die vereinbarte Jahresprämie in Raten zahlt, und zwar ohne zusätzliche Gebühren für die Ratenzahlung und mit den Modalitäten, die in den nachfolgenden Absätzen angegeben sind.
- 1.2. Bei Abschluss des Versicherungsvertrags muss der Versicherungsnehmer (i) in der Agentur für die Vorauszahlung einer Summe in Höhe von drei Zwölfeln (zzgl. des eventuellen Monatsanteils) der vereinbarten Prämie sorgen, (ii) sich verpflichten, die restliche Prämie in Höhe von neun Zwölfeln mit monatlichen Raten in Höhe von jeweils einem Zwölfel zu zahlen, und (iii) sich verpflichten, die monatlichen Folgera-

ten zu zahlen, wenn der Vertrag stillschweigend erneuert wird, indem er eine entsprechende Einzugsermächtigung für das SEPA Direct Debit-Lastschriftverfahren (S.D.D.) unterzeichnet und somit seine Bank ermächtigt, die entsprechenden Abbuchungsaufträge des Versicherungsunternehmens anzunehmen.

1.3. Die Zahlung bei Fälligkeit einer jeden Monatsrate wird vom Unternehmen unter dem Vorbehalt der Prüfung und und des tatsächlichen Eingangs der Zahlung akzeptiert.

1.4. Das Versicherungsunternehmen sorgt in jedem Fall für die Benachrichtigung in Bezug auf die Zahlung der Monatsraten und den Versicherungsschutz der in der Police vorgesehenen Garantien, indem das Unternehmen dem Versicherungsnehmer die folgende Nachricht übermittelt, welche die Ausstellung einer Quittung ersetzt: «Wir haben die Zahlung per S.D.D.-Lastschrift in Höhe von xxxx,xx € in Bezug auf die Rate für den [TT Monat JJJJ] der Police Nr. xx/xx/xxxx erhalten. Hiermit bestätigen wir den Versicherungsschutz. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Diese Nachricht wird von der Gesellschaft:

- per SMS an folgende Mobilfunknummer [*] gesendet.

2 Nicht erfolgte Abbuchung der Prämienzahlung

2.1. Innerhalb von zehn Tagen ab Fälligkeit der Rate teilt die Bank des Versicherungsnehmers dem Versicherungsunternehmen die eventuell nicht erfolgte Abbuchung des geschuldeten Betrags mit, wenn das Konto bei der Abbuchung über kein ausreichendes Guthaben verfügt.

2.2. In diesem Fall wird das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer unmittelbar danach den negativen Ausgang der Zahlung und die dementsprechende Aussetzung des Versi-

cherungsschutzes durch Zusendung einer Nachricht mit den unter Punkt 1.4 angegebenen Modalitäten mitteilen: «Die Abbuchung per S.D.D.-Lastschriftverfahren von xxxx,xx € in Bezug auf die Rate für den TT/MM/JJJJ der Police Nr. xxx/ xxxxxxxxx wurde von Ihrer Bank zurückgewiesen. Daher sind die vertraglich geleisteten Garantien ab dem TT/MM/JJJJ ausgesetzt. Bitte wenden Sie sich an Ihre Agentur, um die Zahlung zu regulieren. UnipolSai Assicurazioni».

3. Widerruf/Änderung der Abbuchung durch das S.D.D.-Lastschriftverfahren

- 3.1. Damit die Abbuchungsaufträge problemlos vonstatten gehen und die Zahlung der Prämie regelmäßig erfolgt, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, dem Unternehmen allfällige Änderungen seiner Bankkoordinaten oder den eventuell von ihm angewiesenen Widerruf der Abbuchung durch das S.D.D.-Lastschriftverfahren unverzüglich mitzuteilen.
- 3.2. Beim Ersatz des Versicherungsvertrags, wenn der Versicherungsnehmer auch beim neuen Vertrag weiterhin die Zahlung per S.D.D.-Lastschriftverfahren in Anspruch nehmen möchte und der ersetzte Vertrag diese Möglichkeit vorsieht, muss der Versicherungsnehmer zudem eine neue Einzugsermächtigung für das S.D.D.-Lastschriftverfahren unterzeichnen.
- 3.3. Bei Beendigung oder Ersatz des Versicherungsvertrags wird das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer folgende Nachricht mit den unter Punkt 1.4 angegebenen Modalitäten zusenden: «Hiermit teilen wir Ihnen die Beendigung/den Ersatz der Police Nr. xx/xx/xxxx und den Widerruf der Abbuchung der Zahlung per S.D.D.-Lastschrift ab dem [TT/MM/JJJJ] mit. Bitte wenden Sie sich an Ihre Agentur, um Ihre Position gegenüber UnipolSai Assicurazioni

S.p.A. zu regulieren.»

- 3.4. Bei Widerruf der Abbuchung per S.D.D.-Lastschriftverfahren durch den Versicherungsnehmer wird ihm das Versicherungsunternehmen eine Nachricht mit den unter Punkt 1.4 angegebenen Modalitäten zusenden: «Nach dem von Ihnen angewiesenen Widerruf der Abbuchung per S.D.D.-Lastschriftverfahren der Prämie für die Police Nr. xxx/xxxxxxx, teilen wir Ihnen mit, dass die vertraglich geleisteten Garantien ausgesetzt sind. Bitte wenden Sie sich an Ihre Agentur, um die Zahlung der Prämie ab dem GG/MM/JJJJ zu regulieren. UnipolSai Assicurazioni».
- 3.5. Grundsätzlich hat der Versicherte im Fall des Widerrufs oder der Änderung des S.D.D.-Lastschriftverfahrens in der Agentur für die Zahlung der geschuldeten Prämienraten zu sorgen, und er muss mit der Agentur eine andere Zahlungsmodalität vereinbaren, indem er sich für eine von denen entscheidet, die in den geltenden Gesetzesnormen vorgesehen sind und in der Agentur eingerichtet wurden. Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die Begünstigung in Bezug auf die Ratenzahlung der Prämie vom Unternehmen nur bei Zahlung per S.D.D.-Lastschriftverfahren gewährt wird.

Der Versicherungsnehmer muss das Unternehmen ausdrücklich zur Übermittlung von Mitteilungen zum Vertrag oder zu Leistungen an die angegebene E-Mail-Adresse oder Mobilfunknummer ermächtigen, wobei er sich verpflichtet, allfällige Änderungen umgehend mitzuteilen.

Art. 1.8 Angleichung der Versicherungssummen und der jeweiligen Prämien

Insofern im Versicherungsschein nicht der Verzicht auf die automatische Angleichung vereinbart wurde, werden die in absoluten Zahlen angegebenen Versicherungssummen,

Entschädigungsgrenzen und Prämien bei jeder jährlichen Erneuerung um 3% erhöht.

Die Selbstbehalte, die ungedeckten Mindest- und Höchstbeträge, die in Tagen angegebenen Grenzen, die in Prozent ausgedrückten Werte sowie alle Leistungen im Abschnitt "Assistenz" und die gegebenenfalls geleistete Garantie für die Leibrente bei bleibender Invalidität werden nicht angeglichen.

Zudem erfolgt keine Angleichung der Beträge laut Art. 2.4 "Leistungsgrenze im Katastrophenfall" und Art. 2.6 "Wahlweise Zusatzgarantien (immer wirksam)".

Art. 1.9 – Erhöhung des Risikos

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte **muss** dem Unternehmen solche Änderungen **schriftlich mitteilen**, die das Risiko erhöhen. Erhöhungen des Risikos, die dem Versicherungsunternehmen nicht bekannt waren oder denen der Versicherer nicht zugestimmt hat, können gemäß Art. 1898 des italienischen Zivilgesetzbuches zum völligen oder teilweisen Verlust des Rechts auf Entschädigung sowie zur Auflösung der Versicherung führen.

Art. 1.10 – Verringerung des Risikos

Bei einer Verringerung des Risikos ist das Versicherungsunternehmen verpflichtet, nach der entsprechenden Mitteilung des Versicherten oder des Versicherungsnehmers die Prämie oder die folgenden Prämienraten herabzusetzen (§ 1897 des italienischen ZGB). Das Versicherungsunternehmen verzichtet diesbezüglich auf das Rücktrittsrecht.

Art. 1.11 – Form der Mitteilungen

Alle Mitteilungen, zu denen der Versicherte, der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen verpflichtet sind, müssen per Einschreiben oder per Fax zugesendet werden.

Art. 1.12 – Rücktritt bei einem Schadensfall

Nach jedem Schadensfall und bis zum sechzigsten Tag ab Zahlung oder Ablehnung der Entschädigung kann jede Vertragspartei vom Versicherungsvertrag zurücktreten, indem

der Gegenpartei dies vorab per Einschreiben mitgeteilt wird.

Die diesbezügliche, per Einschreiben oder per Fax zugestellte Mitteilung ist rechtswirksam:

- nach 30 Tagen ab dem Zustellungsdatum, das auf dem Poststempel hervorgeht, wenn die Mitteilung vom Unternehmen zugesendet wurde;
- ab dem Datum auf dem Poststempel oder auf dem Faxbericht, wenn die Mitteilung vom Versicherungsnehmer zugesendet wurde.

Das Versicherungsunternehmen wird innerhalb von 30 Tagen ab dem Wirksamkeitsdatum des Rücktritts den Teil der Prämie, abzgl. der steuerlichen Abgaben, zurückerstatten, der sich auf den nicht abgelaufenen Risikozeitraum bezieht.

Die etwaige Einnahme der fällig gewordenen Prämien nach Schadensmeldung und die Ausstellung der entsprechenden Quittung können nicht als Verzicht des Versicherungsunternehmens angesehen werden, das Rücktrittsrecht in Anspruch zu nehmen.

Hat der Vertrag eine mehrjährige Dauer und ist der Abschnitt "Krankheit" vorgesehen, verzichtet das Unternehmen auf die Ausübung des Rücktrittsrechts im Schadensfall.

Art. 1.13 – Zahlung der Entschädigung

Nach Erhalt der notwendigen Unterlagen und Feststellung der zustehenden Entschädigung sorgt das Versicherungsunternehmen innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum der Rückgabe der ordnungsgemäß unterzeichneten Quittung für die Auszahlung der Entschädigung, vorausgesetzt, dass keine Einwände erhoben werden und keiner der in den Vertragsausschlüssen vorgesehenen Fälle vorliegt.

Art. 1.14 – Klausel über die Nichterneuerbarkeit des Vertrags

Wird eine Nichterneuerbarkeit vereinbart, endet der Vertrag zum Vertragsablauf ohne die Pflicht, diesen zu kündigen.

Art. 1.15 – Pflichtversicherungen

Die vorliegende Versicherung ersetzt keine

eventuellen gesetzlichen Pflichtversicherungen, sondern gilt zusätzlich zu diesen.

Art. 1.16 - Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags

Folgende Personen können mit dem vorliegenden Vertrags nicht versichert werden:

- Personen, unabhängig von der tatsächlichen Bewertung des Gesundheitszustands, mit folgendem Alter:
 - Personen über 80 Jahre für die im Abschnitt "Unfälle" vorgesehenen Garantien, mit Ausnahme der Garantie für die bleibende Invalidität - Leibrente;
 - Personen über 75 Jahre für alle im Abschnitt "Krankheit" vorgesehenen Garantien;
 - Personen unter 32 Jahren und über 70 Jahre für die Garantie für die bleibende Invalidität - Leibrente;
 - Personen unter 18 Jahren für die Garantien "Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nach einem Unfall";
 - Personen unter 18 Jahren und über 70 Jahre für die im Abschnitt "Prämien-schutz" vorgesehenen Garantien.

Erreicht ein Versicherter während der Vertragslaufzeit die genannte Altersgrenze, so endet die Versicherung für diesen Versicherten zur ersten, darauffolgenden jährlichen Fälligkeit.

- unabhängig von der tatsächlichen Bewertung des Gesundheitszustandes die Personen, die an chronischem Alkoholismus, manifester AIDS-Erkrankung und damit verbundenen Syndromen oder an Drogenabhängigkeit leiden.

Die Versicherung verliert gegenüber diesem Versicherten in jedem Fall ihre Gültigkeit, wenn eine der genannten Erkrankungen eintritt, ohne dass die eventuelle Einnahme der fällig gewordenen Prämien nach diesem Umstand entgegengesetzt werden kann. In einem solchen Fall werden dem Versicherungsnehmer diese Prämien, abzüglich der steuerlichen Abgaben, zurückerstattet.

Art. 1.17 – Andere Versicherungen

Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte sind verpflichtet, dem Unternehmen mitzuteilen, wenn eventuell Versicherungen für dasselbe Risiko und dieselben mit dem vorliegenden Vertrag versicherten Garantien bestehen oder im Anschluss abgeschlossen werden, wobei die Versicherungssummen anzugeben sind.

Die vorsätzliche Unterlassung der o. g. Mitteilung führt zur Verwirkung des Rechts auf Entschädigung.

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ist in folgenden Fällen von der Pflicht zur Meldung bestehender oder im Nachhinein abgeschlossener Versicherungen für dasselbe Risiko befreit:

- bei Policen zugunsten der gleichen Versicherten, die vom Arbeitgeber in Erfüllung der betrieblichen Arbeitsverträge und der nationalen oder ergänzenden Vereinbarungen abgeschlossen worden sind, es sei denn, der Versicherungsnehmer solcher Policen ist auch der Versicherungsnehmer im vorliegenden Vertrag;
- bei Policen zur Abdeckung des Risikos von Verkehrsunfällen;
- bei Garantien für Unfälle/Krankheit, die automatisch auf den Besitz von Kreditkarten oder die Inhaberschaft von Bankgirokonten oder auf andere Deckungen aufgrund des Kaufs von Gütern oder Dienstleistungen, die nicht unter die Versicherungsbranche fallen, zurückzuführen sind;
- bei den Garantien Prämien-schutz;
- bei den Garantien Assistenz.

Bei einem Schadensfall muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte gemäß Artikel 1910 des italienischen Zivilgesetzbuchs alle Versicherer benachrichtigen und jedem von ihnen die Namen der übrigen Versicherer bekanntgeben.

Art. 1.18 - Verweis auf gesetzliche Bestimmungen

Für alles, was hier nicht anders geregelt ist, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

2. ABSCHNITT UNFÄLLE

Art. 2.1 – Gegenstand der Versicherung

Das Unternehmen verpflichtet sich, innerhalb der Grenzen der im Versicherungsschein angegebenen Garantien und Versicherungssummen die direkten und ausschließlichen Folgen eines Unfalls des Versicherten bei der Ausführung der Tätigkeiten zu entschädigen, die in der angegebenen Versicherungsform im Versicherungsschein beschrieben sind:

Formen des Versicherungsschutzes

A) FREIZEIT UND ARBEIT

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet, die in der Police angegeben ist, sowie für Unfälle bei der Ausübung jeder anderen nicht berufsbedingten Tätigkeit.

B) ARBEIT

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet, die in der Police angegeben ist, einschließlich der Wegeunfälle, die auf dem Weg zwischen der Wohnung des Versicherten und dem Ort der beruflichen Tätigkeit eintreten, die in der Police angegeben ist. Wenn die vom Versicherten in der Police angegebene berufliche Tätigkeit zur Berufsgruppe der Militärangehörigen und/oder Polizeikräfte gehört, sind ferner vom Risiko jene Unfälle ausgeschlossen, die der Versicherte während der gemäß den behördlichen Funktionen ausgeübten Einsätze außerhalb der Dienstzeit erleidet, wenn der Versicherte seinen Dienst bei dem in der Police angegebenen Militärkorps leistet.

C) FREIZEIT

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung jeder nicht berufsbedingten Tätigkeit erleidet, einschließlich

der Wegeunfälle, die auf dem Weg zwischen der Wohnung des Versicherten und dem Ort der beruflichen Tätigkeit eintreten.

Innerhalb des Geltungsbereichs der in der gewählten Versicherungsform vorgesehenen Garantien sind auch folgende Fälle enthalten:

- a) nicht krankheitsbedingter Erstickungsanfall
- b) akute Vergiftung durch die unbeabsichtigte Einnahme oder Aufnahme von Substanzen
- c) Infektion oder Vergiftung durch Tierbisse, Insekten- und Pflanzenstiche, unter Ausschluss von Malaria und Tropenkrankheiten;
- d) Sonnenstich oder Hitzschlag, Blitzschlag
- e) Ertrinken
- f) Erfrieren und Unterkühlung
- g) subkutane Sehnenrupturen, beschränkt auf die vorgesehenen Fälle in der Bewertungstabelle gemäß Art. 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen, unter Ausschluss der Ruptur der Rotatorenmanschette. Diese Erweiterung gilt unter der Voraussetzung, dass der Versicherte zum Schadenszeitpunkt seit mindestens 180 Tagen ohne Unterbrechung durch eine Unfallversicherung des Unternehmens abgedeckt ist.
- h) durch Kraftanstrengung verursachte Verletzungen, unter Ausschluss jeder Art von Infarkt;
- i) durch Verletzung oder Kraftanstrengung verursachte Hernien, unter Ausschluss jeder anderen Form einer Hernie, nach den Entschädigungskriterien, die in Art. 6.7 "Durch Anstrengung oder Verletzung verursachte Hernien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen vorgesehen sind;
- j) Läsionen durch die Aufnahme von Lebensmitteln und Getränken;

- k) Unfälle, die sich bei Unwohlsein, plötzlicher Unpässlichkeit oder Bewusstlosigkeit oder als Folge davon ereignen;
- l) Unfälle, die durch schwere Schuld, mangelnde Erfahrung oder Fahrlässigkeit des Versicherten herbeigeführt werden.
- m) Embolien und die Folgen des Wasserdrucks, vorausgesetzt, diese sind nicht auf das Tauchen mit einem Atemgerät zurückzuführen.

Gebietserweiterung

Die Versicherung gilt weltweit, unbeschadet der Bestimmungen im nachfolgenden Art. 2.2 "Erweiterung der Versicherung: Besondere Risiken" Buchstabe A) "Risiko Krieg, Aufstände im Ausland".

Art. 2.2 – Erweiterung der Versicherung: Besondere Risiken

Entschädigungsfähig sind ebenfalls die Unfälle, die durch folgende Risiken herbeigeführt werden:

A) Risiko Krieg, Aufstände im Ausland

Unter teilweiser Abweichung von Artikel 1912 des italienischen Zivilgesetzbuches wird die Wirksamkeit dieser Garantien erweitert auf Unfälle infolge von Kriegshandlungen, auch bei nicht erklärtem Krieg, Volksaufständen und militärischer Besetzung, die der Versicherte außerhalb des Territoriums der Republik Italien, der Republik San Marino und der Vatikanstadt erleidet, und zwar für einen maximalen Zeitraum von 14 Tagen ab Eintritt der genannten Ereignisse, wenn der Versicherte vom Ausbruch dieser Ereignisse überrascht wird, während er sich im ausländischen Staat aufhält.

B) Risiko Unruhen und terroristische Akte

Die Garantien gelten auch für erlittene Unfälle infolge von Unruhen, terroristischen Akten, Aufruhr und gewaltsamen Handlungen allgemein, an denen der Versicherte nicht aktiv teilgenommen hat, es sei denn, um sich selbst zu verteidigen.

C) Flugrisiko

Die Garantien sind auch bei Unfällen des Ver-

sicherten wirksam, die er während Flügen zu touristischen Zwecken oder Transferflügen durch beliebige Fluggesellschaften als Passagier eines Flugzeugs erleidet, mit Ausnahme folgender Flüge:

- Flüge von Gesellschaften/Unternehmen für die Arbeitsluftfahrt, die nicht zur öffentlichen Personenbeförderung bestimmt sind;
- Luftsportflüge.

Ferner werden Flüge mit Segelfliegern, Motorsegelflugzeugen, Heißluftballons und Luftschiffen nicht durch die Versicherung abgedeckt. Bezüglich der Wirksamkeit der Garantie gilt der Flug in dem Moment als begonnen, wenn der Versicherte an Bord des Flugzeuges geht, und gilt als abgeschlossen, wenn er das Flugzeug wieder verlässt.

D) Risiko in Bezug auf Freizeitsport

Die Garantien, und zwar nur auf die Versicherungsformen "Freizeit und Arbeit" und "Freizeit" begrenzt, werden für Unfälle geleistet, die der Versicherte während der Ausübung von Sportarten in der Freizeit erleidet. Als solche sind Sportarten anzusehen, die nur zu reinen Freizeit Zwecken ausgeübt werden, selbst wenn sie von Mitgliedern von Sportverbänden oder Vereinigungen, die vom Dachverband CONI anerkannt sind, ausgeübt werden und in jedem Fall nicht zur gelegentlichen oder regelmäßigen Teilnahme an Wettbewerben, Wettkämpfen oder anderen Sportveranstaltungen mit Leistungssportcharakter dienen.

Zu den ausgeübten Freizeitsportarten gehören auch die sportlichen Tätigkeiten, die die gelegentliche Teilnahme an Sportveranstaltungen und/oder Turnieren ohne Leistungssportcharakter und an betrieblichen und betriebsübergreifenden Wettbewerben mit sich bringen, einschließlich des entsprechenden Trainings oder Tests.

E) Risiko Naturkatastrophen

Unter teilweiser Abweichung von Artikel 1912 des italienischen Zivilgesetzbuches gelten diese Garantien, nur begrenzt auf den Todesfall, die bleibende Invalidität „Classic“

und „Top Target“ sowie die Leibrente, auch für Unfälle durch folgende Naturkatastrophen: Erdbeben, Vulkanausbrüche, Seebeben, Überschwemmungen und Hochwasser.

Begrenzt auf die Folgen solcher Ereignisse gilt als vereinbart, dass die geschuldete Entschädigung auf 50% der jeweiligen Versicherungssummen festgelegt wird.

Nur wenn im Versicherungsschein die Garantie "Bleibende Invalidität Classic" wirksam ist, wird die Entschädigung für diese Garantie nach den Kriterien bestimmt, die in Art. 6.8 "Naturkatastrophen" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen vorgeesehen sind.

Art. 2.3 - Ausschlüsse

Die Versicherung gilt nicht für Unfälle durch:

- a) das Fahren/Führen eines beliebigen Fahrzeugs oder Wasserfahrzeugs mit Motor, wenn der Versicherte gemäß den geltenden Bestimmungen nicht dazu ermächtigt war, es sei denn, der Führerschein ist abgelaufen und wird vor Definition des Schadensfalls erneuert bzw. er wird aus Gründen nicht erneuert, die direkt und ausschließlich auf die Verletzungen des Fahrers/Führers als Folge des Unfalls zurückzuführen sind, unbeschadet der erlittenen Unfälle minderjähriger Kinder aufgrund des Fahrens von Fahrzeugen ohne das Wissen der Eltern oder des Erziehungsberechtigten;
- b) die Verwendung und das Führen von Luftfahrzeugen, Drachenfliegern, Ultraleichtflugzeugen, Gleitschirmfliegern, unbeschadet der Bestimmungen im vorhergehenden Art. 2.2 "Erweiterung der Versicherung: Besondere Risiken" Buchstabe C) "Flugrisiko"
- c) Ausübung von Profisport
- d) Ausübung von Leistungssport
- e) Ausübung von Hochrisikosportarten
- f) Ausübung von Motorsport oder Motorbootsport
- g) Ausübung von Flugsport
- h) Verwendung und Führen von Unterwasserfahrzeugen

- i) Vergehen, die der Versicherte mit Vorsatz begangen hat oder versucht hat, ein solches zu begehen, ausgenommen der ausgeübten Handlungen als Pflicht zur menschlichen Solidarität oder zur Selbstverteidigung;
- j) Alkoholrausch des Versicherten bei der Fahrt mit Fahrzeugen allgemein sowie bei Unfällen infolge eines Missbrauchs von Psychopharmaka, die Einnahme von Drogen oder Halluzinogenen (insofern diese nicht zu therapeutischen Zwecken von Ärzten verschrieben wurden), beschränkt auf den Versicherten, der den Unfall in einem solchen Zustand verursacht hat;
- k) Krieg, Aufstände oder Terrorakte, unbeschadet der Bestimmungen im vorangegangenen Art. 2.2 "Erweiterung der Versicherung: Besondere Risiken" Buchstabe A) "Risiko Krieg, Aufstände im Ausland" und Buchstabe B) "Risiko Unruhen und terroristische Akte";
- l) Atomkernumwandlungen, Strahlungen durch die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen, Exposition gegenüber Ionenstrahlung, chemische und biologische Kontaminationen (darunter ist die Vergiftung mit nuklearen, biologischen oder chemischen Substanzen zu verstehen);
- m) chirurgische Eingriffe, Untersuchungen und medizinische Behandlungen, die nicht durch einen Unfall notwendig geworden sind;
- n) Handlungen oder Verhalten des Versicherten, die im direkten Zusammenhang mit folgenden Erkrankungen stehen: hirnorganisches Psychosyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Krankheitsformen oder paranoide Zustände.

Ferner ist Folgendes von der Versicherung ausgeschlossen:

- o) durch jegliche Ursache herbeigeführter Herzinfarkt und Schlaganfall sowie die Ansteckung mit dem HIV- und Hepatitisvirus.

Art. 2.4 - Leistungsgrenze im Katastrophenfall
Sollten vom selben Ereignis gleichzeitig meh-

tere, mit dieser Police versicherte Personen betroffen sein, so darf die maximale Gesamtauslage des Unternehmens für den Schadensfall in jedem Fall 5.000.000,00 € nicht überschreiten.

Übersteigen die gemäß dieser Police liquidierten Entschädigungen in ihrer Gesamtheit den genannten Betrag, so werden sie anteilmäßig gekürzt.

Art. 2.5 - Geleistete Garantien

(nur geltend, insofern diese in der Versicherungspolice ausdrücklich angegeben sind)

Art. 2.5.1 Grundgarantie

A) Todesfall

Die Garantie betrifft den Unfall, infolge dessen der Versicherte verstirbt.

Die Garantie wird auch geleistet, wenn der Versicherte nach Vertragsauslauf verstirbt, der Tod jedoch innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag eintritt.

Die Entschädigung für den Todesfall kann nicht auf die zustehende Entschädigung für die bleibende Invalidität angerechnet werden.

Wurde die Entschädigung für die bleibende Invalidität ausgezahlt, verstirbt der Versicherte jedoch innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag, steht den Begünstigten oder bei mangelnder Bezeichnung den Erben die Differenz zwischen der ihnen zustehenden Summe für das Ableben des Versicherten und der bereits an den Versicherten für die bleibende Invalidität ausgezahlten Entschädigung zu, wenn diese niedriger ausfiel. Im gegenteiligen Fall sind sie nicht verpflichtet, die Differenz zurückzuerstatten.

Tritt der Tod im Ausland ein, erstattet das Unternehmen den Begünstigten bzw. den Erben die von ihnen getragenen Kosten für die Rückführung des Leichnams bis höchstens 10% der Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von 10.000,00 €.

A.1) Irreversibler komatöser Zustand

Bei einem im Sinne der Police entschä-

digungsfähigen Unfall, der zu einem irreversiblen komatösen Zustand führt, da er seit 180 aufeinanderfolgenden Tagen ununterbrochen andauert, (unbeschadet der Schadensmeldung, die das Fortbestehen des komatösen Zustands für den o.g. Zeitraum nachweist, wie von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt) zahlt das Unternehmen die für den Todesfall vorgesehene Entschädigung nach den Kriterien in Art. 6.4.2 „Auszahlung der Entschädigung für den Todesfall bei einem irreversiblen komatösen Zustand“ der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen.

B) Bleibende Invalidität durch Unfall

Die Garantie betrifft den Unfall, der eine bleibende Invalidität zur Folge hat, die nach den angegebenen Kriterien und der Bewertungstabelle in Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgestellt wurde.

Die Garantie wird auch geleistet, wenn die bleibende Invalidität nach Vertragsauslauf, jedoch in jedem Fall innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag eintritt.

Zulässige Auswahlen

(nur geltend, insofern diese in der Versicherungspolice angegeben sind)

B.1) Bleibende Invalidität "Classic" (5% Selbstbehalt)

Bei einer bleibenden Invalidität von 5% oder darunter (Selbstbehalt) ist keine Entschädigung vorgesehen.

Bei einer bleibenden Invalidität über 5% wird die Entschädigung prozentual zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität ausgezahlt, und zwar nach den Bedingungen in der Entschädigungstabelle "A1) "Grundgarantie" gemäß Art. 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen.

B.2) Bleibende Invalidität "Top Target" (30% Selbstbehalt)

Bei einer bleibenden Invalidität von 30% oder darunter (Selbstbehalt) ist keine Entschädigung vorgesehen.

Bei einer bleibenden Invalidität über 30% wird die Entschädigung prozentual zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität ausgezahlt, und zwar nach den Bedingungen in der Entschädigungstabelle "A1) "Grundgarantie" gemäß Art. 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen.

B.3) Bleibende Invalidität - Leibrente

Bei einer bleibenden Invalidität von 60% oder darunter (Selbstbehalt) ist keine Entschädigung vorgesehen.

Bei einer bleibenden Invalidität über 60% wird dem Versicherten vom Unternehmen eine sofortige Leibrente zuerkannt, deren anfänglicher Jahresbetrag in Höhe der im Versicherungsschein angegebenen Summe der Neubewertung unterliegt. Die Leibrente wird im Nachhinein in monatlichen Raten ausgezahlt.

Die Leibrente wird mit einer Lebensversicherungspolice mit Einmalprämie zugunsten des Versicherten gegründet, ohne dass ihm dadurch zusätzliche Kosten entstehen.

Dieser Lebensversicherungsvertrag ist nicht rückkaufsfähig. Die zugesicherte und gemäß den vorgesehenen Bedingungen in der genannten Lebensversicherung jährlich neu bewertete Leibrente wird dem Versicherten zeitlebens ausgezahlt.

Die Versicherung tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, an dem die Mitteilung des Unternehmens über die Feststellung der bleibenden Invalidität über 60% erfolgte. Die Leibrente wird im Nachhinein in monatlichen Raten zu jeder monatlichen Fälligkeit nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung ausgezahlt. Die Auszahlung der ersten 3 Raten erfolgt in einem Betrag zum vorgesehenen Datum

für die Zahlung der dritten Monatsrate. Die jeweiligen Vertragsbedingungen sind jene, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschluss galten, die dem Versicherungsnehmer ausgehändigt wurden.

Art. 2.5.2 Wählbare Zusatzgarantien

C) Rückerstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen

Bei einem Unfall während des Gültigkeitszeitraums des Vertrags versichert das Unternehmen gemäß den unter Punkt C.1) "Modalitäten für die Leistungserbringung" angegebenen Modalitäten und Grenzen die Rückerstattung der Behandlungskosten, die durch einen Unfall binnen zwei Jahren ab dem Unfalltag notwendigerweise angefallen sind. Und zwar für:

- diagnostische Untersuchungen;
- die Honorare für allgemeinärztliche und/oder fachärztliche Untersuchungen sowie bei einem chirurgischen Eingriff die Honorare der Chirurgen, des Hilfspersonals, der Assistenzärzte und jeder anderen am Eingriff beteiligten Fachkraft, einschließlich der Kosten für den OP, das Material und die während des Eingriffs eingesetzten Implantate;
- Arzneimittel, physiotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen und Thermalkuren (wobei Hotelkosten in jedem Fall ausgeschlossen sind);
- plastische chirurgische Eingriffe und Schönheitsoperationen sowie für die durchgeführten Therapien und Anwendungen, um die Folgen eines durch den Unfall entstandenen ästhetischen Schadens zu begrenzen oder zu beseitigen;
- die Gebühren für den Krankenhausaufenthalt;
- den Kauf oder die Miete von orthopädischen Rollstühlen oder anderen Hilfs- und Stützmitteln, die von Ärzten verschrieben wurden, um den Heilungsprozess zu begünstigen;
- die Rückerstattung der Kosten für Zahnprothesen, beschränkt auf die Zahnelemente, die tatsächlich verloren oder be-

schädigt wurden, und nur dann, wenn die Zahnprothese innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalldatum eingesetzt wurde. Es versteht sich jedoch dabei, dass die Rückerstattung von Kosten für zahnärztliche Behandlungen und Parodontopathien davon stets ausgeschlossen sind, wenn sie nicht durch den Unfall bedingt notwendig geworden sind.

- den Transport des Versicherten mit Krankenwagen, die speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung eingesetzt werden, bis zu einer Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme.

C.1) Modalitäten für die Leistungserbringung

Die Leistungen können mit folgenden operativen Modalitäten erbracht werden:

a) Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind.

Bei Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die Vertragspartner der UniSalute sind, wird UniSalute für die direkte Zahlung der Kosten sorgen, und zwar innerhalb der maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme, die um 1.000,00 € erhöht wird, ohne Anwendung eines Selbstbehalts.

b) Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.

Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, kann der Versicherte nach eigenem Ermessen eine private oder öffentliche Struktur wählen, wobei er die anfallenden Kosten vorstreckt. Im Anschluss daran beantragt der Versicherte bei der UniSalute die vollständige Rückerstattung der Kosten, und zwar innerhalb der maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in

Höhe der im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme und unter Anwendung eines ungedeckten Betrags in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von 50,00 € und einem nicht entschädigungspflichtigen Höchstbetrag von 250,00 € für jeden Unfall.

c) Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes

Nimmt der Versicherte Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes in direkter oder indirekter Form bzw. in einer anderen Form der Gesundheitsbetreuung (Sozialversicherungsanstalten, Krankenkassen usw.) in Anspruch, erstattet UniSalute die Zuzahlung sowie die zulasten des Versicherten verbliebenen Gesundheitsausgaben bis zur maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme, die um 1.000,00 € erhöht wird, ohne Anwendung eines ungedeckten Betrags.

In Bezug auf fachärztliche Untersuchungen müssen die Kostenbelege (Rechnungen, Quittungen) die Angabe der Spezialisierung des Facharztes enthalten, die zwecks Rückerstattung im Zusammenhang mit der angezeigten Erkrankung stehen muss.

Für die Leistungen gemäß Art. 2.5.2 "Wahlweise Zusatzgarantien" Buchstabe C) und ausschließlich in Bezug auf Thermalkuren, Arzneimittel, den Kauf oder die Miete von orthopädischen Rollstühlen oder anderen orthopädischen Hilfs- und Stützmitteln sowie den Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen, der speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung eingesetzt wird, ist der mit UniSalute bestehende Vertragsservice nicht wirksam.

Die in der Versicherungspolice angegebene Versicherungssumme gilt im Lauf des Versicherungsjahres als einzige Summe für die Leistungen laut den Buchstaben a), b) und c).

Daher kann der Versicherte die Erhöhung der Entschädigung gemäß den Buchstaben a) und c) in Höhe von 1.000,00 € bei Leistungen in vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtungen erst in Anspruch nehmen, nachdem die in der Versicherungspolice angegebene Versicherungssumme erschöpft ist.

D) Entschädigung für einen Unfall

D.1) Entschädigung für die stationäre Behandlung

Bei einem stationären Aufenthalt in einer klinischen Einrichtung, auch in einer Tagesklinik, der durch den Unfall notwendig wird, erstattet das Unternehmen bei abgeschlossener klinischer Heilung:

- den in der Versicherungspolice angegebenen Tagessatz für jeden Tag des Klinikaufenthalts;
- 50% der in der Versicherungspolice vorgesehenen Entschädigung für jeden Tag des Aufenthalts in einer Tagesklinik.

Die Entschädigung wird für maximal 365 Tage pro Unfall gezahlt.

Zur Berechnung der Tage des Klinikaufenthalts wird vereinbart, dass der Tag der Entlassung aus der Klinik zwecks Gültigkeit dieser Garantie nicht mitgezählt wird.

Bei einem Unfall des Versicherten außerhalb des Territoriums der Republik Italien, der Vatikanstadt und der Republik San Marino, der einen Aufenthalt in einer Klinik im Ausland mit sich bringt, zahlt das Unternehmen den Tagessatz für die stationäre Behandlung für die gesamte Aufenthaltsdauer, der um 50% erhöht wird.

D.2) Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit

Zusätzlich zu dem, was in der Garantie D.1) „Entschädigung für die stationäre Behandlung“ vorgesehen ist, zahlt das

Unternehmen zuzüglich zu dem Betrag, der für den Aufenthalt bei stationärer Behandlung vorgesehen ist, eine Entschädigung für die Genesungszeit nach einem Unfall mit einem Tagessatz in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jener, der für die stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik vorgesehen ist, insofern der Aufenthalt mindestens zwei aufeinanderfolgende Tage andauert, und zwar ohne eine ärztliche Bescheinigung vorlegen zu müssen und in jedem Fall für einen maximalen zusätzlichen Zeitraum von 90 Tagen pro Unfall.

Zur Berechnung der Tage des Klinikaufenthalts wird vereinbart, dass der Tag der Entlassung aus der Klinik zwecks Gültigkeit dieser Garantie nicht mitgezählt wird.

D.3) Entschädigung für Immobilisierung

Bei einem Unfall, der zur Immobilisierung geführt hat, zahlt das Unternehmen den im Versicherungsschein angegebenen Tagessatz.

Die Entschädigung wird auch bei der Applikation abnehmbarer Stützmittel und gebrauchsfertiger Orthesen ausgezahlt, insofern sie starr und außen angebracht sind (ausgenommen weiche Halskrausen und orthopädische Stützkorsette) und vorausgesetzt:

- sie sind von einer zum Krankenhaus gehörenden Notaufnahme ohne stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik verordnet worden;
- sie sind bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik von Ärzten während der stationären Behandlung verordnet wurden.

Die Auszahlung der Entschädigung wird für jeden Tag der Immobilisierung zuerkannt, bis das orthopädische Stützmittel abgenommen wird und in jedem Fall für einen maximalen Zeitraum von 60 Tagen pro Unfall.

E) Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall

E.1) Vollständige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Führt der Unfall zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, zahlt das Unternehmen für maximal 365 Tage pro Unfall den im Versicherungsschein angegebenen Tagessatz für die Entschädigung vollständig für jeden Tag aus, an dem der Versicherte gar nicht oder nur teilweise in der Lage war, seiner im Versicherungsschein angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.

E.2) Teilweise vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Führt der Unfall zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, zahlt das Unternehmen für maximal 365 Tage pro Unfall den im Versicherungsschein angegebenen Tagessatz für die Entschädigung folgendermaßen aus:

- 100% für jeden Tag, an dem der Versicherte nicht in der Lage war, seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen;
- 50% für jeden Tag, an dem der Versicherte nur teilweise seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachgehen konnte.

Es versteht sich jedoch dabei, dass das Unternehmen den Tagessatz für maximal 90 Tage pro Schadensfall und Versicherungszeitraum in jedem Fall nur dann vollständig auszahlt, wenn der Unfall zu einem oder mehreren der nachfolgenden Fälle führt:

- stationäre Behandlung von mindestens 5 aufeinanderfolgenden Tagen;
- mehrere stationäre Behandlungen wegen desselben Schadensfalls, die jeweils einzeln weniger als 5 aufeinanderfolgende Tage andauern, deren Gesamtdauer jedoch 30 Tage übersteigt;

- Immobilisierung von mindestens 20 aufeinanderfolgenden Tagen unter Ausschluss der Immobilisierung der Finger;
- bleibende Invalidität mit einem festgestellten Invaliditätsgrad von 15% oder mehr;
- wenn die Erstbehandlungen von einer Notaufnahme eines Krankenhauses geleistet und bescheinigt wurden und die völlige und/oder teilweise körperliche Unfähigkeit innerhalb des prognostizierten Heilungszeitraums auf der ersten ärztlichen Bescheinigung dieser Notaufnahme ausgeheilt ist.

E.3) Völlige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Führt der Unfall zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit zahlt das Unternehmen für maximal 365 Tage für jeden Unfall den im Versicherungsschein angegebenen Tagessatz vollständig für jeden Tag, an dem der Versicherte überhaupt nicht in der Lage war, seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.

Bei allen Garantieformen gemäß der Punkte E.1), E.2) und E.3) werden die entschädigungsfähigen Tage unter Abzug der folgenden Selbstbeteiligungszeiträume berechnet:

- 7 Tage in Bezug auf die Versicherungssumme bis 50,00 €;
- 15 Tage in Bezug auf die Versicherungssumme, die 50,00 € übersteigt;

Die genannten Selbstbeteiligungszeiträume für die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit werden nicht angewendet, wenn der Unfall:

- zu einer stationären Behandlung in einer klinischen Einrichtung von zwei Tagen oder mehr führt;
- zu einem eintägigen Aufenthalt in einer Tagesklinik mit einem chirurgischen Eingriff führt.

Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit außerhalb Europas ist begrenzt auf den Zeit-

raum des Krankenhausaufenthaltes entschädigungsfähig.

Diese Begrenzung endet ab 24.00 Uhr des Tages, an dem der Versicherte nach Europa zurückkehrt.

Art. 2.6 - Zusatzgarantien (immer wirksam)

Schutz der Kinder

Art. 2.6.1) Höhere Bewertung zum Schutz der Zukunft

Verstirbt der Versicherte als Folge desselben Ereignisses gemeinsam mit seinem Ehepartner oder seinem eheähnlich zusammenlebenden Partner, auch wenn dieser nicht mit dem vorliegenden Vertrag versichert war, werden die den minderjährigen oder körperlich beeinträchtigten Kindern vertraglich zustehenden Entschädigungsanteile verdoppelt. Es versteht sich jedoch dabei, dass der Maximalbetrag für das Versicherungsunternehmen keinesfalls eine Gesamtsumme von 200.000,00 € überschreiten darf, und zwar unabhängig von der Anzahl der minderjährigen oder körperlich beeinträchtigten Begünstigten.

Art. 2.6.2) Verlust eines Schuljahres

Führt der Unfall des minderjährigen Versicherten dazu, dass der Besuch der Unterrichtsstunden solange nicht möglich ist, sodass das Schuljahr gemäß den geltenden Bestimmungen des Ministeriums nachgeholt werden muss, zahlt das Unternehmen eine Pauschalentschädigung in Höhe von 2.500,00 €. Die Garantie gilt:

- für minderjährige Versicherte, die Grund- und Sekundarschulen in Italien oder im Ausland besuchen, die sich im Territorium der Republik Italien, der Vatikanstadt und der Republik San Marino befinden;
- nach Vorlage einer Bescheinigung, die vom Schulsekretariat oder von der Schulbehörde ausgestellt wurde und nachweist, dass der Verlust des Schuljahres auf die Nichtteilnahme am Unterricht zurückzuführen ist;

- nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, dass die Nichtteilnahme am Unterricht eine direkte Folge des angezeigten Unfalls war.

Art. 2.6.3) "Bleibende Invalidität von nicht versicherten minderjährigen Kindern

Hat der Unfall die bleibende Invalidität eines nicht versicherten Kindes unter zwei Jahren zur Folge, erkennt das Unternehmen den Eltern, vorausgesetzt beide sind versichert, die Rückerstattung der Behandlungskosten gemäß Punkt C) "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" in Art. 2.5 "Geleistete Garantien" an, die binnen zwei Jahren ab dem Unfall angefallen sind, bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 €.

Art. 2.6.4) "Bleibende Invalidität von versicherten minderjährigen Kindern

Hat der Unfall des minderjährigen Versicherten eine bleibende Invalidität zur Folge, zahlt das Unternehmen die ihm für die Garantie der bleibenden Invalidität zustehende Entschädigung aus, die um 50% erhöht wird.

Komatöser Zustand

Art. 2.6.5 - Pauschalentschädigung für einen komatösen Zustand

Das Unternehmen zahlt nach den in Art. 6.11 "Auszahlung der Pauschalentschädigung für einen komatösen Zustand" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen angegebenen Kriterien eine zusätzliche pauschale Entschädigung in Höhe von 10.000,00 € aus, wenn der Unfall zu einem komatösen Zustand des Versicherten geführt hat.

Die zusätzliche Entschädigung wird ausbezahlt, wenn der komatöse Zustand innerhalb von 5 Tagen ab dem Unfallereignis eingetreten ist und nach Ablauf von 5 Tagen nach dem Unfall weiterhin andauert wie von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt.

Es wird vereinbart, dass der Tag, an dem der komatöse Zustand eintritt und endet, als ein einziger Tag berücksichtigt wird, unabhängig von der Uhrzeit des Eintritts und des Endes

des pathologischen Zustands. Sollte der Versicherte aus dem komatösen Zustand erwachen, verzichtet das Unternehmen auf Rückerstattung der bereits gezahlten Entschädigungssummen.

Art. 2.7 Besondere Bedingungen (nur geltend, insofern diese in der Versicherungspolice ausdrücklich angegeben sind)

Änderung der Tabelle zur Bewertung der bleibenden Invalidität durch einen Unfall

A) Anwendung der INAIL-Tabelle

In teilweiser Abweichung von den Bestimmungen in Art. 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen wird die bleibende Invalidität anhand der Prozentsätze bestimmt, die in Anhang 1, Teil I (Tabelle zur Bewertung des prozentualen Grades der bleibenden Invalidität für die Industrie) zum Einheitstext der Bestimmungen über die Pflichtversicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten enthalten sind, der mit dem Dekret des Präsidenten der Republik D.P.R. Nr.1124 vom 30/06/1965 verabschiedet wurde, wobei das Unternehmen auf die Anwendung des im selbigen Gesetz vorgesehenen Selbstbehalts verzichtet.

Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität "Classic"

In teilweiser Abweichung von den Bestimmungen unter Buchstabe B.1) "Bleibende Invalidität "Classic" (5% Selbstbehalt) gemäß Art. 2.5.1 "Grundgarantie" wird die Entschädigung für die bleibende Invalidität basierend auf folgenden besonderen Bedingungen ausgezahlt:

B) Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt
Bei einer bleibenden Invalidität von 3% oder darunter (Selbstbehalt) ist keine Entschädigung vorgesehen.

Bei einer bleibenden Invalidität über 3% wird die Entschädigung nach den Bedingungen in

der Tabelle "A2) "Besondere Bedingungen - Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität Classic" gemäß Art. 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen ausgezahlt.

C) Bleibende Invalidität ohne Selbstbehalt

Bei einer bleibenden Invalidität wird die Entschädigung ohne Anwendung eines Selbstbehalts nach den Bedingungen in der Tabelle "A2) "Besondere Bedingungen - Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität Classic" gemäß Art. 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen ausgezahlt.

D) Bleibende Invalidität mit Selbstbehalt UnipolSai Plus

Bei einer bleibenden Invalidität von 5% oder darunter wird die Entschädigung unter Anwendung der nachfolgenden Prozentsätze ausgezahlt:

Festgestellter Invaliditätsgrad	Auf die Versicherungssumme auszunehmender Prozentsatz
1	0,3
2	0,6
3	1
4	1,5
5	2

Bei einer bleibenden Invalidität über 5% wird die Entschädigung nach den Bedingungen in der Tabelle "A2) "Besondere Bedingungen - Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität Classic" gemäß Art. 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen ausgezahlt.

E) Bleibende Invalidität mit gestaffelten Selbstbehalten

Vorausgeschickt, dass die Versicherungs-

summe in drei gleiche Teile unterteilt ist, wird die Entschädigung bei einer bleibenden Invalidität nach folgenden Regeln ausgezahlt:

- Auf den ersten Teil der Versicherungssumme wird keinerlei Selbstbehalt angewendet.
- Beim zweiten Teil der Versicherungssumme ist bei einer bleibenden Invalidität von 3% oder weniger keinerlei Entschädigung vorgesehen (Selbstbehalt).
- Beim dritten Teil der Versicherungssumme ist bei einer bleibenden Invalidität von 5% oder weniger keinerlei Entschädigung vorgesehen (Selbstbehalt).

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität über dem Selbstbehalt hinaus wird nach den Bedingungen in der Tabelle "A3) "Besondere Bedingungen - Bleibende Invalidität mit gestaffelten Selbstbehal-

ten" gemäß Art. 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen ausgezahlt.

Höhere Bewertung der bleibenden Invalidität durch einen Unfall

F) Höhere Bewertung speziell für anatomische Bereiche

Die Prozentsätze zur Bestimmung der bleibenden Invalidität, die nach den angegebenen Kriterien und der Bewertungstabelle in Art. 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgestellt wurde, gelten wie folgt geändert:

Vollständiger anatomischer oder funktionaler Verlust einer Gliedmaße/eines Organs	% bleibende Invalidität
Ein Arm oder eine Hand	100%
Ein Daumen	60%
Ein Zeigefinger	60%
Ein Mittelfinger	30%
Ein Ringfinger	15%
Ein kleiner Finger	15%
Mehrere Finger und/oder Fingerglieder derselben Hand	Max. 80%
Ein Fuß	70%
Ein Auge	50%
Ein Ohr	25%
Beide Ohren	75%
Totalverlust der Stimme	60%

Bei einem vollständigen anatomischen Verlust der Fingerglieder entspricht der Prozentsatz der Entschädigung der Hälfte des zuerkannten Prozentsatzes für jeden einzelnen Finger.

Bei einem Unfall, der eine funktionale Beeinträchtigung der Fingerglieder oder der Finger zur Folge hat, finden die Bestimmungen in diesen besonderen Bedingungen keine Anwendung.

Hierbei versteht sich, dass bei einem "anatomischen Verlust" oder der "funktionalen Beeinträchtigung" von Gliedmaßen oder Organen, die hier nicht angeführt werden,

die Prozentsätze gemäß Art. 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, gelten.

G) Höhere Bewertung der Entschädigung für bleibende Invalidität

Die Entschädigung in Bezug auf die Garantie für die bleibende Invalidität, die nach den in der Police geltenden Liquidationskriterien berechnet ist, wird nach Abzug des eventuell vorgesehenen Selbstbehalts je nach festgestelltem Invaliditätsgrad um die unten angeführten Prozente erhöht. D.h.:

Festgestellter Grad der bleibenden Invalidität	Erhöhung der Entschädigung
1% bis 10%	10%
11% bis 25%	20%
26% bis 50%	30%
51% bis 100%	50%

Sonstiger Versicherungsschutz

H) Pauschalentschädigung für Frakturen

Bei einem im Sinne des Vertrags entschädigungsfähigen Unfall, bei dem der Versicherte eine Knochenfraktur erleidet, die durch eine Röntgenaufnahme bestätigt wird, zahlt das Unternehmen eine zusätzliche Pauschalentschädigung in Höhe von 200,00 € pro Versicherungsjahr.

I) Pauschalentschädigung nach längerer oder mehrmaliger stationärer Behandlung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit

Bei einem im Sinne des Vertrags entschädigungsfähigen Unfall oder einer Krankheit, die nach dem Datum der Vertragswirksamkeit eingetreten ist, unbeschadet der Ausschlüsse gemäß Art. 3.2 im Abschnitt Krankheit, der bzw. die für den Versicherten

- eine stationäre Behandlung in einer klinischen Einrichtung von über 7 aufeinanderfolgenden Tagen mit sich bringt;
- Bei mehreren stationären Aufenthalten in

einer klinischen Einrichtung aufgrund desselben Schadensfalls während des gleichen Versicherungszeitraums mit einer Gesamtdauer des Aufenthalts von 30 Tagen zahlt das Unternehmen eine zusätzliche Pauschalentschädigung in Höhe von 3.000,00 € pro Versicherungsjahr.

L) Pauschalentschädigung für die Immobilisierung

In teilweiser Abweichung und als Erweiterung der Bestimmungen in Art. 2.5.2 "Wahlweise Zusatzgarantien" Buchstabe D.3) "Entschädigung für die Immobilisierung" wird die Garantie auf folgende Fälle erweitert:

- Fraktur (Knochenbruch), die durch eine Röntgenaufnahme bestätigt wird und bei der die Ärzte der Meinung sind, dass kein Gips oder Stützmittel notwendig ist;
- Unfall ohne Fraktur, bei dem die Anwendung eines Stützmittels notwendig ist;
- thermische oder chemische Verbrennungen II. und III. Grades, die mindestens 9% der Hautfläche einer oberen oder unteren Gliedmaße oder 18% der gesamten

Körperfläche betreffen und nicht zu einer stationären Aufnahme in einer klinischen Einrichtung geführt haben.

tete Versicherungsschutz wird auch auf die im Sinne des Vertrags entschädigungsfähigen Unfälle erweitert, die bleibende ästhetische Schäden zur Folge haben.

Zwecks Berechnung der Entschädigung erfolgt die prozentuale Bewertung der bleibenden ästhetischen Schäden anhand der nachfolgend angegebenen Tabelle und Kriterien.

M) Bleibende Invalidität durch einen ästhetischen Schaden

Der mit der bereits in der Police enthaltenen Garantie für die bleibende Invalidität geleis-

Bewertungstabelle des prozentualen Grades der bleibenden ästhetischen Schäden:

Erlittene ästhetische Schäden	% bleibende Invalidität
Schwerwiegende Entstellung des Gesichts	40%
Vollständiger traumatischer Verlust der Kopfhaut	15%
Vollständiger Verlust der Nase	30%
Verlust einer Ohrmuschel	11%
Verlust einer Lippe	15%
Verlust einer halben Lippe	10%
Verlust beider Lippen	25%
Verlust eines Auges ohne die Möglichkeit einer ästhetischen Prothese	10%
Verlust des Unterkiefers	30%
Vollständige Lähmung des Gesichtsnervs a) einseitig b) beidseitig	12% 25%
Narben im Gesicht: a) lineare Narben alle 4 cm, die auf Gesprächsabstand sichtbar sind; b) großflächige Narbe, die auf Gesprächsabstand sichtbar ist, pro cm ² .	3% 1%
Narben am Hals, am Rumpf und an den Gliedmaßen: großflächige hypertrophe Narben, Narben mit veränderter Hautfarbe oder Narbenschumpfung, die auf Gesprächsabstand sichtbar sind, bis 20 cm ² von 20 cm ² bis 50 cm ² über 50 cm ²	0% bis 5% 5% bis 10% 10% bis 15%
Vollständiger Verlust einer Brust	15%
Verlust beider Brüste	25%

Multiple Narben oder der Verlust von Körpersubstanz (Weichteile und/oder Knochensubstanz) im Gesicht werden maximal mit denselben Prozentzahlen bewerten, die für die "schwerwiegende Entstellung des Gesichts" vorgesehen sind. Bei mehrfachen bleibenden ästhetischen Schäden wird die Entschädigung durch die Summierung der entsprechenden Prozentsätze für jede einzelne Beeinträchtigung festgelegt.

Das Unternehmen zahlt keinerlei Entschädigung für bleibenden ästhetischen Schäden von 5% oder darunter. Ist der Schaden hingegen höher als dieser Prozentsatz, wird die Entschädigung nur für den darüber liegenden Teil ausgezahlt.

Bei bleibenden ästhetischen Schäden von 25% oder darüber zahlt das Unternehmen die Entschädigung ohne Anwendung des Selbstbetrags.

In jedem Fall kann der Prozentsatz der entschädigungsfähigen bleibenden Invalidität insgesamt, einschließlich jene durch andere Unfallfolgen, einen Gesamtwert von 100% nicht übersteigen.

N) Zusätzliche Entschädigung für den Todesfall infolge eines Verkehrsunfalls

Bei einem im Sinne des Vertrags entschädigungsfähigen Unfall mit Todesfolge, den der Versicherte erlitten hat als:

- FAHRER von Kraftfahrzeugen, Krafträdern, Kleinkrafträdern und Wasserfahrzeugen zum privaten Gebrauch, Lastkraftwagen und dreirädrigen Fahrzeugen für den Transport von Dingen im eigenen

Namen sowie von Zweirädern, der nach den geltenden Gesetzesbestimmungen dazu befähigt ist.

- BEFÖRDERTER FAHRGAST in öffentlichen und/oder privaten Fortbewegungsmitteln, vorausgesetzt diese Fahrzeuge sind für die Personenbeförderung zugelassen; bei Fahrzeugen für den Transport von Gegenständen gilt die Garantie zugunsten des beförderten Insassen, wenn sich dieser in der Fahrerkabine befindet.
- FUSSGÄNGER, der von einem beliebigen Fahrzeug angefahren wird.

Das Unternehmen zahlt zusätzlich zur bereits in der Police enthaltenen Versicherungssumme für die Garantie im Todesfall eine Pauschalentschädigung von 50.000,00 €.

Bei der Zusatzentschädigung finden die Einschränkungen keine Anwendung, die in Art. 2.2 "Erweiterung der Versicherung - Besondere Risiken", Buchstabe E) für Unfälle infolge von Naturkatastrophen vorgesehen sind.

Ausschluss von anderen Sportarten

O) Leistungssport

In teilweiser Abweichung von Art. 2.3 "Ausschlüsse" Buchstabe d) wird die Versicherung, innerhalb der Grenzen der im Versicherungsschein angegebenen versicherten Garantien und Versicherungssummen, auf Unfälle infolge der Ausübung von Leistungssportarten erweitert, die zu einer der angegebenen Risikoklassen im Versicherungsschein gemäß der nachfolgenden Klassifizierungstabelle gehören:

Risikoklasse	Eingeschlossene Sportarten	Ausgeschlossene Sportarten
1	alle Leistungssportarten ausgenommen der ausgeschlossenen Sportarten	<ul style="list-style-type: none"> • Tennis, Golf, Tauchen ohne Atemgerät, Schwimmen • Basketball, Volleyball, Leichtathletik, Gymnastik, Tanz • Fußball, Hallenfußball, Skisport, Snowboard, Reitsport • Radsport • Extremsportarten, Motorsport und Motorbootsport, Flugsport

2	<p>alle inbegriffenen Leistungssportarten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tennis, Golf, Tauchen ohne Atemgerät, Schwimmen <p>ausgenommen der ausgeschlossenen Sportarten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Basketball, Volleyball, Leichtathletik, Gymnastik, Tanz • Fußball, Hallenfußball, Skisport, Snowboard, Reitsport • Radsport • Extremsportarten, Motorsport und Motorbootsport, Flugsport
3	<p>alle inbegriffenen Leistungssportarten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tennis, Golf, Tauchen ohne Atemgerät, Schwimmen • Basketball, Volleyball, Leichtathletik, Gymnastik, Tanz <p>ausgenommen der ausgeschlossenen Sportarten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fußball, Hallenfußball, Skisport, Snowboard, Reitsport • Radsport • Extremsportarten, Motorsport und Motorbootsport, Flugsport
4	<p>alle inbegriffenen Leistungssportarten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tennis, Golf, Tauchen ohne Atemgerät, Schwimmen • Basketball, Volleyball, Leichtathletik, Gymnastik, Tanz • Fußball, Hallenfußball, Skisport, Snowboard, Reitsport <p>ausgenommen der ausgeschlossenen Sportarten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Radsport • Extremsportarten, Motorsport und Motorbootsport, Flugsport
5	<p>alle inbegriffenen Leistungssportarten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tennis, Golf, Tauchen ohne Atemgerät, Schwimmen • Basketball, Volleyball, Leichtathletik, Gymnastik, Tanz • Fußball, Hallenfußball, Skisport, Snowboard, Reitsport • Radsport <p>ausgenommen der ausgeschlossenen Sportarten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Extremsportarten, Motorsport und Motorbootsport, Flugsport

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den vorgesehenen Bestimmungen in 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgelegt und nach den Bedingungen ausgezahlt, die in der Tabelle "A4 Besondere Bedingungen – Erweiterung auf andere Sportarten" in Art. 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" - wenn diese durch die Angabe der entsprechenden Versicherungssumme im Versicherungsschein wirksam ist - gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art. 2.5.2 „Wahlweise Zusatzgarantien“ Buchstabe C.1) wird für die Leistungen in Gesundheits-

einrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, immer ein ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von 200,00 € angewendet.

P) Extremsportarten

In teilweiser Abweichung von Art. 2.3 "Ausschlüsse" Buchstabe e) und Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe O) Leistungssport, insofern wirksam, wird die Versicherung, innerhalb der Grenzen der im Versicherungsschein angegebenen versicherten Garantien und Versicherungssummen, erweitert auf die Unfälle durch die Ausübung von Extremsportarten, auch wenn diese als Leistungssport ausgeübt werden.

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den vorgesehenen Bestimmungen in 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgelegt und nach den Bedingungen ausbezahlt, die in der Tabelle "A4 Besondere Bedingungen – Erweiterung auf andere Sportarten" in Art. 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" - wenn diese durch die Angabe der entsprechenden Versicherungssumme im Versicherungsschein wirksam ist - gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art. 2.5.2 "Wahlweise Zusatzgarantien" Buchstabe C.1) wird für die Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, immer ein ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von 200,00 € angewendet.

Q) Motorsport und Motorbootsport

In teilweiser Abweichung von Art. 2.3 "Aus-

schlüsse" Buchstabe f) und Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe O) Leistungssport, insofern wirksam, wird die Versicherung, innerhalb der Grenzen der im Versicherungsschein angegebenen versicherten Garantien und Versicherungssummen, erweitert auf die Unfälle durch die Ausübung von Motorsport- oder Motorbootsportarten, auch wenn diese als Leistungssport ausgeübt werden.

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den vorgesehenen Bestimmungen in 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgelegt und nach den Bedingungen ausbezahlt, die in der Tabelle "A4 Besondere Bedingungen – Erweiterung auf andere Sportarten" in Art. 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" - wenn diese durch die Angabe der entsprechenden Versicherungssumme im Versicherungsschein wirksam ist - gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art. 2.5.2 "Wahlweise Zusatzgarantien" Buchstabe C.1) wird für die Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, immer ein ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von 200,00 € angewendet.

R) Flugsport

In teilweiser Abweichung von Art. 2.3 "Ausschlüsse" Buchstabe g) und Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe O) Leistungssport, insofern wirksam, wird die Versicherung, innerhalb der Grenzen der im Versicherungsschein angegebenen versicherten Garantien und Versicherungssummen, erweitert auf die Unfälle durch die Ausübung von Flug-

sportarten, auch wenn diese als Leistungssport ausgeübt werden.

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den vorgesehenen Bestimmungen in 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgelegt und nach den Bedingungen ausgezahlt, die in der Tabelle "A4 Besondere Bedingungen – Erweiterung auf andere Sportarten" in Art. 6.6 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" - wenn diese durch die Angabe der entsprechenden Versicherungssumme im Versicherungsschein wirksam ist - gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art. 2.5.2 „Wahlweise Zusatzgarantien“ Buchstabe C.1) wird für die Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, immer ein ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von 200,00 € angewendet.

Erweiterung auf die im Haushalt lebende Familie

S) Versicherungsschutz für die im Haushalt lebende Familie

Die Versicherung wird zugunsten des Versicherungsnehmers und seiner im Haushalt lebenden Familienmitglieder sowie der Personen geleistet, die im Versicherungsschein ausdrücklich angegeben sind.

Ausgeschlossen sind Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung der mit Sonderklausel versicherbaren Tätigkeiten laut dem ANHANG - TABELLE DER BERUFLICHEN TÄTIGKEITEN der Versicherungsbedingungen erleidet.

Vorausgeschickt, dass die in der Police angegebenen Versicherungssummen pauschal und pro Versicherungsjahr zugunsten aller versicherten Personen geleistet werden, versteht es sich zwecks Auszahlung der Entschädigung, dass:

- 1) die Summen für jede versicherte Person in maximaler Höhe von 50% der im Versicherungsschein angegebenen Summen garantiert werden, auf die die für jede Garantie geltenden und in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Entschädigungskriterien angewandt werden.
- 2) Sollte sich die Anzahl der versicherten Personen wegen Änderungen der im Haushalt lebenden Personen oder aufgrund der Bestimmung gemäß Art. 1.16 „Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags“ der Bestimmungen über die Versicherung allgemein während der Vertragslaufzeit auf nur eine Person reduzieren, werden die Versicherungssummen dieser Person zu 100% zugewiesen.
- 3) Bei einem Ereignis, in das mehrere versicherte Personen verwickelt sind, werden die im Versicherungsschein angegebenen Summen gemäß der Anzahl der am Ereignis beteiligten Personen entsprechend aufgeteilt. Davon unberührt bleiben die Bestimmungen der für jede Garantie geltenden und in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Entschädigungskriterien.

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZE

ABSCHNITT UNFÄLLE		
GRUNDGARANTIE	GRENZEN UND UNTERGRENZEN DER ENTSCHÄDIGUNG	SELBSTBEHALTE UND/ ODER UNGEDECKTE BETRÄGE
A) Todesfall	Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme Rückführung des Leichnams: 10% Versicherungssumme für den Todesfall mit einem Höchstbetrag von 10.000 € . Irreversibler komatöser Zustand: Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme	-
B) Bleibende Invaldität	Bleibende Invaldität Classic 250% der im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme	Selbstbehalt 5% . Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invaldität von 15% oder mehr
	Bleibende Invaldität Top Target Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme	Selbstbehalt 30%
	Bleibende Invaldität - Leibrente Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme	Selbstbehalt 60%

ZUSATZGARANTIE (WÄHLBARE GARANTIE)	GRENZEN UND UNTERGRENZEN DER ENTSCHÄDIGUNG	SELBSTBEHALTE UND/ ODER UNGEDECKTE BETRÄGE
C) Rückerstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> Bei Inanspruchnahme von Vertragsstrukturen der UniSalute oder des staatlichen Gesundheitsdienstes: im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme + 1.000 € Bei Inanspruchnahme von Strukturen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind: Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme <p>Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen, der speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung eingesetzt wird: Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Keinerlei ungedeckter Betrag bei Inanspruchnahme von Vertragsstrukturen der UniSalute oder des staatlichen Gesundheitsdienstes Ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungsfähigen Mindestbetrag von 50,00 € und einem Höchstbetrag von 250,00 € für jeden Unfall bei Inanspruchnahme von Strukturen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.

D) Entschädigung für einen Unfall	Entschädigung für die stationäre Behandlung	Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme Bei stationärer Behandlung in einer Tagesklinik: 50% der Versicherungssumme. Bei einem Klinikaufenthalt im Ausland die Versicherungssumme, erhöht um 50% Maximal 365 Tage für jeden Unfall	-
	Entschädigung Stationäre Behandlung und Genesungszeit	Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme Entschädigung in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jene für die stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik Maximal 90 Tage für jeden Unfall	Aufenthalt von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Tagen
	Entschädigung für Immobilisierung	Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme Maximal 60 Tage für jeden Unfall	-

E) Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall	Vollständige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit	Versicherungssumme, die im Versicherungsschein angegeben ist, für jeden Tag der völligen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit Maximal 365 Tage für jeden Unfall	Selbstbehalt: <ul style="list-style-type: none"> • 7 Tage bis 50 € • 15 Tage in Bezug auf die Versicherungssumme, die 50 € übersteigt; Kein Selbstbehalt im Fall von: <ul style="list-style-type: none"> • stationärer Behandlung von mindestens 2 Tagen • stationärer Behandlung in einer Tagesklinik mit chirurgischem Eingriff
	Teilweise Arbeitsunfähigkeit	Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme: <ul style="list-style-type: none"> • zu 100% für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit • zu 50% für jeden Tag der teilweisen Arbeitsunfähigkeit Maximal 365 Tage für jeden Unfall	
		Versicherungssumme immer in Höhe von 100%, bei: <ul style="list-style-type: none"> • stationärer Behandlung von mindestens 5 aufeinanderfolgenden Tagen oder 30 Tagen insgesamt; • Immobilisierung von mindestens 20 aufeinanderfolgenden Tagen • bleibender Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von 15% • Erstbehandlungen in einer Notaufnahme Maximal 90 Tage für jeden Unfall	
Vollständige Arbeitsunfähigkeit	Versicherungssumme, die im Versicherungsschein angegeben ist für jeden Tag der vollständigen Arbeitsunfähigkeit ; Maximal 365 Tage für jeden Unfall		

ZUSATZGARANTIE (IMMER WIRKSAM)		GRENZEN UND UNTERGRENZEN DER ENTSCHÄDIGUNG	SELBSTBEHALTE UND/ODER UNGEDECKTE BETRÄGE
Schutz der Kinder	Höhere Bewertung zum Schutz der Zukunft	Verdoppelung der Versicherungssummen für den Todesfall mit einer Höchstgrenze von 200.000 €	-
	Verlust eines Schuljahres	2.500 €	-
	Bleibende Invalidität von nicht versicherten minderjährigen Kindern	Rückerstattung der Behandlungskosten bis maximal 10.000 € , wenn beide Elternteile versichert sind und das Kind unter 2 Jahre alt ist;	Siehe Garantie C) Rückerstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen
	Bleibende Invalidität von versicherten minderjährigen Kindern	Erhöhung um 50% der Versicherungssumme für die bleibende Invalidität	-
Komatöser Zustand		10.000 €	

BESONDERE BEDINGUNGEN (GÜLTIG, WENN IM VERSICHERUNGSSCHEIN ANGEGEBEN)	GRENZEN UND UNTERGRENZEN DER ENTSCHÄDIGUNG	SELBSTBEHALTE UND/ ODER UNGEDECKTE BETRÄGE
A) Anwendung der INAIL-Tabelle	-	-
B) Bleibende Invaldität mit 3% Selbstbehalt	250% der im Versiche- rungsschein angegebenen Versicherungssumme	Selbstbehalt 3% . Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invaldität von 15% oder mehr
C) Bleibende Invaldität ohne Selbstbehalt		Kein Selbstbehalt
D) Bleibende Invaldität mit Selbstbehalt UnipolSai Plus		Reduzierte Selbstbehalte bei den ersten fünf Invaldi- tätspunkten. Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invaldität von 15% oder mehr
E) Bleibende Invaldität mit gestaffelten Selbstbehalten		Teilung der Versiche- rungssumme in drei gleiche Teile: • Kein Selbstbehalt auf den ersten Teil der Versiche- rungssumme • 3% Selbstbehalt auf den zweiten Teil der Versiche- rungssumme • 5% Selbstbehalt auf den dritten Teil der Versiche- rungssumme
F) Höhere Bewertung speziell für anatomi- sche Bereiche	250% der im Versiche- rungsschein angegebenen Versicherungssumme	-
G) Höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invaldität	375% der im Versiche- rungsschein angegebenen Versicherungssumme	-
H) Pauschalentschädigung für Frakturen	200 €	-
I) Pauschalentschädigung nach längerer oder mehrmaliger stationärer Behandlung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit	3.000 €	Selbstbehalt: • 7 Tage bei stationärer Behandlung • 30 Tage insgesamt bei mehreren stationären Behandlungen
L) Pauschalentschädigung für die Immobi- lisierung	Siehe Garantie D.3) Entschädigung für die Immobilisierung	-

M) Bleibende Invalidität durch einen ästhetischen Schaden	250% der im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme	-
N) Zusätzliche Entschädigung für den Todesfall infolge eines Verkehrsunfalls	50.000 €	
O) Leistungssport	Bei den Garantien Todesfall, bleibende Invalidität und Rückerstattung der Behandlungskosten die im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme	Bei der Garantie für die bleibende Invalidität: Selbstbehalt 5% Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität von 15% oder mehr Für die Garantie Rückerstattung der Behandlungskosten: Ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem Mindestbetrag von 200 € im Fall der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die kein Partner der UniSalute sind.
P) Extremsportarten		
Q) Motorsport und Motorbootsport	Die Garantie Rückerstattung der Behandlungskosten ist nur in dem Fall gültig, wenn die Erstbehandlungen in einer Notaufnahme erfolgen.	Bei der Garantie für die bleibende Invalidität: Selbstbehalt 10% Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität von 25% oder mehr Für die Garantie Rückerstattung der Behandlungskosten: Ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem Mindestbetrag von 200 € im Fall der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die kein Partner der UniSalute sind.
R) Flugsport		
S) Versicherungsschutz für die im Haushalt lebende Familie	Die im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme zu 50% für jeden Versicherten ; die maximale Entschädigung darf 100% der im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme pro Schadensereignis nicht übersteigen.	

3. ABSCHNITT KRANKHEIT

Art. 3.1 – Gegenstand der Versicherung

Das Unternehmen verpflichtet sich in folgenden Fällen, innerhalb der Grenzen der im Versicherungsschein angegebenen Garantien und Versicherungssummen zur Zahlung eines Tagessatzes:

- stationäre Behandlung in einer klinischen Einrichtung;
- Tagesklinik

die durch Krankheit, Entbindung oder therapeutischen Schwangerschaftsabbruch notwendig wurde und nach dem Wirksamkeitsdatum der Versicherung und vor Vertragsende eingetreten ist.

Gebietserweiterung

Die Versicherung gilt weltweit.

Art. 3.2 - Ausschlüsse

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- a) bei Krankheiten, die zum Wirksamkeitsdatum der Garantien bereits bestanden haben und dem Versicherten bekannt waren; wenn die Police ohne Unterbrechung als Ersatz für eine andere Garantie desselben Versicherungsunternehmens ausgestellt wurde und dieselben Versicherten und identische Risiken betrifft; dieser Ausschluss wird nur auf die Krankheiten beschränkt, die die zum Wirksamkeitsdatum der ersetzten Police bereits bestanden und dem Versicherten bekannt waren.
- b) Geisteskrankheiten und psychische Beschwerden allgemein, einschließlich neurotischer Erkrankungen, Angstsyndromen und/oder Depressionen;
- c) Krankheiten im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen und Halluzinogenen und dem Missbrauch von Alkohol und psychotropen Substanzen;
- d) nicht therapeutisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch und etwaige Folgen;
- e) Therapien in Bezug auf die Unfruchtbarkeit, Sterilität und Impotenz;
- f) Behandlung zu ästhetischen Zwecken (ausgenommen plastische chirurgische

Eingriffe, kieferorthopädische oder zahnärztliche Eingriffe zur Rekonstruktion als direkte Folge des Unfalls oder Eingriffe zur Reduzierung oder Entnahme eines Organs, die im Sinne der Police entschädigungspflichtig sind);

- g) Leistungen und Behandlungen allgemein aus diätetischen Gründen sowie Leistungen und Behandlungen, die nicht von der gelehrten Medizin anerkannt werden (Ministerialdekret vom 31. Oktober 1991, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 262 vom 8/11/1991), wie z.B. homöopathische, phytotherapeutische Behandlungen und Abmagerungskuren allgemein;
- h) stationäre Aufenthalte wegen chronischer Erkrankungen in Gesundheitseinrichtungen zur Langzeitbehandlung (Pflegeheime für chronisch Kranke, Altersheime und andere Institute, die keine Heil Institute sind);
- i) zahnärztliche Behandlungen und die Behandlung von Parodontopathien, wenn diese nicht durch einen im Sinne der Police entschädigungspflichtigen Unfall notwendig geworden sind;
- l) die direkten oder indirekten Folgen von Umwandlungen oder Setzungen der Energie des Atoms, die natürlich erfolgen oder künstlich hervorgerufen werden, sowie die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen (Kernspaltung oder Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.), es sei denn, es handelt sich um die Folgen von medizinischen Therapien, die im Sinne der Police entschädigungspflichtig sind;
- m) die Folgen von Krieg, Aufständen, Volks-erhebungen, gewaltsamen Handlungen und Aggressionen, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat und die politische oder soziale Zwecke haben; Folgen von Vulkanausbrüchen;
- n) HIV-Infektionen und die damit verbundenen Krankheitszustände.

3.3 "Gültigkeitsbeginn der Versicherung und Wartefristen"

Unbeschadet der Bestimmungen in Art. 1.3 "Gültigkeitsbeginn der Versicherung" der Bestimmungen für die Versicherung allgemein beginnt der Versicherungsschutz für den Abschnitt Krankheit:

- ab dem dreißigsten Tag nachdem der Vertrag wirksam geworden ist bei Krankheiten, die nach Vertragsabschluss aufgetreten sind. Bei schwangerschaftsbedingten Krankheiten ist die Garantie unter der Bedingung wirksam, dass die Krankheit nach dem Datum begonnen hat, an dem der Vertrag wirksam wurde.
- ab dem dreihundertsten Tag nachdem der Vertrag wirksam geworden ist bei Krankheiten während des Wochenbetts und bei therapeutischem Schwangerschaftsabbruch.

Wenn der Vertrag ohne Unterbrechung als Ersatz für einen anderen Vertrag desselben Versicherungsunternehmens ausgestellt wurde und dieselben Versicherten und identische Risiken betrifft, gelten die o.g. Wartefristen:

- ab dem Tag, an dem die Versicherung gemäß dem ersetzten Vertrag wirksam geworden ist, und zwar in Bezug auf die Leistungen und die Versicherungssumme, die aus diesem Vertrag hervorgehen;
- ab dem Tag, an dem die Versicherung gemäß dem vorliegenden Vertrag wirksam geworden ist, und zwar begrenzt auf die höheren Summen und die darin vorgesehenen anderen Leistungen.

Gleichfalls gelten die genannten Wartefristen bei eingetretenen Änderungen während der Laufzeit dieser Versicherung ab dem Tag, an dem die Änderung wirksam geworden ist, und zwar für die höheren Summen, die diversen Personen oder versicherten Leistungen.

Art. 3.4 - Grundgarantie
(nur geltend, insofern diese in der Versicherungspolice ausdrücklich angegeben sind)

A) Entschädigung für die stationäre Behandlung

Bei einer stationären Behandlung in einer Ge-

sundheitseinrichtung, auch in einer Tagesklinik, die durch eine Krankheit, die Entbindung oder den therapeutischen Schwangerschaftsabbruch notwendig wird, erstattet das Unternehmen im Anschluss an die klinische Heilung:

- den in der Versicherungspolice angegebenen Tagessatz für jeden Tag des Klinikaufenthalts;
- 50% der in der Versicherungspolice vorgesehenen Entschädigung für jeden Tag des Aufenthalts in einer Tagesklinik.

Die Entschädigung wird auch bei einer stationären Behandlung mit einer Dauer von über 15 Tagen ausgezahlt, die durch eine Veränderung des Gesundheitszustandes notwendig geworden ist, die keine Missbildung oder einen körperlichen Mangel darstellt und nicht durch einen Unfall hervorgerufen wird, auch wenn diese während des stationären Aufenthalts nicht klinisch diagnostiziert wurde.

Die Entschädigung wird für maximal 365 Tage für jede gemeldete Krankheit gezahlt.

Zur Berechnung der Tage des Klinikaufenthalts wird vereinbart, dass der Tag der Entlassung aus der Klinik zwecks Gültigkeit dieser Garantie nicht mitgezählt wird.

B) Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit

Zusätzlich zu dem, was in der Garantie A) Entschädigung für die stationäre Behandlung vorgesehen ist, zahlt das Unternehmen eine Entschädigung für die Genesungszeit mit einem Tagessatz in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jener, der für die stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik vorgesehen ist, insofern der Aufenthalt mindestens zwei aufeinanderfolgende Tage andauert, und zwar ohne eine ärztliche Bescheinigung vorlegen zu müssen und in jedem Fall für einen maximalen Zeitraum von 90 Tagen pro angezeigter Krankheit.

Begrenzt auf angeborene Krankheiten, die dem Versicherten nicht bekannt waren, zahlt das Unternehmen die Entschädigung bis maximal 30 Tage pro Versicherungszeitraum.

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- bei normaler Entbindung ohne Kaiserschnitt oder Schwangerschaftsabbruch aus nicht therapeutischen Gründen;
- Erkrankungen in der Schwangerschaft und während des Wochenbetts.

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZE

ABSCHNITT KRANKHEIT		
GRUNDGARANTIE	GRENZEN UND UNTERGRENZEN DER ENTSCHÄDIGUNG	SELBSTBEHALTE UND/ODER UNGEDECKTE BETRÄGE
A) Entschädigung für die stationäre Behandlung	Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme Bei stationärer Behandlung in einer Tagesklinik: 50% der Versicherungssumme. Maximal 365 Tage für jede Krankheit.	-
B) Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit	Im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme Entschädigung in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jene für die stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik. Maximal 90 Tage für jede Krankheit Maximal 30 Tage für jede angeborene Krankheit	Aufenthalt von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Tagen

4. ABSCHNITT PRÄMIENSCHUTZ

Art. 4.1 - Grundgarantie Versicherungsgegenstand

Vorausgesetzt, dass die mit dieser Garantie versicherte Person ausschließlich der Versicherungsnehmer ist, und unter der Bedingung dass es sich beim Versicherten um eine natürliche Person handelt, verpflichtet sich das Unternehmen, dem Versicherten eine Entschädigung pro Unfall und pro Versicherungszeitraum zu zahlen, und zwar in Höhe der letzten Jahresbruttoprämie, die im Versicherungsschein oder in der letzten Quittung bei der Erneuerung angegeben ist. Dieser Versicherungsschutz ist bei folgenden Ereignissen wirksam:

a) Unfall

des Versicherten, der zum Zeitpunkt des Schadensfalls kein Arbeitnehmer ist, der zu einer von der Notaufnahme oder im Fall der stationären Behandlung von einer klinischen Einrichtung bescheinigten Heilungsprognose von über 45 Tagen (Selbstbeteiligungszeitraum) geführt hat. Zwecks Festlegung der Tage des Selbstbeteiligungszeitraums bei einem Unfall,

der zu einer stationären Behandlung geführt hat, werden die Tage des Aufenthalts in einer klinischen Einrichtung zu den Tagen der im Entlassungsschein angegebenen Heilungsprognose hinzugezählt.

b) Verlust der Beschäftigung

des Versicherten, der zum Zeitpunkt des Schadensfalls in einem Arbeitsverhältnis steht, nach einer „objektiv begründeten“ Kündigung.

Die Versicherung wird mit einem Selbstbeteiligungszeitraum von 45 Tagen geleistet.

Der Selbstbeteiligungszeitraum beginnt am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Sollte die Beschäftigungslosigkeit eine geringere Dauer als der Selbstbeteiligungszeitraum haben, wird keine Entschädigung ausgezahlt. Sollte die Beschäftigungslosigkeit hingegen länger als der Selbstbeteiligungszeitraum andauern, zahlt Unternehmen die im Versicherungsgegenstand angegebene Entschädigung.

Die vorliegende Garantie wird 90 Tage nach dem Gültigkeitsdatum der Versi-

cherung wirksam, und zwar nur begrenzt auf das erste Versicherungsjahr. Ersetzt dieser Vertrag ohne Unterbrechung einen Vertrag mit denselben Garantien gelten die genannten Karenzfristen als aufgehoben.

Art. 4.2 - Ausschlüsse

Zusätzlich zu den Ausschlüssen in Art. 2.3 "Ausschlüsse" des Abschnitts Unfälle, die hiermit bestätigt werden, ist die Versicherung in Bezug auf den Verlust der Beschäftigung in folgenden Fällen unwirksam:

1. begründete Entlassung oder Kündigung aufgrund disziplinarischer Vergehen;
2. Kündigungen unter Familienangehörigen, auch zwischen Eltern und Kindern;
3. Kündigungen;
4. Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei regulärem Ablauf des befristeten Arbeitsvertrags, „Einführungsvertrag“ (ehemaliger Ausbildungs- und Arbeitsvertrag), Ausbildungsvertrag, Verträge

in Bezug auf Arbeitskräfteüberlassung (ehemalige Zeitarbeitsverträge) und und Arbeitsverträge auf Abruf

5. Arbeitsverträge, die nicht durch das italienische Gesetz geregelt sind;
6. Kündigungen aufgrund des Erreichens des Alters für den Anspruch auf "Beitragsaltersrente";
7. Auflösungen des Arbeitsverhältnisses, auch einvernehmlich, die nach Prozessen der Unternehmensumstrukturierung erfolgen, aufgrund derer zusätzliche Ruhestandsbezüge vorgesehen sind;
8. wenn der Arbeitnehmer auf die Mobilitätsliste gesetzt wird, der während der Mobilitätszeit den Anspruch auf Altersrente oder Beitragsaltersrente erreicht;
9. Arbeitslosigkeit, die zu einem Anspruch auf Entschädigung durch die Lohnausgleichskasse für Beschäftigte oder des Bauwesens oder Sonderausgleichskassen führt;
10. Beendigung des Arbeitsverhältnisses während der Probezeit.

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZE

ABSCHNITT PRÄMIENSCHUTZ		
GRUNDGARANTIE	GRENZEN UND UNTERGRENZEN DER ENTSCHÄDIGUNG	SELBSTBEHALTE UND/ODER UNGEDECKTE BETRÄGE
A) Unfall	Jährliche Bruttoprämie in der Police	Selbstbehalt: 45 Tage mit einer Heilungsprognose, die von einer Notaufnahme oder einer klinischen Einrichtung bescheinigt wird.
B) Verlust der Beschäftigung		Selbstbehalt: 45 Tage der Arbeitsunfähigkeit

5. ABSCHNITT ASSISTENZ

Art. 5.1 – Gegenstand der Versicherung

Es wird vorausgeschickt, dass diese Garantie, insofern ausdrücklich im Versicherungsschein angegeben, für alle Versicherten gilt, für die der Abschnitt Unfälle wirksam ist. Das Unternehmen verpflichtet sich, dem Versicherten innerhalb der Grenzen der einzelnen Leistungen und zu den nachfolgenden Bedingungen eine sofortige Hilfe zur unmittelbaren Verfügung zu stellen, wenn sich der Versicherte infolge eines der Ereignisse in Schwierigkeiten befindet, die in den Leistungen in Art. 5.2 "Grundgarantien" beschrieben sind.

Art. 5.2 - Grundgarantie

Folgende Leistungen werden von der Organisationsstruktur der UniSalute erbracht, die das ganze Jahr über rund um die Uhr tätig ist und mit den beschriebenen Modalitäten in Art. 6.17 "Modalitäten für die Anforderung von Assistenzleistungen und Schadensmeldung" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen kontaktiert werden kann.

In Italien und im Ausland erbrachte Leistungen

Ärztliche Meinungen und Informationen

1) Telefonische medizinische Informationen

Die Organisationsstruktur erteilt medizinische Informationen über:

- öffentliche und private Gesundheitseinrichtungen: Lage, Spezialisierungen;
- Arzneimittel: Zusammensetzung, Anwendungsgebiete und Gegenanzeigen;
- die Vorbereitung auf diagnostische Untersuchungen;
- die durchzuführende Prophylaxe bei geplanten Auslandsreisen.

2) Sofortige ärztliche Meinungen

Benötigt der Versicherte infolge eines Unfalls eine dringende telefonische Beratung durch

einen Arzt, erteilt die Organisationsstruktur die notwendigen Informationen und erbieten Ratschläge.

3) Zweite ärztliche Meinung

Bei einem Unfall des Versicherten, falls dieser eine zweite fachärztliche Meinung über eine bereits vom behandelnden Arzt diagnostizierte Krankheit wünscht, verpflichtet sich die Organisationsstruktur unter Zuhilfenahme des eigenen Ärzteteams dazu:

- eine erste Bewertung des vom Versicherten gemeldeten Falls durchzuführen;
- gemeinsam mit dem Versicherten nachzuprüfen, ob die Kopien der klinischen/diagnostischen Unterlagen in seinem Besitz vollständig sind;
- die Namen der Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung zu stellen, die ein Gutachten über die gemeldete Krankheit ausstellen können.

Die Organisationsstruktur:

- wird angeben, welche Dokumente eingereicht werden müssen, um die vorzulegenden klinischen/diagnostischen Unterlagen zu vervollständigen;
- übermittelt dem Versicherten per Fax den Kostenvoranschlag für die Ausgaben, die zu seinen Lasten verbleiben.

Falls der Versicherte eine zweite ärztliche Meinung beantragen möchte, muss er dem Ärzteteam das unterzeichnete Fax als Zeichen der Annahme des Kostenvoranschlags für die Ausgaben, die zu seinen Lasten verbleiben, und als Einverständnis zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten zurücksenden (Datenschutzbestimmungen D.Lgs. Nr. 196 vom 30.06.2003).

Mangels Rückgabe des als Zeichen der Annahme unterschriebenen Kostenvoranschlags ist eine Erbringung der betreffenden Leistung nicht möglich.

Das Versicherungsunternehmen übernimmt folgende Kosten:

- Zusendung der vom Versicherten erhal-

- tenen Dokumentation an den Facharzt
- Übersetzung der Dokumente und die Umwandlung der Bilder zur Nutzung am Computer für die anschließende Übermittlung an den beauftragten Facharzt
- Übersetzung der Antwort des Facharztes
- Rückgabe der gesamten Unterlagen an den Versicherten
- die etwaige telefonische Kontaktaufnahme, um die Informationen zu vervollständigen, die der Versicherte vom Ärzteteam wünscht, wobei eine weitere Kontaktaufnahme mit einem Facharzt möglich ist, um nähere Informationen zu erhalten;
- fachliche Beratung durch das Ärzteteam und die Organisationsstruktur.

Zulasten des Versicherten verbleiben die folgenden Kosten:

- die Vorbereitung und Bereitstellung der Kopien der gesamten klinischen/diagnostischen Unterlagen in seinem Besitz (einschließlich der Unterlagen zur bildgebenden Diagnostik)
- die Zusendung der Kopien der klinischen/diagnostischen Unterlagen mit einem Expresskurier an das Ärzteteam der Organisationsstruktur an die telefonisch mitgeteilte Adresse;
- die Kosten des Honorars für den Facharzt, der die zweite ärztliche Meinung erstellen soll, und die Vergütung der Gesundheitseinrichtung, zu der dieser Facharzt gehört;
- alle weiteren Kosten, die sich aus Anträgen des Versicherten in Bezug auf nähere Informationen ergeben, die nach der Ausstellung der zweiten ärztlichen Meinung notwendig werden sollten. Davon ausgenommen ist eine eventuelle telefonische Kontaktaufnahme des Ärzteteams.

Die Kopien der vom Versicherten eingereichten Dokumentation werden durch einen Expresskurier auf alleinige Gefahr und ausschließliches Risiko des Versicherten zugestellt, und das Unternehmen haftet in keinem Fall für eine etwaige nicht erfolgte Zustellung an die angegebene Adresse.

Zudem weist das Unternehmen jegliche Haftung in Bezug auf die Meinung des hinzugezogenen Facharztes zurück, und bleibt von allen, eventuell aufkommenden Streitigkeiten zwischen dem Versicherten und dem Facharzt oder der Struktur, die die zweite medizinische Meinung erteilt hat, unberührt.

Die Garantie ist nach Zustimmung des Versicherten wirksam und mit der geltenden Gesetzgebung vereinbar ("Schutz der Personen und der Verarbeitung persönlicher Daten" - Datenschutzgesetz Nr. 196/2003).

Leistungen, die in Italien, in der Republik San Marino oder im Staat Vatikanstadt erbracht werden.

Ersthilfe bei medizinischen Notfällen

4) Entsendung eines Arztes

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls an Arbeitstagen in der Zeit von 20.00 bis 8.00 Uhr und innerhalb der 24 Stunden an Sonn- und Feiertagen einen Arzt benötigt und keinen erreichen kann, wird die Organisationsstruktur die Notwendigkeit der Leistung prüfen und auf Kosten des Versicherungsunternehmens einen der Vertragsärzte entsenden. Sollte es keinem der Vertragsärzte möglich sein, persönlich Hilfe zu leisten, wird die Organisationsstruktur ersatzweise den Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen in ein geeignetes, naheliegendes Ärztezentrum organisieren.

5) Entsendung eines Krankenwagens

Benötigt der Versicherte nach der Einlieferung in die Notfallambulanz infolge des Unfalls einen Krankentransport zu seinem Wohnsitz, sorgt die Organisationsstruktur nach Stellungnahme des Arztes der Einsatzzentrale für die Entsendung eines Krankenwagens, wobei das Unternehmen die entsprechenden Kosten bis zu einer Strecke von maximal 300 km und 300,00 € pro Schadensfall und pro Versicherten trägt.

6) Entsendung einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers zum Wohnsitz

Bei einer stationären Behandlung infolge von:

- Fraktur des Oberschenkelknochens
- Frakturen der Wirbel
- Schädelfrakturen mit Verletzungen des Gehirns und/oder Hirnblutungen
- Frakturen, bei denen die Ruhigstellung mindestens einer Gliedmaße notwendig wird
- Beckenfraktur

sowie der sich daraus ergebenden Immobilisierung, die diagnostiziert, in der ärztlichen Verordnung dokumentiert und im Entlassungsschreiben des Krankenhauses angegeben ist und die Notwendigkeit krankenschwesterlicher Leistungen mit sich bringt, sorgt die Vertragsstruktur in den 10 Folgetagen nach dem Krankenhausaufenthalt oder der Gipsabnahme für die Entsendung einer/eines vertraglich gebundenen Krankenschwester/Krankenpfleger, wobei das Unternehmen das Honorar für maximal 1 Stunde täglich für 7 Tage übernimmt.

Um die Garantie in Anspruch zu nehmen, muss der Versicherte der Organisationsstruktur die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der Leistung mindestens 3 Tage vor dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus mitteilen oder sobald er die Verordnung für diese Behandlungen erhalten hat.

7) Entsendung eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz

Bei einer stationären Behandlung infolge von:

- Fraktur des Oberschenkelknochens
- Frakturen der Wirbel
- Schädelfrakturen mit Verletzungen des Gehirns und/oder der Hirnhäute
- Frakturen, bei denen die Ruhigstellung mindestens einer Gliedmaße notwendig wird
- Beckenfraktur

sowie der sich daraus ergebenden Immobilisierung, die diagnostiziert, in der ärztlichen Verordnung dokumentiert und im Entlassungsschreiben des Krankenhauses angege-

ben ist und die Notwendigkeit physiotherapeutische Leistungen mit sich bringt, sorgt die Organisationsstruktur in den 10 Folgetagen nach dem Krankenhausaufenthalt oder der Gipsabnahme für die Entsendung eines vertraglich gebundenen Physiotherapeuten, wobei das Unternehmen das Honorar für maximal 1 Stunde täglich für 7 Tage übernimmt.

Um die Garantie in Anspruch zu nehmen, muss der Versicherte der Organisationsstruktur die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der Leistung mindestens 3 Tage vor dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus mitteilen oder sobald er die Verordnung für diese Behandlungen erhalten hat.

8) Beratung durch einen Psychologen oder Psychotherapeuten

a) Verkehrsunfall mit Todesfolge

Wenn der Versicherte in einen Verkehrsunfall verwickelt wird, bei dem eine Person verstorben ist, veranlasst die Organisationsstruktur auf Kosten des Unternehmens die Entsendung eines vertraglich gebundenen Psychotherapeuten mit Fachausbildung in Notfallpsychologie und Psychotraumatologie an den Wohnsitz des Versicherten oder in die Gesundheitseinrichtung, in die er eingeliefert wurde.

Der Psychotherapeut wird den psychischen Zustand des Versicherten und gegebenenfalls auch den seiner Familienangehörigen bewerten und ihnen den psychologischen Beistand leisten.

Wenn der Facharzt nach dem ersten Gespräch die Notwendigkeit dazu feststellt, können eine psychiatrische Untersuchung und/oder der Beginn der Behandlung der posttraumatischen Störung (Trauertherapie) in der Praxis eines vertraglich an das Unternehmen gebundenen Psychotherapeuten folgen.

Die Behandlung wird bis zur Heilung der posttraumatischen Störung, aber nicht länger als sechs Monate ab dem Datum des Behandlungsbeginns fortgesetzt. Die diesbezüglichen Kosten werden vollständig vom Unternehmen getragen.

Die Entscheidung, mit einer eventuellen Behandlung oder einer psychiatrischen Untersuchung fortzufahren, wird vom Psychotherapeuten getroffen, der das erste Gespräch geführt hat.

Falls der Versicherte eine psychotherapeutische Behandlung in den unmittelbar auf den Unfall folgenden Tagen nicht für notwendig erachtet, kann er deren Beginn innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten ab dem Unfalldatum beantragen.

b) Verkehrsunfall mit "schwerem Schaden" des Versicherten

Wenn der Versicherte in einen Verkehrsunfall verwickelt wird, bei dem er schwere Verletzungen erleidet (siehe Verzeichnung unter dem nachfolgenden Punkt b.1), veranlasst die Organisationsstruktur auf Kosten des Unternehmens die Entsendung eines vertraglich gebundenen Psychotherapeuten mit Fachausbildung in Notfallpsychologie und Psychotraumatologie an den Wohnsitz des Versicherten oder in die Gesundheitseinrichtung, in die er eingeliefert wurde.

Der Psychotherapeut wird den psychischen Zustand des Versicherten und gegebenenfalls auch den seiner Familienangehörigen bewerten und ihnen den psychologischen Beistand leisten.

Wenn der Facharzt nach dem ersten Gespräch die Notwendigkeit dazu feststellt, können eine psychiatrische Untersuchung und/oder der Beginn der Behandlung der posttraumatischen Störung in der Praxis eines vertraglich gebundenen Psychologen oder Psychotherapeuten folgen.

Die Behandlung wird bis zur Heilung der posttraumatischen Störung und in jedem Fall nicht länger als zwölf Monate ab dem Datum des Behandlungsbeginns fortgesetzt, und zwar sowohl für die Person, die die zuvor erwähnten Verletzungen erlitten hat, als auch gegebenenfalls für dessen versicherte Familienmitglieder. Die Kosten bezüglich der Behandlung übernimmt vollständig das Unternehmen.

Die Entscheidung, mit einer eventuellen Behandlung oder einer psychiatrischen Untersuchung fortzufahren, wird vom Psychotherapeuten getroffen, der das erste Gespräch geführt hat.

Falls der Versicherte eine psychotherapeutische Behandlung in den unmittelbar auf den Unfall folgenden Tagen nicht für notwendig erachtet, bleibt die Garantie für einen Zeitraum von drei Monaten ab dem Unfalldatum wirksam.

b.1) Verzeichnis der schweren, bleibenden und irreparablen Verletzungen

AMPUTATIONEN:

von Gliedmaßen oder Teilen davon, mit Ausnahme einzelner Finger, und in jedem Fall mit Totalverlust der Funktion. Der schwere Funktionsverlust der Gliedmaße oder die Verstümmelung ist mit der Amputation vergleichbar.

GENITALIEN:

traumatischer Verlust eines Organs oder Organteils sowohl beim Mann als auch bei der Frau, insbesondere, wenn dies den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit bedeutet. Posttraumatischer Abort.

NARBEN:

Schwer entstehende Hautnarben im Gesicht oder am Körper.

ZUSTAND NACH WIRBELFRAKTUREN MIT VERLETZUNGEN DES KNOCHENMARKS:

mit darauffolgenden schweren neurologischen Defiziten. Gleichgestellt sind die neurologischen und somit funktionalen Defizite infolge von Nervenverletzungen, auch jene, die nicht von der Wirbelsäule ausgehen oder nicht auf Frakturen zurückzuführen sind.

FOLGEN EINES SCHWEREN POLYTRAUMAS:

multiple Läsionen, die in ihrer Gesamtheit zu einem Zustand schwerer Invalidität mit Konsequenzen für die Selbstständigkeit und den Lebensstil führen.

FOLGEN EINES SCHÄDELTRAUMAS:

schwerwiegende Folgen eines Schädeltraumas mit einem darausfolgenden dauerhaften Verlust der Selbstständigkeit. Im Fall des Verlusts oder der erheblichen Einschränkung der geistigen Funktionen richtet sich der psychologische Beistand nur an die Familienangehörigen.

VERLETZUNGEN DER INNEREN ORGANE:

zum Beispiel Milz, Nieren, Leber mit der Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs zur Organentnahme oder mit schwerer Funktionsbeeinträchtigung.

VERLUST DES SEH- ODER HÖRVERMÖGENS:

Totalverlust des Gehörs oder der Sehkraft oder Teilverlust der Sehkraft ($> 7/10$ des Sehvermögens).

9) Entsendung eines Babysitters

Bei einer stationären Behandlung mit einer Fraktur, die zu einer Immobilisierung geführt hat, sorgt die Organisationsstruktur während der stationären Behandlung oder in den 30 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Gipsabnahme für die Entsendung eines Babysitters, wobei das Unternehmen die Vergütung für maximal 6 Stunden wöchentlich und für maximal 14 Tage lang übernimmt.

Die Leistung wird nur erbracht, wenn zur Familie ein minderjähriges Kind gehört oder in die Police eingeschlossen ist.

10) Entsendung einer Pflegekraft

Bei einer stationären Behandlung mit einer Fraktur, die zu einer Immobilisierung geführt hat, sorgt die Organisationsstruktur während der stationären Behandlung oder in den 30 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Gipsabnahme für die Entsendung einer Pflegekraft, wobei das Unternehmen die Vergütung für maximal 6 Stunden pro Woche und für maximal 14 Tage lang übernimmt.

Um die Garantie in Anspruch zu nehmen, muss der Versicherte der Organisationsstruktur die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der Leistung mindestens 3 Tage vor dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus mitteilen oder sobald er die entsprechende Bescheinigung erhalten hat.

11) Entsendung von Arzneimitteln zum Wohnsitz

Die Leistung wird höchstens dreimal pro Versicherten und pro Versicherungsjahr erbracht.

Wenn der Versicherte regelmäßig verschriebene Arzneimittel benötigt und es ist ihm aus schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen, die vom behandelnden Arzt bescheinigt werden, objektiv nicht möglich ist, seinen Wohnsitz zu verlassen, sorgt die Organisationsstruktur nach Abholung des Rezepts beim Versicherten für die Lieferung der verschriebenen Arzneimittel. Zulasten des Versicherten verbleiben nur die Ausgaben für die Arzneimittel.

12) Zustellung der Befunde an den Wohnsitz

Die Leistung wird höchstens dreimal pro Versicherten und pro Versicherungsjahr erbracht.

Wenn sich der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken in Gesundheitseinrichtungen in der Provinz, in der er seinen Wohnsitz hat, unterziehen muss, und es ist ihm aus schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen, die vom behandelnden Arzt bescheinigt werden, objektiv nicht möglich ist, seinen Wohnsitz zu verlassen, sorgt die Organisationsstruktur für die Zustellung der Befunde an den Versicherten oder an den von ihm angegebenen Arzt.

Die Ausgaben für die Untersuchungen hat der Versicherte zu tragen. Der Versicherte muss den Namen des eventuell behandelnden Arztes und die Telefonnummer angeben.

13) Entnahme biologischer Proben

Die Leistung wird höchstens dreimal pro Versicherten und pro Versicherungsjahr erbracht.

Wenn der Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Krankheit Untersuchungen eine dringende und vom behandelnden Arzt bescheinigte Blutuntersuchung durchführen lassen muss und es ihm unmöglich ist, seinen Wohnsitz zu verlassen, sorgt die Organisationsstruktur für die Blutentnahme am Wohnsitz des Versicherten.

Die Kosten für die Blutentnahme trägt das Unternehmen.

Die Kosten für die Blutuntersuchungen und die Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken in Analyselaboren hat der Versicherte zu tragen.

IM AUSLAND ERBRACHTE LEISTUNGEN UND REISEASSISTENZLEISTUNGEN

14) Krankentransport in ein ärztliches Fachzentrum.

Wenn der Versicherte nach einer ersten stationären Behandlung infolge eines Unfalls oder einer Krankheit nach Meinung der Organisationsstruktur in eine besser ausgerüstete Gesundheitseinrichtung eingeliefert werden muss oder in eine Klinik verlegt werden muss, die näher an seinem Wohnort liegt, da sich der Versicherte im Ausland befindet, sorgt das Unternehmen für den Krankentransport des Versicherten.

Je nach Schwere des Falls kann der Transport folgendermaßen erfolgen:

- mit der Bahn in der 1. Klasse und erforderlichenfalls mit Liegeplatz oder im Schlafwagen;
- mit dem Krankenwagen ohne Kilometerbegrenzung;
- mit einem Linienflug, auch mit Krankentrage;
- mit einem Krankenflug innerhalb Europas.

Tritt die Krankheit im Ausland auf, wird der

Krankentransport garantiert, vorausgesetzt es handelt sich um eine akut aufgetretene Krankheit, die dem Versicherten nicht bekannt war.

Die Entscheidung darüber, den Transport durchzuführen und welche Mittel eingesetzt werden, obliegt ausschließlich dem Ärzteteam der UniSalute, die von den technischen und medizinischen Notwendigkeiten des betreffenden Falls abhängt.

Die Leistungen werden nicht für Krankheiten oder Verletzungen erbracht, die nach Meinung des Ärzteteams entweder vor Ort behandelt werden können oder die Fortführung der Reise nicht gefährden. Die Leistung wird in solchen Fällen nicht erbracht, in denen gegen nationale oder internationale Gesundheitsnormen verstoßen wird.

15) Reise eines Familienangehörigen bei einem Krankenhausaufenthalt

Bei einem Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Ausland, der länger als 10 Tage andauert, stellt das Unternehmen einen Fahrchein für die Bahnreise in der ersten Klasse oder ein Flugticket (Economy-Klasse) zur Verfügung, um es einem im Haushalt lebenden Familienangehörigen zu ermöglichen, den im ausländischen Krankenhaus eingelieferten Versicherten zu erreichen. Diese Leistung wird nur dann erbracht, wenn sich kein anderes volljähriges Familienmitglied vor Ort aufhält.

16) Zur Verfügung gestellter Dolmetscher im Ausland

Wenn der Versicherte infolge eines Krankenhausaufenthalts im Ausland Probleme hat, mit den behandelnden Ärzten in der fremden Sprache zu kommunizieren, sorgt das Unternehmen für die Entsendung eines Dolmetschers. Das Unternehmen übernimmt die entsprechenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 500,00 Euro pro Schadensereignis und pro Versicherungsjahr.

17) Verlängerung des Aufenthalts

Macht es der Zustand des Versicherten bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland

nach Meinung der behandelnden Ärzte und des Ärzteteams der Organisationsstruktur notwendig, eine Verlängerung des Aufenthalts vor Ort zu empfehlen, um die Heilung abzuschließen, übernimmt das Unternehmen die Rückerstattung der Hotelkosten bis zu einem Höchstbetrag von 500,00 € pro Schadensereignis und pro Versicherungsjahr.

18) Rückkehr minderjähriger Kinder

Wenn die minderjährigen Kinder unter 15 Jahren infolge eines Krankenhausaufenthalts des Versicherten im Ausland ohne einen volljährigen Begleiter verbleiben, sorgt die Organisationsstruktur für die Rückkehr der Kinder des Versicherten zum Wohnort und übernimmt die entsprechenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 500,00 € pro Schadensereignis und pro Versicherungsjahr.

19) Rückkehr nach einem Krankenhausaufenthalt

Damit der Versicherte infolge eines Krankenhausaufenthalts im Ausland zu seinem Wohnsitz zurückkehren kann, organisiert das Unternehmen die Rückkehr des Versicherten und eines in Italien wohnhaften Verwandten und stellt ihnen einen Fahrschein für die Bahnreise in der ersten Klasse oder ein Flugticket (Economy-Klasse) zur Verfügung, insofern keine Assistenz durch einen Arzt oder medizinisches Fachpersonal notwendig sein sollte.

20) Transport des Leichnams

Verstirbt der Versicherte im Ausland, sorgt die Organisationsstruktur für den Transport des Leichnams bis zum Ort der Bestattung in Italien. Die entsprechenden Kosten trägt das Versicherungsunternehmen. Ausgenommen davon sind die Bestattungs- und Begräbniskosten sowie die Kosten für die Bergung des Leichnams. Für den Fall, dass örtliche Bestimmungen eine provisorische oder endgültige Bestattung vor Ort vorschreiben, organisiert die Organisationsstruktur auf Kosten des Unternehmens die Hin- und Rückreise eines Familienangehörigen des verstorbenen Versicherten (Ehepartner,

Kinder, Eltern, Bruder, Schwester, zusammenlebender Partner), wenn sich keine der genannten Personen bereits vor Ort befindet, und stellt ihm einen Fahrschein für die Bahnreise in der ersten Klasse oder ein Flugticket (Touristenklasse) für die Hin- und Rückreise und/oder jedes andere geeignete Mittel zur Verfügung, um vom Wohnort in Italien zu dem Ort zu reisen, an dem das Begräbnis stattfindet. Die Organisationsstruktur organisiert ebenfalls den Hotelaufenthalt des Familienangehörigen des Verstorbenen, wobei das Unternehmen die Übernachtungskosten bis zu einem Höchstbetrag von 2.000,00 € pro Schadensereignis und pro Versicherungsjahr übernimmt.

Art. 5.3 - Ausschlüsse

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- 1) Kriegshandlungen, Erhebungen, Volksaufstände, Aufruhr, Terrorakte, Sabotage, militärische Besetzung, Invasionen;
- 2) Vulkanausbrüche, Erdbeben, Orkane, Überschwemmungen und/oder Hochwasser;
- 3) direkte und indirekte Folgen von Atomkernumwandlungen, Folgen von Strahlungen durch künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen und die Exposition gegenüber Ionenstrahlung;
- 4) vorsätzliches Handeln des Versicherten.

6. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE LIQUIDATION VON SCHADENSFÄLLEN

BESTIMMUNGEN ZUM ABSCHNITT UNFÄLLE

Art. 6.1 – Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte oder dessen Anspruchsberechtigte müssen dem Unternehmen oder der Agentur, dem der Vertrag anvertraut wurde, einen Schadensfall innerhalb von 10 Tagen ab dem Unfall oder ab dem Tag, an dem sie die Möglichkeit dazu haben, schriftlich melden.

Die vom Versicherten oder im Fall der Unmöglichkeit infolge der nach sich gezogenen Konsequenzen von seinen Anspruchsberechtigten unterzeichnete Schadensmeldung muss eine ärztliche Bescheinigung beigefügt werden. In dieser Bescheinigung müssen der Ort, der Tag und die Uhrzeit des Unfalls sowie eine eingehende Beschreibung des Unfallhergangs angegeben sein.

Der Verlauf der Verletzungen muss durch weitere ärztliche Bescheinigungen dokumentiert werden.

Der Versicherte oder im Todesfall die benannten Begünstigten oder Erben müssen die vom Unternehmen für notwendig erachteten Untersuchungen, Bewertungen und Ermittlungen zulassen.

Der Versicherte ist ferner verpflichtet, sich den vom Unternehmen geforderten medizinischen Untersuchungen und Kontrollen in Italien zu unterziehen und die gesamten medizinischen Unterlagen als Original und als Fotokopie vorzulegen. Diesbezüglich entbindet der Versicherte die Ärzte und die Gesundheitseinrichtungen vom Berufsgeheimnis.

Die Nichterfüllung der o. g. Pflichten kann zum

völligen oder teilweisen Verlust des Rechts auf Entschädigung führen, wie in Art. 1915 des italienischen Zivilgesetzbuches vorgesehen.

In Bezug auf die nachstehenden Unfallgarantien gelten folgende Bestimmungen:

- **Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit:** Die Entschädigung für die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird nach Vorlage der Dokumente ausgezahlt, die die Ursache und Dauer der Arbeitsunfähigkeit nachweisen. Diese Garantie gilt ab 24.00 Uhr des ordnungsgemäß gemeldeten Unfalltages.

Wenn der Versicherte keine ärztlichen Folgebescheinigungen zugesendet hat, erfolgt die Auszahlung der Entschädigung, indem als Datum der Heilung jenes berücksichtigt wird, das auf der letzten, ordnungsgemäß zugesendeten Bescheinigung angegeben ist.

Zwecks Anerkennung dieser Versicherungsleistung behält sich das Unternehmen in allen Fällen das Recht vor, die Übereinstimmung der bescheinigten Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit anhand der vorgelegten Dokumentation nachzuprüfen.

- **Entschädigung für die alleinige stationäre Behandlung oder für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit:** Der Antrag auf Entschädigung, dem die Nachweisdokumente beigefügt sind, die die Ursache und die Dauer des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik belegen, muss innerhalb des 120. Tages nach dem Datum, an dem die stationäre Behandlung beendet wurde, beim Unternehmen eingereicht werden.
- **Entschädigung für die Immobilisierung:** Der Antrag auf Entschädigung, dem die Nachweisdokumente beigefügt sind, die die Ursache und die Dauer der Immobili-

sierung belegen, muss innerhalb des 120. Tages nach dem Datum, an dem das Stützmittel/der Gips abgenommen wurde, beim Unternehmen eingereicht werden.

cherte davongetragen hat, so als würde eine vollkommen gesunde Person davon betroffen sein, ohne den größeren Nachteil aufgrund der zuvor bestehenden Erkrankungen zu berücksichtigen.

Art. 6.2 - Körperliche Beeinträchtigungen und zuvor bestehende Erkrankungen

Das Unternehmen zahlt die Entschädigung für die direkten, ausschließlichen und objektiv feststellbaren Folgen des Unfalls, die nicht mit körperlichen Beeinträchtigungen und zuvor bestehenden Erkrankungen zusammenhängen. Daher sind der Einfluss, den der Unfall auf diesen Zustand haben kann, und die Beeinträchtigung, die diese Erkrankungen auf den Ausgang der durch den Unfall hervorgerufenen Verletzungen haben können, indirekte und somit nicht entschädigungsfähige Folgen.

Bei zuvor bestehenden Verstümmelungen, körperlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen wird die Entschädigung für die bleibende Invalidität ebenfalls nur für die reinen Unfallfolgen ausgezahlt, die der Versi-

Art. 6.3 Ausübung einer anderen Tätigkeit als in der Police angegeben.

Unbeschadet der vertraglichen Ausschlüsse, wird die Entschädigung im Schadensfall folgendermaßen bestimmt:

- in vollständiger Höhe, wenn der Unfall eine Folge der in der Police angegebenen beruflichen Tätigkeit oder einer anderen Berufstätigkeit ist, insofern diese zur selben oder zu einer geringeren Risikoklasse wie die angegebene Berufstätigkeit gehört;
- in gekürzter, anteilmäßiger Höhe gemäß dem unten angegebenen Schema, wenn der Unfall die Folge einer anderen beruflichen Tätigkeit als in der Police erklärt ist und zu einer höheren Risikoklasse als die angegebene Berufstätigkeit gehört.

	In der Police angegebene berufliche Tätigkeit			
Ausgeübte berufliche Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt	Klasse A	Klasse B	Klasse C	Klasse D
Klasse A	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung
Klasse B	-15%	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung
Klasse C	-30%	-20%	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung
Klasse D	-50%	-30%	-20%	Keine Reduzierung

Die Klassifizierung der beruflichen Tätigkeiten ist im Anhang in der "Tabelle der beruflichen Tätigkeiten" enthalten. Ist die Klassifizierung der beruflichen Tätig-

keit im genannten Verzeichnis nicht spezifiziert, wird diese anhand der Gleichwertigkeit und Ähnlichkeit der angegebenen Berufstätigkeiten bewertet.

Art. 6.4 - Liquidation der Garantie für den Todesfall

Falls der Unfall den Tod zur Folge hat, zahlt das Unternehmen die Versicherungssumme nach Erhalt des Totenscheins oder anderer, für notwendig erachteter Unterlagen zu gleichen Teilen an die bezeichneten Begünstigten oder bei mangelnder Bezeichnung an die Erben des Versicherten aus.

Wurde die Entschädigung für die bleibende Invalidität ausgezahlt und der Versicherte verstirbt als Folge des erlittenen Unfalls innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag, zahlt das Unternehmen den Begünstigten oder den Erben die Differenz zwischen der ihnen zustehenden Summe für das Ableben des Versicherten und der bereits an den Versicherten für die bleibende Invalidität ausgezahlten Entschädigung aus, wenn diese niedriger ausfiel.

Basierend auf den Elementen und Umständen des Unfalls kann das Unternehmen die gesamte folgende Dokumentation oder einen Teil davon verlangen:

- Totenschein;
- Ersatzerklärung zum Notorietätsakt;
- Familienstandsbescheinigung (ursprüngliche und aktuelle Bescheinigung);
- Autopsiebericht;
- Bescheinigung, dass die überlebende Ehefrau nicht schwanger ist.
- jede weitere Dokumentation, die zwecks Liquidation der Entschädigung für notwendig erachtet wird.

Art. 6.4.1 - Todeserklärung

Falls infolge eines gemäß Vertrag entschädigungsfähigen Unfalls der Körper des Versicherten nicht aufgefunden wird und man davon ausgeht, dass er verstorben ist, zahlt das Unternehmen die Versicherungssumme für den Todesfall zu gleichen Teilen an die bezeichneten Begünstigten oder bei mangelnder Bezeichnung an die Erben aus.

Die Zahlung erfolgt nach Ablauf von sechs

Monaten ab Einreichung des Antrags auf Todeserklärung (Artikel 60, Satz 3 und Artikel 62 des italienischen Zivilgesetzbuchs) nach den Modalitäten gemäß der Artikel 726 und 727 der italienischen Zivilprozessordnung. Bei Versinken, Schiffbruch oder Flugzeugabsturz erfolgt die Zahlung nach Ablauf von sechs Monaten ab dem Unfalldatum nur dann, wenn der Versicherte als Folge des Unfalls für verschollen erklärt wird, nachdem die Anwesenheit des Versicherten an Bord von der zuständigen Behörde festgestellt wurde (Artikel 211 und 838 des italienischen Luft- und Schifffahrtsgesetzes).

Weiterhin gilt, dass das Unternehmen das Recht auf die Rückerstattung der ausgezahlten Summe hat, wenn der Versicherte nach der Zahlung der Entschädigung nicht verstorben sein sollte bzw. nicht infolge des entschädigungsfähigen Unfalls verstorben ist. Nach erfolgter Rückerstattung kann der Versicherte seine Rechte in Bezug auf die eventuell verbleibende Invalidität geltend machen.

Art. 6.4.2 - Auszahlung der Entschädigung für den Todesfall bei einem irreversiblen komatösen Zustand

Die Versicherungssumme für den Todesfall wird auch dann ausgezahlt, wenn der komatöse Zustand irreversibel wird, da er seit 180 aufeinanderfolgenden Tagen ununterbrochen andauerte. Unbeschadet davon bleibt die zusätzliche Schadensmeldung, die das Fortbestehen des komatösen Zustands für den o.g. Zeitraum nachweist, wie von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt.

Nach Auszahlung der Entschädigung zu gleichen Anteilen an die benannten Begünstigten oder wenn diese nicht benannt wurden, an den nicht getrennt lebenden Ehepartner des Versicherten, an seine Kinder und Nachkommen, oder wenn keine der o.g. Personen existiert, an die Vorfahren, **endet die Versicherung gegenüber dem Versicherten, der den Unfall erlitten hat.** Unberührt davon bleiben die nachfolgenden Bestimmungen.

Wenn der Versicherte nach Auszahlung der Entschädigung laut diesem Artikel aus dem Koma erwacht, gilt Folgendes:

- Dem Versicherten steht die eventuelle Differenz zwischen der geschuldeten Entschädigung für die bleibende Invalidität und der Versicherungssumme für den Todesfall, die den Begünstigten bereits ausbezahlt wurde, wenn der entschädigungsfähige Unfall beim Versicherten eine bleibende Invalidität hinterlässt, die zur Auszahlung einer höheren Summe als jener, die bereits für den Todesfall gezahlt worden ist, führt. Andernfalls verzichtet das Unternehmen auf Rückerstattung der bereits gezahlten Summen.
- Der Versicherte verzichtet auf jegliche Eintreibung und/oder Regressansprüche gegenüber dem Versicherungsunternehmen, wobei diesbezüglich nur die tatsächlichen Empfänger der Versicherungssummen als passiv legitimiert berücksichtigt werden.

6.5 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität

Die Bewertung der bleibenden Invalidität durch einen Unfall erfolgt anhand der Prozentsätze in der nachstehenden BEWERTUNGSTABELLE und mit folgenden Kriterien:

- Führt die Verletzung zu einer Beeinträchtigung und nicht zum vollständigen anatomischen oder funktionalen Verlust, werden die in der Tabelle angegebenen Prozentsätze im Verhältnis zur verlorenen Funktion gekürzt.

- In Fällen, die nicht genauer in der Tabelle angegeben sind, wird die Entschädigung mit Bezug auf die Prozentsätze der angegebenen Fälle festgelegt, wobei die verminderte Arbeitsfähigkeit allgemein unabhängig vom Beruf des Versicherten berücksichtigt wird.
- Bei einem teilweisen oder vollständigen anatomischen oder funktionalen Verlust mehrerer Organe oder Gliedmaßen wird ein Invaliditätsgrad angewendet, welcher der Summe der einzelnen, für jede Verletzung anerkannten Prozentsätze entspricht, bis maximal 100%.
- Wenn der Unfall zu Beeinträchtigungen an mehr als einem der anatomischen Bereiche und/oder Gelenken einer einzelnen Gliedmaße führt, wird die Bewertung nach dem Kriterium der rechnerischen Summe durchgeführt, bis maximal der Wert erreicht ist, der dem anatomischen Gesamtverlust der betreffenden Gliedmaße entspricht.
- Bei einem anatomischen und funktionalen Verlust eines bereits beeinträchtigten Organs oder Gliedmaße werden die vorstehend angegebenen Prozentsätze unter Berücksichtigung des bereits zuvor bestehenden Invaliditätsgrads herabgesetzt.
- Bei der Bewertung von Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens wird die Höhe des Invaliditätsgrades unter Berücksichtigung der Anwendbarkeit von Seh- und Hörhilfen zur Korrektur bestimmt.

BEWERTUNGSTABELLE

Gliedmaße/Organ	% der bleibenden Invalidität bei vollständigem oder teilweisem anatomischen oder funktionalen Verlust
Ein Arm	70%
Eine Hand oder ein Unterarm	60%

Ein Daumen		18%
Ein Zeigefinger		14%
Ein Mittelfinger		8%
Ein Ringfinger		8%
Ein kleiner Finger		12%
Ein Fingerglied des Daumens		9%
Ein Fingerglied eines anderen Fingers		1/3 des Fingers
Ein Fuß		40%
Beide Füße		100%
Eine große Zehe		5%
Eine andere Zehe des Fußes		1%
Ein Glied der großen Zehe		2,5%
Ein Bein oberhalb des Knies		60%
Befund einer Verletzung des medialen Meniskus, unabhängig von der anwendbaren Behandlung		2%
Ein Bein in Höhe oder unterhalb des Knies		50%
Ein Auge		25%
Beide Augen		100%
Eine Niere		15%
Volltaubheit auf einem Ohr		10%
Volltaubheit auf beiden Ohren		40%
Totalverlust der Stimme		30%
Folgen einer verschobenen Rippenfraktur		1%
Zustand nach einer Fraktur ohne neurologische Schäden mit keilförmiger Deformation:	eines Halswirbels	12%
	eines Rückenwirbels	5%
	12° dorsal	10%
	eines Lendenwirbels	10%
Folgeerscheinungen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule mit Muskelkontraktion und Einschränkung der Kopfbewegung.		2%
Zustand nach Verletzung des seitlichen Meniskus, unabhängig von der anwendbaren Behandlung		3%
Instabilität des Knies durch vollständige Läsion des vorderen Kreuzbandes		9%
Subkutane Ruptur einer Bizepssehne am Oberarm		5%
Subkutane Ruptur der Patellasehne		9%
Subkutane Ruptur der Achillessehne		4%

Art. 6.6 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität durch einen Unfall wird basierend auf der nachstehenden **ENTSCHÄDIGUNGSTABELLE** ausgezahlt. Hierbei wird auf die Versiche-

rungssumme für die bleibende Invalidität der zu liquidierende Prozentsatz angewendet, der dem gemäß den Kriterien in Art. 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgestellten Invaliditätsgrad entspricht.

BEWERTUNGSTABELLE:

A1) Grundgarantie

Festgestellter Invaliditätsgrad	Bleibende Invalidität "Classic" (5% Selbstbehalt) Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz	Bleibende Invalidität "Top Target" (30 % Selbstbehalt) Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	1	0
7	2	0
8	3	0
9	4	0
10	5	0
11	6	0
12	7	0
13	8	0
14	9	0
15	15	0
16	16	0
17	17	0
18	18	0
19	19	0
20	20	0
21	21	0
22	22	0
23	23	0

24	24	0
25	25	0
26	26	0
27	27	0
28	28	0
29	29	0
30	30	0
31	47	100
32	48	100
33	50	100
34	51	100
35	53	100
36	54	100
37	56	100
38	57	100
39	59	100
40	60	100
41	62	100
42	63	100
43	65	100
44	66	100
45	68	100
46	69	100
47	71	100
48	72	100
49	74	100
50 bis 79	100	100
80 bis 99	150	100
100	250	100

A2) Besondere Bedingungen *Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität "Classic"*

Festgestellter Invaliditätsgrad	B) Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz	C) Bleibende Invalidität <u>OHNE SELBSTBEHALT</u> Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz	D) Bleibende Invalidität UnipolSai Plus Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz
1	0	1	0,3
2	0	2	0,6
3	0	3	1
4	1	4	1,5
5	2	5	2
6	3	6	3
7	4	7	4
8	5	8	5
9	6	9	6
10	7	10	7
11	8	11	8
12	9	12	9
13	10	13	10
14	11	14	11
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28

29	29	29	29
30	30	30	30
31	47	47	47
32	48	48	48
33	50	50	50
34	51	51	51
35	53	53	53
36	54	54	54
37	56	56	56
38	57	57	57
39	59	59	59
40	60	60	60
41	62	62	62
42	63	63	63
43	65	65	65
44	66	66	66
45	68	68	68
46	69	69	69
47	71	71	71
48	72	72	72
49	74	74	74
50 bis 79	100	100	100
80 bis 99	150	150	150
100	250	250	250

A3) Sonderbedingung - Bleibende Invalidität mit gestaffelten Selbstbehalten

Festgestellter Invaliditätsgrad	Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz		
	Auf das erste Drittel der Versicherungssumme	Auf das zweite Drittel der Versicherungssumme	Auf das dritte Drittel der Versicherungssumme
1	1	0	0
2	2	0	0
3	3	0	0
4	4	1	0
5	5	2	0
6	6	3	1
7	7	4	2
8	8	5	3
9	9	6	4
10	10	7	5
11	11	8	6
12	12	9	7
13	13	10	8
14	14	11	9
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29

30	30	30	30
31	47	47	47
32	48	48	48
33	50	50	50
34	51	51	51
35	53	53	53
36	54	54	54
37	56	56	56
38	57	57	57
39	59	59	59
40	60	60	60
41	62	62	62
42	63	63	63
43	65	65	65
44	66	66	66
45	68	68	68
46	69	69	69
47	71	71	71
48	72	72	72
49	74	74	74
50 bis 79	100	100	100
80 bis 99	150	150	150
100	250	250	250

A4) Besondere Bedingungen – Erweiterung auf andere Sportarten

Festgestellter Invaliditätsgrad	O) Leistungssport Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz	P) Extremsportarten allgemein Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz	Q) Motorsport/ Motorbootsport Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz	R) Flugsport Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	1	1	0	0
7	2	2	0	0
8	3	3	0	0
9	4	4	0	0
10	5	5	0	0
11	6	6	1	1
12	7	7	2	2
13	8	8	3	3
14	9	9	4	4
15	15	15	5	5
16	16	16	6	6
17	17	17	7	7
18	18	18	8	8
19	19	19	9	9
20	20	20	10	10
21	21	21	11	11
22	22	22	12	12
23	23	23	13	13
24	24	24	14	14
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30

31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60 bis 100	100	100	100	100

Art. 6.7 - Durch Verletzung oder Kraftanstrengung verursachte Hernien

Die bleibende Invalidität infolge einer durch Verletzung oder Kraftanstrengung verursachten Hernie wird folgendermaßen entschädigt:

- Ist die Hernie nach ärztlicher Meinung operierbar und hinterlässt keine bleibende Invalidität, zahlt das Unternehmen einen Tagessatz in Höhe von 1/100 der Versicherungssumme für die bleibende Invalidität aus, mit einem Höchstbetrag von 100,00 € pro Tag und für eine Dauer, die dem Zeitraum für die notwendige stationäre Behandlung zur Durchführung des chirurgischen Eingriffs entspricht. Diese Entschädigung kann auf andere vertraglich vorgesehene Entschädigungen angerechnet werden.
- Ist die Hernie nach ärztlicher Meinung inoperabel, zahlt das Versicherungsunternehmen die Entschädigung auf der Basis des eventuell verbleibenden Invaliditäts-

grades aus, der in jedem Fall nicht höher als mit 10% der bleibenden Invalidität insgesamt bewertet wird.

Bei Beanstandungen über die Operierbarkeit und die Art der Hernie kann die Entscheidung einem Ärztekollegium übertragen werden, wie in Art. 6.19 "Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung" vorgesehen.

Art. 6.8 - Naturkatastrophen

Nur wenn im Versicherungsschein die Garantie "Bleibende Invalidität Classic" wirksam ist und begrenzt auf Unfälle durch folgende Naturkatastrophen: Erdbeben, Vulkanausbrüche, Seebeben, Überschwemmungen und Hochwasser, wird die bleibende Invalidität, die nach den Kriterien und der Bewertungstabelle in Art. 6.5 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgestellt wurde, mit nachfolgend beschriebenen Modalitäten ausbezahlt:

Festgestellter Invaliditätsgrad	Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0
10	0
11	1
12	2
13	3
14	4
15	15
16	16
17	17

18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	47
32	48
33	50
34	51
35	53
36	54
37	56
38	57
39	59
40	60
41	62
42	63
43	65
44	66
45	68
46	69
47	71
48	72
49	74
50 bis 79	100
80 bis 99	150
100	250

Art. 6.9 - Entschädigungskriterien der Garantie "Rückerstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen"

Das Versicherungsunternehmen hat die Gesellschaft UniSalute mit der Verwaltung, Bearbeitung und Auszahlung der Schadensfälle in Bezug auf die "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" beauftragt.

Art. 6.9.1 – Schadensmeldung und Pflichten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten

Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind, muss der Versicherte die rund um die Uhr besetzte Organisationsstruktur der UniSalute S.p.A. unter der gebührenfreien Rufnummer 800 212477 in Italien bzw. unter der Rufnummer +39 0516389048 6389048 aus dem Ausland kontaktieren und die geforderte Leistung genau angeben.

Nach Bewertung des Antrags wird die Organisationsstruktur einen Termin mit der Gesundheitseinrichtung vereinbaren und dem Versicherten die Angaben zum Termin mitteilen.

Sollten es dringende Gründe, die von der Gesundheitseinrichtung bescheinigt werden, unmöglich machen, die Organisationsstruktur vorab zu kontaktieren, werden die Kosten gemäß den Bestimmungen in Art. 6.9.2 "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind", Art. 6.9.3 "Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind",

und Art. 6.9.4 "Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes" ausgezahlt.

Nimmt der Versicherte Leistungen einer vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtung in Anspruch, ohne zuvor die Organisationsstruktur kontaktiert zu haben und demzufolge die vereinbarten Tarife nicht angewendet werden können, erfolgt die Rückerstattung der getragenen Kosten mit den Modalitäten in Art. 6.9.3 "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen oder bei Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind" und in Art. 2.5.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Punkt C1) "Modalitäten für die Leistungser-

bringung", Buchstabe b) "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind".

Art. 6.9.2 – Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind.

Der Versicherte muss der Vertragsstruktur bei der Durchführung der Leistung ein Ausweisdokument sowie die Verschreibung des behandelnden Arztes mit Angabe der Art der Erkrankung und der angeforderten diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen vorlegen. Bei einer stationären Behandlung muss der Versicherte zudem bei seiner Einweisung in das Krankenhaus die Verpflichtungserklärung und bei seiner Entlassung die Kostenbelege als Nachweis der erhaltenen Leistungen unterzeichnen.

Bei einer ambulanten Leistung muss der Versicherte die Ausgabenbelege zur Bescheinigung der erhaltenen Leistungen unterschreiben.

UniSalute wird der Vertragsstruktur die Gebühren für die genehmigten medizinischen Leistungen direkt vergüten. Zu diesem Zweck ermächtigt der Versicherte die UniSalute zur Zahlung des Gesamtbetrags für die aufgewandten und von der Garantie abgedeckten medizinischen Ausgaben an die Vertragsstrukturen/Vertragsärzte.

Die Gesundheitseinrichtung kann jedoch weder Zahlungen vom Versicherten fordern noch ihm gegenüber Regressansprüche geltend machen, mit Ausnahme von Forderungen in Bezug auf Kosten für Leistungen, die nicht in den vertraglichen Garantien vorgesehen sind, die die Versicherungssumme übersteigen oder nicht genehmigt wurden.

Falls während der stationären oder ambulanten Behandlung in einer Vertragsstruktur die Leistung eines Arztes erbracht wird, der nicht vertraglich an die UniSalute gebunden ist, werden sämtliche Kosten mit den Modalitäten beglichen, die in Art. 6.9.3 "Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind" und in Art. 2.5.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Punkt C1) "Modalitäten für die Leistungserbringung", Buchstabe b) "Leistungen in Ge-

sundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind" beschrieben sind. Werden Leistungen erbracht, die nicht im Vertrag vorgesehen sind und/oder nicht von UniSalute genehmigt wurden, sorgt der Versicherte direkt im vertraglich gebundenen Gesundheitszentrum für deren Zahlung.

Art. 6.9.3 - Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.

Für die Rückerstattung der aufgewendeten Kosten muss der Versicherte der UniSalute S.p.A. unter nachstehender Anschrift die nachfolgend angegebenen Unterlagen zusenden: - Rimborsi UnipoSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO:

- das ordnungsgemäß und in all seinen Teilen ausgefüllte und unterzeichnete Formular für die Schadensmeldung
- bei einer stationären Behandlung die mit dem Original übereinstimmende Kopie der Krankenakte;
- bei ambulanten Behandlungen die Kopie der ärztlichen Verordnungen.

Der Versicherte muss in die von UniSalute eventuell angeforderten ärztlichen Kontrolluntersuchungen einwilligen und dieser alle medizinischen Informationen in Bezug auf die angezeigte Krankheit übermitteln, wobei er die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben, vom diesbezüglichen Berufsgeheimnis entbindet.

Die Zahlung der Summe, die dem Versicherten zusteht, erfolgt, nachdem bei der UniSalute innerhalb von 45 Tagen ab Empfang der notwendigen und vollständigen Unterlagen zur Bewertung des Schadensfalls die Fotokopie der Dokumente für die getragenen Kosten (Kostenaufstellung und Belege) eingereicht wurden, aus denen die entsprechende Zahlungsquittierung hervorgeht.

Hat der Versicherte bei anderen Versicherern einen Antrag auf Rückerstattung für denselben Versicherungsfall eingereicht und diese Rückerstattung tatsächlich erhalten, wird dem Versicherten ausschließlich der Betrag ausgezahlt, der zu seinen Lasten geht. Die

Auszahlung des genannten Betrags, dessen Höhe dokumentiert und bescheinigt sein muss, erfolgt nach den Modalitäten gemäß Art 2.5.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Punkt C1) "Modalitäten für die Leistungserbringung", Buchstabe b) "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind", abzüglich der Summe, die Dritten bereits zurückerstattet wurde.

Art. 6.9.4 - Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes

Für die stationären und ambulanten Behandlungen in Einrichtungen des staatlichen Gesundheitsdienstes oder in akkreditierten Gesundheitseinrichtungen erfolgt die Liquidation der aufgewendeten Kosten nach den Modalitäten in den Artikeln 6.9.2 "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind" oder 6.9.3 "Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind".

Art. 6.9.5 - Verwaltung der Kostenunterlagen

a) Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind.

Die Kostenunterlagen für medizinische Leistungen in Vertragsstrukturen, die von UniSalute genehmigt wurden, werden dem Versicherten direkt von der Gesundheitseinrichtung ausgehändigt.

b) Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.

Um den Versicherten in Bezug auf den Stand seiner Anträge auf Rückerstattung auf dem Laufenden zu halten, wird ihm UniSalute folgende Zusammenstellungen zusenden:

- monatliche Aufstellung der Anträge auf Rückerstattungen in Erwartung der Dokumentation, die im vergangenen Monat ausgezahlt oder nicht liquidiert wurden;
- jährliche Aufstellung der gesamten Kostenunterlagen, die während des gesamten Jahres eingereicht wurden, mit Angabe des geforderten Betrags, des ausgezahlten Betrags und des allfälligen

Kostenanteils, der zulasten des Versicherten verbleibt.

Art. 6.9.6 - Pflicht zur Rückzahlung von ungeschuldet gezahlten Beträgen

Wenn bei medizinischen Leistungen in einer Gesundheitseinrichtung festgestellt werden sollte, dass die Versicherung nicht greift und/oder unwirksam ist, wird dem Versicherten dies mitgeteilt. Im Sinne und kraft Artikel 2033 des italienischen Zivilgesetzbuchs muss der Versicherte der UniSalute alle der Gesundheitseinrichtung ungeschuldet gezahlten oder dem Kunden zurückerstatteten Beträge zurückzahlen.

Art. 6.10 - Entschädigungskriterien der Garantie "Entschädigung bei einem Unfall" und "Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall"

Für die Entschädigung der garantierten Leistungen in den Garantien "Entschädigung bei einem Unfall" und "Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall" gemäß Art. 2.5.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Buchstaben D) und E) gelten die in den einzelnen Garantieabschnitten angegebenen Bestimmungen.

Art. 6.11 – Auszahlung der Pauschalentschädigung bei einem komatösen Zustand

Das Unternehmen zahlt die vorgesehene Pauschalentschädigung nach Erhalt der geeigneten medizinischen Unterlagen der zuständigen Krankenhausbehörde, die den nach dem Unfall eingetretenen komatösen Zustand nachweisen.

Die Versicherung wird an den Versicherten ausbezahlt, insofern dies möglich ist. Andernfalls erfolgt die Auszahlung zu gleichen Anteilen an die benannten Begünstigten oder wenn diese nicht benannt wurden, an den nicht getrennt lebenden Ehepartner des Versicherten, an seine Kinder und Nachkommen, oder wenn keine der o.g. Personen existiert, an die Vorfahren.

Wenn der Versicherte nach Auszahlung der Entschädigung gemäß dieses Artikels aus dem Koma erwacht, verzichtet er auf jegliche Eintreibung und/oder Regressansprüche

gegenüber dem Versicherungsunternehmen, wobei diesbezüglich nur die tatsächlichen Empfänger der Versicherungssummen als passiv legitimiert berücksichtigt werden.

Art. 6.12 - Entschädigungsvorschuss

A) Für die bleibende Invaldität

Nach 90 Tagen ab dem Einreichungsdatum der Schadensmeldung kann der Versicherte die Zahlung eines Vorschusses in Höhe von 50% der voraussichtlichen Entschädigung verlangen, der bis maximal 50.000,00 € gewährt wird und bei endgültiger Schadensregulierung verrechnet wird. Dieser Vorschuss wird unter folgenden Bedingungen gewährt:

- 1) Es bestehen keine Zweifel über die Entschädigungsfähigkeit des Unfalls.
- 2) Anhand einer geeigneten Bescheinigung eines Rechtsmediziners ist ein Invaliditätsgrad von 15% oder mehr zu erwarten.

Das Versicherungsunternehmen sorgt für die Auszahlung innerhalb von 30 Tagen ab dem Zeitraum, in dem das Vorliegen der Bedingungen geprüft werden konnte, die das Recht auf einen Vorschuss begründen. Unbeschadet davon bleibt das Recht des Unternehmens auf Rückerstattung, wenn Umstände eintreten, die zu einer wenn auch nur teilweisen Unwirksamkeit der Versicherungsgarantie führen.

B) Entschädigung für die stationäre Behandlung bzw. für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit und/oder die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Bei einem Unfall, der zu einer stationären Behandlung und/oder zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 Tagen ohne Unterbrechung führt, die durch geeignete medizinische Unterlagen dokumentiert ist, kann der Versicherte eine Vorauszahlung in Höhe von 30 Tagen als Vorschuss auf die zustehende Entschädigung beantragen.

Die Vorauszahlung stellt keine endgültige Anerkennung des Rechts auf die vereinbarte Entschädigung dar. Sollte daher im Anschluss festgestellt werden, dass die Voraussetzungen für das Recht auf Entschädigung nicht erfüllt sind, verpflichtet sich der Versicherte,

die Summe zurückzuerstatten, die er als Vor-
schuss erhalten hat.

BESTIMMUNGEN ZUM ABSCHNITT KRANKHEIT

Art. 6.13 – Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall

Der Versicherungsnehmer oder der Versi-
cherte oder seine Anspruchsberechtigten
müssen dem Unternehmen oder der Agen-
tur, dem der Vertrag anvertraut wurde, einen
Schadensfall innerhalb von 10 Tagen ab dem
Tag, an dem sie die Möglichkeit dazu haben,
schriftlich anzeigen.

Der vom Versicherten oder von seinen An-
spruchsberechtigten (im Fall der Unmöglich-
keit des Versicherten aufgrund der nach sich
gezogenen Konsequenzen) unterzeichneten
Schadensmeldung muss eine ärztliche Be-
scheinigung beigefügt werden.

Bei einer stationären Behandlung muss der
Versicherte die mit dem Original übereinstim-
mende Kopie der Krankenakte zusenden. Der
Versicherte muss in die vom Unternehmen
eventuell angeforderten ärztlichen Kontroll-
untersuchungen einwilligen und dieser alle
medizinischen Informationen in Bezug auf die
angezeigte Krankheit übermitteln, wobei er
die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt
haben, vom diesbezüglichen Berufsgeheim-
nis entbindet.

Die Kosten für ärztliche Bescheinigungen und
alle weiteren medizinischen Unterlagen ver-
bleiben zulasten des Versicherten.

Die Nichterfüllung der o. g. Pflichten kann
den vollständigen oder teilweisen Verlust des
Rechts auf Entschädigung zur Folge haben.

Art. 6.14 - Entschädigungskriterien der Gar- antie "Entschädigung für die stationäre Be- handlung und für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit"

Für die Entschädigung der Leistungen in Bezug
auf die Garantie "Tagessatz für die stationäre
Behandlung " und "Tagessatz für die station-
äre Behandlung und Genesungszeit" gemäß
Art. 3.4 "Geleistete Garantien" Buchstaben A)
und B) gelten die in den einzelnen Garantieab-
schnitten vorgesehenen Bestimmungen.

BESTIMMUNGEN ZUM ABSCHNITT PRÄMIENSCHUTZ

Art. 6.15 - Entschädigungskriterien

Bei Schadensfällen, die im Lauf eines jeden
Versicherungsjahrs eingetreten sind, erfolgt
die Zahlung des jährlichen entschädigungs-
fähigen Betrags, sofern die für jede Versi-
cherungsabdeckung vertraglich festgelegten
Selbstbehalte eingehalten wurden, unabhän-
gig davon, dass der Abschluss des Schadens-
falls den jährlichen Vertragsauslauf zeitlich
überschreitet.

Art. 6.16 – Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall

Der Versicherte oder dessen Anspruchsbere-
chtigte müssen dem Unternehmen oder
der Agentur, dem der Vertrag anvertraut wur-
de, einen Schadensfall innerhalb von 10 Tagen
ab dem Tag, an dem sie die Möglichkeit dazu
haben, schriftlich anzeigen.

Für alle Zahlungen des Unternehmens muss
dem Versicherer die Dokumentation vorge-
legt werden, die geeignet ist, um das
tatsächliche Bestehen der Zahlungspflicht
nachzuprüfen und gegebenenfalls die An-
spruchsberechtigten zu ermitteln.

Folgende Dokumente sind für jede Garantie
unbedingt vorzulegen (unbeschadet weiterer,
vom Unternehmen geforderter Unterlagen):

- Verlust der Beschäftigung: Dokumentati-
on, die geeignet ist, die objektiv begrün-
dete Kündigung und die weiterhin beste-
hende Arbeitslosigkeit nachzuweisen.
- Unfall: von der Notaufnahme oder der
Gesundheitseinrichtung ausgestellte
Bescheinigung, auf der die Heilungspro-
gnose in Bezug auf den erlittenen Unfall
angegeben ist.

In jedem Fall behält sich das Unternehmen
das Recht vor, den Versicherten ärztlichen
Untersuchungen unterziehen zu lassen.

Es können nur dann etwaige zusätzliche Un-
terlagen gefordert werden, wenn die o. g.
Dokumentation nicht ausreicht, um das tat-
sächliche Bestehen der Zahlungspflicht zu
prüfen und gegebenenfalls die Anspruchsbere-
chtigten zu ermitteln bzw. wenn besondere
Anforderungen in Bezug auf die Ermittlungen

auch nach eingetretenen Gesetzesänderungen bestehen.

Der Versicherte und seine Anspruchsberechtigten **müssen zudem:**

- die behandelnden Ärzte von jeder Verschwiegenheitspflicht entbinden;
- eventuell notwendige Ermittlungen, ärztliche Untersuchungen und Tests zulassen, die durch beratende Ärzte des Vertrauens des Unternehmens erfolgen und deren Kosten das Unternehmen vollständig übernimmt.

Die Schadensmeldungen werden nur als vollständig berücksichtigt, wenn das Unternehmen die gesamte geforderte Dokumentation erhalten hat.

BESTIMMUNGEN ZUM ABSCHNITT ASSISTENZ

Art. 6.17 - Modalitäten für die Anforderung von Assistenzleistungen und Schadensmeldung

Bei jeder Anforderung von Assistenzleistungen **muss der Versicherte unverzüglich die rund um die Uhr besetzte Organisationsstruktur der UniSalute S.p.A. unter der gebührenfreien Rufnummer 800 212477 in Italien bzw. unter der Rufnummer +39 051 6389048 aus dem Ausland kontaktieren und dabei Folgendes angeben:**

- die Personalien der Person, für die die Assistenz beantragt wird;
- Angaben zum Ort, an dem die Hilfeleistung benötigt wird;
- die Nummer der Police;
- den Namen des Versicherungsnehmers;
- welche Garantie der Versicherte in Anspruch nehmen will.

Das Unternehmen ist zum Zweck der Auszahlung berechtigt, zusätzlich zu den im Vertrag vorgesehenen Dokumenten weitere Unterlagen anzufordern.

Der Versicherte verpflichtet sich darüber hinaus, auf Anfrage des Unternehmens alle Unterlagen einzureichen, die das Recht auf die Leistungen belegen.

FÜR ALLE ABSCHNITTE geltende Bestimmungen

Art. 6.18 – Verzicht auf Einsetzung

Das Unternehmen verzichtet auf jegliche Regressnahme für die gezahlten Entschädigungen, sodass die Rechte des Versicherten oder seiner Anspruchsberechtigten gegenüber möglichen Verantwortlichen des Unfalls vollständig erhalten bleiben.

Art. 6.19 - Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung

Streitigkeiten medizinischer Natur über die Entschädigungsfähigkeit des Schadensfalls und über die Ursache, die Art und die Folgen des Unfalls können die Parteien mit schriftlicher Mitteilung an ein Kollegium bestehend aus drei Ärzten übertragen, wobei jeweils einer der Ärzte durch eine der Parteien und der dritte Arzt im gegenseitigen Einvernehmen bestellt wird. Bei Uneinigkeit wird der dritte Arzt durch die Ärztekammer benannt, die für den Ort zuständig ist, an dem das Ärztekollegium zusammentreten soll.

Das ärztliche Kollegium hat seinen Sitz in der Gemeinde mit rechtsmedizinischer Stelle, die am nächsten zum Wohnort des Versicherten liegt, selbst wenn der Versicherte nicht der Versicherungsnehmer sein sollte. Jede Partei trägt die Ausgaben für den eigenen Rechtsmediziner. Die Kosten des dritten Gutachters gehen zulasten der unterliegenden Partei.

Die Entscheidungen des Ärztekollegiums erfolgen unter Befreiung von allen gesetzlichen Formalitäten mit der Mehrheit der Stimmen, die für die Parteien bindend sind, welche bereits vorab auf jede Anfechtung verzichten, mit Ausnahme der Fälle von Verletzung, Schuld, Fehlern sowie Verletzung vertraglicher Abmachungen.

In jedem Fall können das Unternehmen und der Versicherungsnehmer gerichtliche Schritte in Bezug auf die Entschädigungsfähigkeit des Schadensfalls einleiten.

Die Ergebnisse der gutachterlichen Tätigkeiten müssen in einem Protokoll aufgezeichnet werden, das in zwei Ausfertigungen – jeweils

eine für jede der Parteien – abzufassen ist. Dieses Gutachten ist auch dann gültig, wenn es von einem der Ärzte nicht unterzeichnet worden sein sollte.

Die Entscheidungen des Ärztekollegiums sind für die Parteien bindend, auch wenn einer der Ärzte sich weigert, das entsprechende Protokoll zu unterzeichnen. Diese Weigerung muss von den Schlichtern im Schlussprotokoll bescheinigt werden.

ANHANG - TABELLE DER BERUFLICHEN TÄTIGKEITEN

RISIKOKLASSE A

Zu dieser Risikoklasse gehören folgende beruflichen Tätigkeiten:

- Steuerbeamter
- Theateragent
- Ansager
- Antiquitätenhändler mit reiner Verkaufstätigkeit
- Architekt ohne Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten
- Zimmermann
- Einrichter
- Sozialarbeiter
- Rechtsanwalt/Prokurator
- Kinder im Vorschulalter
- Bibliothekar
- Hausmeister an Schulen
- Kartenverkäufer/Kontrolleur in Kinos und Theatern
- Biologe
- Botaniker
- Angestellter im Callcenter
- Kameramann/-frau
- Bahnhofsvorsteher
- Kassierer
- Telefonist
- Steuerberater
- Chorsänger
- Önologe
- Zeitungsverkäufer
- Journalist/Reporter mit ausschließlicher Bürotätigkeit
- Hostess am Boden
- Angestellter
- Ingenieur, der keinen Zutritt auf die Baustellen hat
- Lehrer
- Dolmetscher
- Möbelverkäufer
- Modell
- Diplomatisches Personal in EU-Ländern
- Diplomatisches Personal im Rest der Welt
- Moderator
- Schulleiter
- Universitätsprofessor
- Programmierer/Fachkraft für Planung und Assistenz in Bezug auf IT-Systeme
- Psychoanalyst
- Geistlicher
- Forscher
- Drehbuchautor/Autor
- Übersetzer
- Gerichtsvollzieher

RISIKOKLASSE B

Zu dieser Risikoklasse gehören folgende beruflichen Tätigkeiten:

- Hundefänger
- Reinigungskraft
- Angestellter von Bestattungsinstituten
- Versicherungsagent
- Börsenagent
- Börsenmakler
- Handelsvertreter
- Reiseverkehrskaufmann/-frau
- Immobilienmakler
- Landwirt ohne Nutzung von Traktoren
- Agronom
- Hotelbetreiber
- Viehzüchter von anderen Tieren als Rindern, Pferden oder Schweinen
- Hausverwalter
- Finanzanalyst
- Amateure in Ferienanlagen
- Künstler
- Bienenzüchter
- Liftboy
- Schauspieler
- Babysitter
- Pflegekraft
- Bademeister
- Damen- und Herrenfriseur
- Boots-/Schiffsführer für die Personenbeförderung
- Barmann/Bardame
- Fahrkartenverkäufer/Schaffner für Transportmittel
- Versicherungsmakler
- Schuster
- Fußpfleger/-in
- Urkundsbeamter
- Sänger
- Hausfrau
- Käsehersteller
- Keramiker
- Ziseleur
- Chemiker/chemischer Analyst in Analyselaboren ohne die Bearbeitung von Sprengstoffen
- Verkäufer, der auch für den Transport und die Lieferung verantwortlich ist
- Autokonzessionär
- Rahmenbauer
- Kunstkritiker
- Arbeitsberater
- Verchromer/Polierer
- Croupier
- Zahnarzt
- Orchesterleiter
- Leitender Angestellter

- Zeichner
- Diskjockey
- Hausangestellte
- Herbalist
- Steuereinnahmer
- Kosmetikerin/Maskenbildner
- Apotheker
- Bäcker
- Lichtsetzer
- Fotograf
- Eishersteller/Eisverkäufer
- Geologe
- Geometer ohne Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten
- Kino- und Theaterbetreiber
- Journalist/Reporter, die nicht ins Ausland gesendet werden.
- Gouvernante
- Unternehmer ohne manuelle Tätigkeiten
- Krankenschwester/Krankenpflegepersonal
- Tanzlehrer/-in
- Sportlehrer/-in
- Fahrschullehrer
- Lithograf
- Logopäde
- Lagerverwalter
- Masseur/Physiotherapeut
- Arzt
- Metereologe
- Musiker
- Kaufmann/Händler
- Notar
- Zahntechniker
- Orthopäde
- Hebamme
- Optiker
- Parkwächter
- Teigwarenhersteller
- Konditor
- Schäfer
- Fußpfleger
- Rentner
- Sachverständiger
- Beschäftigungslose Personen
- Pizzabäcker
- Medizinischer Fußpfleger
- Portier/Hausmeister
- Geschäftsvermittler
- Promoter
- Finanzpromoter
- Psychiater

- Psychologe
- Publizist
- Werbefachmann
- Regisseur
- Rechnungsprüfer
- Buchbinder
- Reparatur von Haushaltsgeräten
- Restaurator
- Schmelzwerker
- Student
- Tabakhändler
- Labortechniker
- Straßenhändler
- Schaufensterdekorateur
- Vulkaniseur
- Zinkstecher
- Xylograph

RISIKOKLASSE C

Zu dieser Risikoklasse gehören folgende beruflichen Tätigkeiten:

- Fachkraft für die Bearbeitung von Modeschmuck
- Fachkraft für verschiedene Dienste in der Zivilluftfahrt, auch auf Pisten, mit manueller Tätigkeit
- Angestellter in Autowaschanlagen
- Angestellter in Autowerkstätten
- Minenarbeiter ohne Verwendung von Sprengstoffen
- Dekorateur auf Gerüsten
- Schiffsmakler
- Landwirt mit Nutzung von Traktoren
- Rinder-, Pferde- oder Schweinezüchter
- Antennentechniker
- Antiquitätenhändler mit Restaurierungsarbeiten
- Architekt mit Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten
- Büchsenmacher
- Berufskraftfahrer
- Lkw-Fahrer
- Tänzer/Tänzerin
- Tankwart
- Kellner/Kellnerin
- Zimmermann
- Papiermacher
- Reisender Verkäufer
- Gerber
- Choreograph
- Koch

- Dekorateur im Labor
- Zeichner, auch im Ausland
- Kraftfahrzeugelektriker
- Elektriker
- Elektrotechniker
- Baggerführer
- Schmied/Schlosser
- Gepäckträger
- Bote
- Lokführer
- Florist
- Blumenzüchter
- Heizer
- Geometer mit Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten
- Schmuckverkäufer
- Grafiker
- Kranführer
- Forstwächter
- Wachpersonal
- Nachtwächter
- Reiseführer
- Unternehmer
- Ingenieur, der Zutritt auf die Baustellen hat
- Wäscher(in)
- Hufschmied
- Müllmann/Müllwerker
- Arbeiter
- Goldschmied/Juwelier/Uhrenmacher
- Lederwarenhersteller/Pelzhersteller
- Fischer
- Handelsvertreter
- Maler
- Pony-Express
- Politiker/Verwalter, der ein institutionelles öffentliches territoriales Amt bekleidet
- Wertsachentransporteur
- Postbote
- Vertreter
- Restaurateur
- Altwarenhändler
- Reparatteur für Büro- und Haushaltsgeräte und Computer
- Inhaber einer Rostbraterei
- Schweißer
- Wurstwarenhändler
- Schneider
- Bildhauer
- Sekretär/-in in der öffentlichen Verwaltung

- Spediteur
- Klempner
- Stallbursche/-mädchen
- Designer
- Büglerin
- Straßenarbeiter
- Tapezierer/Polsterer
- Taxifahrer
- Angestellter/Inhaber von Tiersalons
- Dreher
- Straßenbahnfahrer
- Tierarzt
- Glaser
- Wächter
- Verkehrspolizist/Politesse

RISIKOKLASSE D

Zu dieser Risikoklasse gehören folgende beruflichen Tätigkeiten:

- Personal für das Fällen von Bäumen und die Beseitigung von Pflanzen
- Personal von Drahtseilbahnen, Sesselliften, Gondelbahnen, Luftseilbahnen ohne Wartungstätigkeiten
- Vollzugsbeamte/Schließer
- Sporttrainer
- Straßenbauer zur Asphaltverlegung
- Plakatankleber
- Bootsführer, der mit dem Transport von Gegenständen beauftragt ist, einschließlich der Be- und Entladung
- Wohlhabende
- Holzfäller
- Karosseriemechaniker/-bauer
- Arbeiter im Steinbruch ohne Nutzung von Sprengminen
- Chemiker/chemischer Analyst in Analyselaboren, einschließlich der Bearbeitung von Sprengstoffen
- Münzpräger
- Kostümbildner
- Dekorateur/nicht im Labor tätiger Intarsieur
- Abbrucharbeiter
- Kammerjäger
- Kunsttischler/Schreiner/Tischler
- Fräser
- Gärtner/Baumschneider
- Reifenmonteur
- Installateur für sanitäre Einrichtungen
- Maler/Lackierer

- Korbflechter
- Graveur für Metalle
- Graveur für alle anderen Materialien
- Fitnessstrainer
- Fußbodenschleifer
- Fleischer
- Strickerin
- Marmorarbeiter ohne Verwendung von Sprengminen
- Mechaniker/Autoreparateur
- Möbelbauer
- Modellierer
- Hutmacher
- Müller
- Maurer
- Fußbodenverleger/Fliesenleger
- Maler, auch auf Gerüsten und Brücken
- Verleger von Parkettfußböden
- Pranothérapeut
- Stickerin
- Steinmetz, nur am Boden
- Schriftsetzer/Buchdrucker
- Straßenkünstler
- Profisportler/Profisportler
- Carabinieri
- Kutscher
- Abnahmeprüfer für Fahrzeuge allgemein
- Zoowächter
- Rennreiter/Jockey
- In Kriegsgebiete entsendete Fotoreporter
- Angehörige der Streitkräfte/Spezialeinheiten
- Auslandsjournalist/Auslandsreporter/Kriegsberichterstatter
- Schausteller
- Leibwächter
- Finanzwache
- Bergführer
- Ermittler/Privatdetektiv
- Richter/Staatsanwalt
- Seemann
- Marmorarbeiter in Steingruben mit Verwendung von Sprengminen
- Angehörige des Militärs (im effektiven dauerhaften Dienst)
- Bergmann
- Taucher
- Flugzeugpersonal
- Personal, das in Tunneln arbeitet
- Personal von Wanderzirkussen und Akrobaten
- Flugzeugpilot
- Pyrotechniker
- Politiker, der ein institutionelles öffentliches Amt im Inland bekleidet
- Polizeipräsident
- Radiologe
- Skipper
- Höhlenforscher
- Stuntman
- Lackierer im Außenbereich von Schiffen
- Feuerwehrmann
- Zoologe

MIT SONDERKLAUSEL VERSICHERBARE BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

- Tiertrainer
- Personal von Drahtseilbahnen, Sesselliften, Gondelbahnen, Luftseilbahnen mit Wartungs- und Reparaturtätigkeiten
- Fachkräfte in zoologischen Gärten
- Fachkraft für Desinfektion, Schädlings- und Rattenbekämpfung
- Fachkraft für die Bearbeitung, Manipulation, den Transport und professionellen Gebrauch von Spreng- und Schadstoffen
- Fachkraft für die Reinigung, Reparatur und Wartung von Zisternen und Tanks allgemein
- Fachkraft für Klärgrubenreinigung und Wartung der Kanalisation
- Minenarbeiter mit Verwendung von Sprengstoffen
- Angehörige der Luftfahrt (im effektiven dauerhaften Dienst), nur am Boden versicherbar
- Beamter für die öffentliche Sicherheit
- Anthropologe
- Archäologe

GESETZLICHE BESTIMMUNGEN, AUF DIE IN DER POLICE VERWIESEN WIRD

Texte der Paragraphen aus dem italienischen Zivilgesetzbuch, dem italienischen Luft- und Schifffahrtsgesetz und der italienischen Zivilprozessordnung

ITALIENISCHES ZIVILGESETZBUCH

Art. 58 - Todeserklärung für eine verschollene Person

Sind seit dem Tag der letzten Nachricht vom Verschollenen zehn Jahre vergangen [ZGB 49], kann das gemäß Artikel 48 zuständige Landesgericht auf Antrag der Staatsanwaltschaft oder einer der in den Absätzen des Artikels 50 angegebenen Personen durch Urteil den Tod der verschollenen Person und als Todestag jenen erklären, auf den die letzte Nachricht zurückgeht.

Auf keinen Fall darf das Urteil ergehen, wenn nicht neun Jahre seit dem Erreichen der Volljährigkeit der verschollenen Person vergangen sind.

Die Todeserklärung kann auch dann ausgesprochen werden, wenn keine Verschollenheitserklärung erfolgt ist.

Art. 60 – Sonstige Fälle eines Antrags auf Todeserklärung

Neben dem in Artikel 58 angeführten Fall kann die Todeserklärung in folgenden Fällen ausgesprochen werden:

- 1) wenn jemand vermisst wird, der an kriegerischen Handlungen teilgenommen hat, sei es als Angehöriger bewaffneter Verbände oder in deren Gefolge, oder bei solchen jedenfalls anwesend war, und über den Vermissten keine Nachrichten mehr eingegangen sind und seit Inkrafttreten des Friedensvertrags zwei Jahre vergangen sind oder wenn in Ermangelung eines Friedensvertrags seit dem Ende des Jahres, in dem die Feindseligkeiten eingestellt wurden, drei Jahre verstrichen sind;
- 2) wenn jemand in feindliche Gefangenschaft geraten oder vom Feind interniert oder sonst wie ins Ausland verschleppt worden ist und

seit Inkrafttreten des Friedensvertrags zwei Jahre vergangen sind oder wenn in Ermangelung eines solchen seit dem Ende des Jahres, in dem die Feindseligkeiten eingestellt wurden, drei Jahre vergangen sind, ohne dass nach dem Inkrafttreten des Friedensvertrags oder nach der Einstellung der Feindseligkeiten Nachrichten über ihn eingegangen sind;

- 3) wenn jemand infolge eines Unglücks vermisst wird und über ihn zwei Jahre seit dem Tag des Unglücks oder, wenn dieser Tag nicht bekannt ist, zwei Jahre seit dem Ende des Monats oder, wenn auch der Monat nicht bekannt ist, seit dem Ende des Jahres, in dem sich das Unglück ereignet hat, keine Nachrichten mehr eingegangen sind.

Art. 62 – Bedingungen und Formen des Antrags auf Todeserklärung

In den in Artikel 60 genannten Fällen kann die Todeserklärung beantragt werden, wenn die vom Gesetz für die Ausstellung des Totenscheins verlangten Feststellungen nicht umgesetzt werden konnten. Diese Erklärung wird auf Antrag der Staatsanwaltschaft oder einer der in den Absätzen des Artikels 50 bezeichneten Personen mit einem Urteil des Gerichts ausgesprochen.

Ist das Gericht der Ansicht, dem Antrag auf Todeserklärung nicht stattgeben zu können, so kann es die Verschollenheit des Vermissten erklären.

Art. 1341 - Allgemeine Vertragsbedingungen

Die durch einen der Vertragspartner vorgesehenen allgemeinen Vertragsbedingungen sind gegenüber dem anderen wirksam, wenn dieser sie zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses kannte oder bei Anwendung der gewöhnlichen Sorgfalt hätte kennen müssen. Wenn sie nicht ausdrücklich schriftlich angenommen werden, sind die Bedingungen zugunsten der Vertragspartei, die sie im Voraus aufgestellt hat, in jedem Fall unwirksam, die Haftungsbeschränkungen vorsehen oder das Recht vom Vertrag zurückzutreten oder seine Ausführung auszusetzen sowie jene Bedingungen, die zulasten der anderen Vertrags-

partei Verwirkungen, Beschränkungen der Befugnis zur Erhebung von Einwendungen, die Einschränkung der Vertragsfreiheit in den Beziehungen zu Dritten, die stillschweigende Verlängerung oder Erneuerung des Vertrages, Schiedsklauseln oder Abänderungen der Zuständigkeit der Gerichte vorsehen.

Art. 1342 - Vertragsabschluss unter Verwendung von Formblättern oder Vordrucken

Bei Verträgen, die durch Unterzeichnung von Formblättern oder Vordrucken abgeschlossen werden, die zur einheitlichen Regelung bestimmter Vertragsverhältnisse im Voraus aufgestellt worden sind, haben die dem Formblatt oder dem Vordruck hinzugefügten Klauseln den Vorrang vor solchen Klauseln im Formblatt oder Vordruck, mit denen sie unvereinbar sind, selbst wenn letztere nicht ausgestrichen worden sind. Außerdem ist die Bestimmung im zweiten Absatz des vorhergehenden Artikels zu beachten.

Art. 1892 - Unrichtige Erklärungen und das Verschweigen von Tatsachen aus Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit

Unrichtige Erklärungen und das Verschweigen von Umständen durch den Versicherungsnehmer, aufgrund derer der Versicherer bei Kenntnis des wahren Sachverhalts in den Vertrag überhaupt nicht oder nicht zu denselben Bedingungen eingewilligt hätte, sind ein Grund für die Nichtigkeit des Vertrages, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt hat.

Der Versicherer verliert das Recht auf die Anfechtung des Vertrages, wenn er nicht innerhalb von drei Monaten von dem Tag an, an dem er von der Unrichtigkeit der Erklärung oder der Verschweigung der Tatsachen erfahren hat, dem Versicherungsnehmer gegenüber erklärt, die Anfechtung auszuüben.

Der Versicherer hat Anrecht auf die Prämien für den laufenden Versicherungszeitraum, in den der Zeitpunkt fällt, an dem er die Nichtigkeit geltend gemacht hat. In jedem Fall hat er Anspruch auf die für das erste Jahr vereinbarte Prämie. Wenn der Schadensfall vor Ablauf

der im vorhergehenden Absatz genannten Frist eintritt, ist er nicht zur Zahlung der Versicherungssumme verpflichtet. Wenn die Versicherung mehrere Personen oder mehrere Sachen betrifft, ist der Vertrag hinsichtlich jener Personen oder jener Sachen gültig, die von der unrichtigen Erklärung oder vom Verschweigen von Tatsachen nicht betroffen sind.

Art. 1893 - Unrichtige Erklärungen und das Verschweigen von Tatsachen ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit

Wenn der Versicherungsnehmer ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit gehandelt hat, sind die unrichtigen Erklärungen und die Verschweigung von Tatsachen kein Grund für eine Nichtigkeitsklärung des Vertrages, jedoch kann der Versicherer von diesem Vertrag durch eine Erklärung zurücktreten, die er dem Versicherten gegenüber innerhalb von drei Monaten ab jenem Tag abzugeben hat, an dem er von der Unrichtigkeit der Erklärung oder der Verschweigung einer Tatsache Kenntnis erhalten hat.

Wenn der Schadensfall eintritt, bevor die Unrichtigkeit der Erklärung oder das Verschweigen einer Tatsache dem Versicherer bekannt geworden ist oder bevor dieser seinen Rücktritt vom Vertrag erklärt hat, wird die geschuldete Summe anteilmäßig zur Differenz zwischen der vereinbarten Prämie und jener Summe gekürzt, die bei Kenntnis des wahren Sachverhaltes berechnet worden wäre.

Art. 1894 - Versicherung im Namen oder auf Rechnung Dritter

Bei Versicherungen im Namen oder auf Rechnung Dritter, wenn diese von der Unrichtigkeit der Erklärungen oder vom Verschweigen der das Risiko betreffenden Tatsachen Kenntnis haben, sind zugunsten des Versicherers die Bestimmungen der Artikel 1892 und 1893 anzuwenden.

Art. 1897 - Verringerung des Risikos

Wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer Änderungen mitteilt, die eine derarti-

ge Verringerung des Risikos bewirken, dass sie, sofern sie im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre, zur Vereinbarung einer niedrigeren Prämie geführt hätte, darf der Versicherer ab Fälligkeit der Prämie oder der Prämienrate, die auf die vorgenannte Mitteilung folgt, nur mehr die niedrigere Prämie verlangen, ist jedoch befugt, innerhalb von zwei Monaten ab dem Tag, an dem die Mitteilung an ihn ergangen ist, vom Vertrag zurückzutreten.

Die Erklärung des Rücktritts vom Vertrag ist nach einem Monat rechtswirksam.

Art. 1898 - Erhöhung des Risikos

Der Versicherungsnehmer hat die Pflicht, den Versicherer sofort Änderungen mitzuteilen, die das Risiko derart erhöhen, dass der Versicherer einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt oder ihr nur gegen eine höhere Prämie zugestimmt hätte, wenn der neue Sachverhalt zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses schon bestanden hätte und dem Versicherer bekannt gewesen wäre.

Der Versicherer kann vom Vertrag zurücktreten, indem er dies dem Versicherten innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem er die Benachrichtigung erhalten hat oder von der Erhöhung des Risikos auf andere Weise Kenntnis erlangt hat, schriftlich mitteilt.

Der Rücktritt des Versicherers hat sofortige Wirkung, wenn die Risikoerhöhung derart ist, dass der Versicherer einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt hätte. Der Rücktritt wird nach fünfzehn Tagen wirksam, wenn die Risikoerhöhung derart ist, dass für die Versicherung eine höhere Prämie verlangt worden wäre. Dem Versicherer stehen die Prämien für den Versicherungsabschnitt zu, in den der Zeitpunkt der Mitteilung der Rücktrittserklärung fällt. Wenn der Schadensfall vor Ablauf der Fristen für die Mitteilung und Wirksamkeit des Rücktritts eintritt, haftet der Versicherer nicht, wenn die Erhöhung des Risikos so beschaffen ist, dass er, sofern der neue Sachverhalt zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hätte, einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt hätte.

Andernfalls wird der geschuldete Betrag herabgesetzt, unter Berücksichtigung des Verhältnisses zwischen der im Vertrag festgesetzten Prämie und jener, die festgesetzt worden wäre, wenn das höhere Risiko zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hätte.

Art. 1899 - Dauer der Versicherung

Die Versicherung hat Wirkung ab vierundzwanzig Uhr des Tages, an dem der Vertrag abgeschlossen wurde, bis vierundzwanzig Uhr des letzten Tages der im Vertrag festgesetzten Geltungsdauer. Alternativ zur Versicherung mit einjähriger Dauer kann der Versicherer einen Versicherungsschutz mit mehrjähriger Dauer anbieten, für die er einen Nachlass auf die Prämien gewährt, die für denselben Versicherungsschutz im Jahresvertrag vorgesehen ist. Wenn der Vertrag länger als fünf Jahre besteht, hat der Versicherte in diesem Fall nach Ablauf der fünf Jahre unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechzig Tagen das Recht, vom Vertrag zurückzutreten, wobei der Rücktritt am Ende des Versicherungsjahrs rechtskräftig wird, in dem das Rücktrittsrecht ausgeübt wurde.

Der Vertrag kann einmal oder mehrmals stillschweigend verlängert werden, jedoch gilt jede stillschweigende Verlängerung für nicht mehr als zwei Jahre.

Die Vorschriften dieses Artikels finden auf Lebensversicherungen keine Anwendung.

Art. 1901 - Nichtbezahlung der Prämie

Wenn der Versicherungsnehmer die Prämie oder die erste laut Vertrag festgesetzte Prämienrate nicht bezahlt, bleibt die Versicherung bis vierundzwanzig Uhr des Tages ausgesetzt, an dem der Versicherungsnehmer seine Schuld begleicht. Wenn der Versicherungsnehmer die weiteren Prämien zu den vereinbarten Fälligkeiten nicht bezahlt, bleibt die Versicherung ab vierundzwanzig Uhr des fünfzehnten auf die Fälligkeit folgenden Tages ausgesetzt. In den vorhergehenden beiden Absätzen vorgesehenen Fällen ist der Vertrag kraft Gesetzes aufgehoben, wenn der

Versicherer die Zahlung nicht innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Fälligkeit der Prämie oder der Rate gerichtlich betreibt. Der Versicherer hat lediglich Anspruch auf Zahlung der Prämie für den laufenden Versicherungszeitraum und auf den Ersatz der Kosten. Diese Bestimmung findet auf Lebensversicherungen keine Anwendung.

Art. 1907 - Unterversicherung

Wenn die Versicherung den Wert, den die versicherte Sache zum Schadenszeitpunkt hatte, nur zu einem Teil abdeckt, haftet der Versicherer für die Schäden im Verhältnis zum genannten Teil, sofern nichts anderes vereinbart worden ist.

Art. 1910 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern

Wenn für ein und dasselbe Risiko gesondert mehrere Versicherungsverträge bei verschiedenen Versicherern abgeschlossen worden sind, muss der Versicherte jeden Versicherer über alle Versicherungsverhältnisse benachrichtigen.

Wenn der Versicherte die Benachrichtigung vorsätzlich unterlässt, sind die Versicherer nicht zur Zahlung der Entschädigung verpflichtet. Bei Eintritt eines Schadensfalls muss der Versicherte alle Versicherer gemäß Artikel 1913 benachrichtigen und jedem von ihnen die Namen der übrigen bekanntgeben. Der Versicherte kann von jedem der Versicherer die gemäß dem jeweiligen Vertrag zustehende Entschädigung fordern, solange die insgesamt erhaltenen Beträge den Gesamtbetrag des Schadens nicht übersteigen. Dem Versicherer, der gezahlt hat, steht gegenüber den anderen ein Regressrecht zur Aufteilung in dem Verhältnis zu, das den gemäß den einzelnen Verträgen geschuldeten Entschädigungen entspricht. Wenn ein Versicherer zahlungsunfähig ist, wird sein Anteil unter den übrigen Versicherern aufgeteilt.

Art. 1912 - Erdbeben, Krieg, Aufstand, Unruhen
Vorbehaltlich einer anderslautenden Vereinbarung haftet der Versicherer nicht für

Schäden, die durch Erschütterungen der Erdoberfläche, durch Krieg, durch einen Aufstand oder durch Unruhen verursacht worden sind.

Art. 1914 - Pflicht zur Rettung

Der Versicherte muss alles ihm Mögliche tun, um den Schaden zu verhindern oder zu reduzieren.

Die vom Versicherten zu diesem Zweck aufgewendeten Kosten gehen nach jenem Verhältnis zulasten des Versicherers, in dem der Versicherungswert zum Wert der versicherten Sache zur Zeit des Schadensfalls steht, selbst wenn ihr Betrag zuzüglich der Schadenssumme die Versicherungssumme übersteigt und der Zweck nicht erreicht worden ist, sofern der Versicherer nicht nachweist, dass die Kosten unüberlegt verursacht worden sind.

Der Versicherer haftet für Sachschäden, die unmittelbar an den versicherten Sachen durch Mittel entstanden sind, die der Versicherte zur Abwendung oder zur Minderung der Schäden eingesetzt hat, sofern er nicht nachweist, dass jene Mittel unüberlegt eingesetzt worden sind.

Das Eingreifen des Versicherers zur Rettung der versicherten Sachen und zu deren Erhaltung beeinträchtigt nicht dessen Rechte.

Der Versicherer, der an Rettungsmaßnahmen teilnimmt, hat auf Verlangen des Versicherten die Kosten dafür vorzustrecken oder sich an denselben im Verhältnis zum Versicherungswert zu beteiligen.

Art. 1915 - Nichterfüllung der Pflicht zur Benachrichtigung oder Rettung

Der Versicherte, der der Verpflichtung zur Benachrichtigung oder zur Rettung vorsätzlich nicht nachkommt, verliert das Recht auf Entschädigung. Wenn der Versicherte es fahrlässigerweise unterlässt, dieser Verpflichtung nachzukommen, hat der Versicherer das Recht, die Entschädigung im Ausmaß des erlittenen Nachteils zu kürzen.

Art. 2033 - Objektive Nichtschuld

Wer eine nichtgeschuldete Zahlung vorge-

nommen hat, hat das Recht, das zurückzufordern, was er bezahlt hat. Er hat außerdem Anrecht auf die Erträge und Zinsen vom Tag der Zahlung an, wenn derjenige, der sie erhalten hat, böswillig gehandelt hat, bzw. vom Tag der Geltendmachung an, wenn dieser gutgläubig gehandelt hat.

Art. 2952 Verjährung von Ansprüchen aus einem Versicherungsverhältnis

Der Anspruch auf Zahlung der Prämienraten verjährt in einem Jahr ab den jeweiligen Fälligkeiten.

Die übrigen aus dem Versicherungsvertrag und aus einem Rückversicherungsvertrag herrührenden Ansprüche verjähren in zwei Jahren ab dem Tag, an dem sich der Vorfall, aus dem sich der Anspruch ergibt, ereignet hat, ausgenommen des Vertrags über eine Lebensversicherung, dessen Ansprüche in zehn Jahren verjähren.

Bei Haftpflichtversicherungen beginnt die Frist ab dem Tag zu laufen, an dem der Geschädigte vom Versicherten den Schadenersatz verlangt oder gegen ihn Klage erhoben hat.

Die Benachrichtigung des Versicherers über die vom geschädigten Dritten gestellte Forderung oder über die von diesem erhobene Klage setzt den Lauf der Verjährung solange aus, bis die Forderung des Geschädigten der Höhe nach feststeht und fällig ist oder der Anspruch des geschädigten Dritten verjährt ist. Die Bestimmung des vorhergehenden Absatzes findet auch auf die Klage des Rückversichererten gegenüber dem Rückversicherer auf Zahlung der Entschädigung Anwendung.

ITALIENISCHES LUFT- UND SCHIFFFAHRTS-GESETZ

Art. 211 - Folgen der Seeverschollenheit.

In den in Artikel 145 der Personenstandsverordnung vorgesehenen Fällen in Bezug auf verschollene Personen an Bord, die ins Meer gestürzt sind, für welche die Todesvoraussetzungen erfüllt sind und deren Leichnam nicht aufgefunden wurde, sowie in den Fällen der

Verschollenheit durch Schiffbruch, bei denen die verschollenen Personen nach Meinung der Schifffahrts- oder Konsularbehörde ums Leben gekommen sind, sorgt die Staatsanwaltschaft nach erhaltender Genehmigung des Gerichts dafür, das Protokoll in das Todesregister übertragen zu lassen. In den anderen Fällen in Bezug auf ins Meer gestürzte und verschollene Personen oder der Verschollenheit durch Schiffbruch wird die Staatsanwaltschaft nach erhaltender Genehmigung des Gerichts das Protokoll an die Behörde übermitteln, die für den Vermerk im Geburtenregister zuständig ist. In solchen Fällen werden die Folgen der Verschollenheit durch die Bestimmungen in Buch I, Teil IV, Abschnitt II des italienischen Zivilgesetzbuchs geregelt, und nach Ablauf von zwei Jahren nach dem Ereignis wird die verschollene Person gemäß Artikel 60, Absatz 3 des genannten ZGB auf Antrag der Staatsanwaltschaft oder einer dazu befugten Personen für tot erklärt.

Art. 838 - Folgen der Verschollenheit.

Die Folgen der Verschollenheit von Bord oder durch Verschwinden des Flugzeugs werden von den Artikeln 211 und 212 geregelt. Die Zuständigkeiten der Schifffahrtsbehörde werden der Behörde für öffentliche Sicherheit zugewiesen.

ITALIENISCHE ZIVILPROZESSORDNUNG

Art. 726 – Antrag auf Todeserklärung

Die Todeserklärung erfolgt auf Antrag, in dem der Vor- und Nachname und der Wohnsitz der mutmaßlichen legitimen Nachfolger der verschollenen Person und seines Handlungsbevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreters, insofern vorhanden, sowie aller anderen Personen angegeben werden müssen, die nach Bekanntmachung des Antragstellers durch den Tod der verschollenen Person Rechte verlieren oder durch Verbindlichkeiten belastet werden würden.

Art. 727 – Veröffentlichung des Antrags

Der Vorsitzende des Gerichts ernennt gemäß Artikel 723 einen Richter und ordnet an, dass der Antrag durch den Antragsteller innerhalb der vom Richter festgesetzten Frist als Auszug zweimal hintereinander und in einem Abstand von zehn Tagen im Amtsblatt der Republik und in zwei Zeitungen veröffentlicht wird, mit der Bitte an jeden, der Nachrichten vom Verschollen hat, diese dem Gericht binnen sechs Monaten ab der letzten Veröffentlichung zukommen zu lassen. Werden alle Anzeigen nicht innerhalb der festgesetzten Frist vorgenommen, gilt der Antrag als fallen gelassen. Der Vorsitzende des Gerichts kann auch andere Formen der Veröffentlichung anordnen.

3

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Informationsschreiben für den Kunden über die Verwendung seiner Daten und zu seinen Rechten

Art. 13 des gesetzesvertretenden Dekrets D.Lgs. 196/2003 - Datenschutzgesetz

Sehr geehrter Kundin, sehr geehrte Kunde,

um Ihnen die angefragten oder vorgesehenen Versicherungsprodukte und/oder -leistungen zu Ihren Gunsten zu liefern, müssen wir einige Sie betreffende Daten erfassen und verwenden.

WELCHE DATEN ERFASSEN WIR?

Es handelt sich um Daten (wie z.B. Vor- und Nachname, Wohnsitz, Geburtsdatum und Geburtsort, Beruf, Festnetz- und Mobilfunknummer und E-Mail-Adresse), die uns von Ihnen selbst oder anderen Personen⁽¹⁾ mitgeteilt werden. Diese Daten können auch sensibler Art⁽²⁾ sein, die für die Erbringung der genannten Leistungen und/oder Versicherungsprodukte unbedingt notwendig sind.

In der Regel ist die Weitergabe dieser Daten für den Abschluss, Verwaltung und die Ausführung des Vertrags⁽³⁾ notwendig. In bestimmten Fällen ist dies gesetzlich oder durch Bestimmungen vorgeschrieben, die von öffentlichen Behörden wie dem Justiz- oder den Aufsichtsbehörden⁽⁴⁾ auferlegt werden. Mangels dieser Daten sind wir nicht in der Lage, Ihnen die angefragten Leistungen ordnungsgemäß zu erbringen. Die freiwillige Angabe bestimmter Zusatzdaten (mit Bezug auf Ihre Kontaktdaten) kann ferner nützlich sein, um den Versand von Ankündigungen und Dienstmitteilungen zu erleichtern. Ihre Anschrift (die Adresse des Wohnsitzes sowie die E-Mail-Adresse) kann außerdem verwendet werden, um Ihnen per Post oder per E-Mail Werbe- und Promotionsmaterial über unsere Versicherungsprodukte und Dienstleistungen zuzusenden, die denen ähneln, die Sie bereits erworben haben, es sei denn, Sie widersetzen sich sofort oder auch zu einem späteren Zeitpunkt der Zusendung die-

ser Mitteilungen (siehe Angaben im Abschnitt **Welche Rechte haben Sie?**).

WARUM FRAGEN WIR NACH IHREN DATEN?

Unser Unternehmen verwendet Ihre Daten für Zwecke, die ausschließlich mit der Versicherungstätigkeit und den erbrachten Leistungen sowie mit den damit zusammenhängenden gesetzlichen Pflichten hinsichtlich der Betrugsbekämpfung (Prüfung der Authentizität der Daten, Vorbeugung des Betrugsrisikos, Bekämpfung erlittener Betrugsfälle) und der Datenanalyse (ausgenommen der sensiblen Daten) in Verbindung stehen, und zwar nach Kriterien in Bezug auf das Produkt, die Merkmale der Police und Informationen über den Schadensverlauf im Zusammenhang mit statistischen und tariflichen Bewertungen. Sofern dies für die genannten Zwecke und für Verwaltungs- und Rechnungstätigkeiten notwendig ist, können Ihre Daten von anderen Gesellschaften unserer Unternehmensgruppe⁽⁵⁾ erfasst und verwendet werden.

Ihre Daten können nur öffentlichen oder privaten Personen außerhalb unseres Unternehmens mitgeteilt werden, die in die Erbringung der Sie betreffenden Versicherungsleistungen⁽⁶⁾ bzw. in die erforderlichen Vorgänge zur Erfüllung der Pflichten in Zusammenhang mit der Versicherungstätigkeit⁽⁴⁾ einbezogen sind.

Ihre Daten sensibler Art (wie z.B. Daten über Ihren Gesundheitszustand) dürfen wir nur nach Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeiten.

WIE BEHANDELN WIR IHRE DATEN?

Ihre Daten werden nicht weitergegeben. Sie werden mit geeigneten Modalitäten und Verfahren, auch mit telematischen Mitteln und Informatiksystemen, verarbeitet, und zwar ausschließlich vom beauftragten Personal der Strukturen unseres Unternehmens, das mit der Lieferung der Sie betreffenden Versicherungsprodukte und Versicherungsleis-

tungen beauftragt ist, sowie von externen Personen unseres Vertrauens, denen wir einige Aufgaben technischer oder organisatorischer Art⁽⁷⁾ anvertrauen.

WELCHE RECHTE HABEN SIE?

Die Datenschutzbestimmungen (Art. 7-10 D.Lgs.196/2003) garantieren Ihnen das Recht, jederzeit auf Sie betreffende Daten zuzugreifen und deren Aktualisierung, Ergänzung, Berichtigung oder, falls die Daten rechtswidrig behandelt werden, deren Löschung zu verlangen. Zudem haben Sie das Recht, sich der Verwendung Ihrer Daten zwecks Zusendung von Werbe- und Promotionsmaterial zu widersetzen.

Inhaber der Datenverarbeitung für Ihre Daten ist die UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) mit Sitz in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Zur Ausübung Ihrer Rechte und für nähere Informationen über Personen oder Kategorien von Personen, denen wir die Daten mitteilen oder die von Ihren Daten als Verantwortliche oder Beauftragte Kenntnis erlangen könnten, können Sie sich an den "Verantwortlichen für die Kommunikation mit den betroffenen Personen" bei der UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado Nr. 45 in Bologna (E-Mail privacy@unipolsai.it) wenden.

Zudem können Sie die Internetseite www.unipolsai.it unter dem Abschnitt Datenschutz konsultieren oder sich an Ihren Agenten/Vermittler wenden, wo sie alle Hinweise finden, um jederzeit und ohne Pflichten die Einsendung von Werbe- und Promotionsmaterial für unsere Versicherungsprodukte und Dienste zu verweigern.

- Fußnoten -

1) Beispielsweise Versicherungsnehmer von Versicherungen, bei denen Sie als Versicherter oder Begünstigter gelten; eventuelle Mitverpflichtete, andere Versicherungsleister (wie Agenten, Versicherungsunternehmen usw.); Personen, bei denen wir zur Bearbeitung Ihrer Anfragen (z.B. Ausstellung oder Erneuerung

eines Versicherungsschutzes, Liquidation eines Schadens usw.) kommerzielle Informationen anfragen; Verbände (z.B. ANIA) und Zusammenschlüsse des Versicherungssektors, sonstige öffentliche Rechtspersonen.

- 2) Es handelt sich um Daten, die nicht nur den Gesundheitszustand betreffen, sondern auch religiöse, weltanschauliche oder andere Überzeugungen, politische Meinungen, die Zugehörigkeit zu Parteien, Gewerkschaftsverbänden, Vereinigungen oder Organisationen religiöser, weltanschaulicher, politischer oder gewerkschaftlicher Art. Gerichtliche Daten, d. h. jene in Bezug auf Urteilsprüche oder strafrechtliche Ermittlungen, gelten als besonders heikle Daten, auch wenn sie keine sensiblen Daten sind, und können ohne die Zustimmung der Person für die Zwecke und unter Beachtung der Gesetzesbestimmungen und/oder der allgemeinen Autorisierung Nr. 7 der Datenschutzbehörde behandelt werden.
- 3) Beispielsweise zur Vorbereitung und zum Abschluss von Versicherungsverträgen (einschließlich ausführende Verträge für Zusatzrentenversicherungen sowie der individuelle oder kollektive Beitritt zu Rentenfonds der Gesellschaft), zur Eintreibung der Prämien, die Liquidierung der Schadensfälle, die Zahlung oder Ausführung anderer Leistungen; für Rückversicherungen und Mitversicherungen; zur Verhinderung und Erkennung von Versicherungsbetrug gemeinsam mit den anderen Gesellschaften der Unternehmensgruppe, und für diesbezügliche rechtliche Schritte; für die Erfüllung anderer spezifischer gesetzlicher oder vertraglicher Pflichten; zur Analyse neuer Versicherungsmärkte; für die Verwaltung und interne Kontrolle; für statistische und tarifrechnerische Tätigkeiten.
- 4) Zum Beispiel für (i) Bestimmungen der IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Datenschutzbehörde, (ii) Erfüllungen im steuerlichen Bereich (z. B. kraft des

- Gesetzes Nr. 95/2015 zur (a) Ratifizierung des Abkommens zwischen den U.S.A. und der Republik Italien über die Umsetzung der FATCA-Vorschriften - Foreign Account Tax Compliance Act) und (b) zur Ratifizierung der Abkommen zwischen Italien und anderen ausländischen Staaten zur Umsetzung des automatischen Austausches von Finanzinformationen zu steuerlichen Zwecken mithilfe der Standardkommunikation „Common Reporting Standard“ oder kurz „CRS“), (iii) Erfüllungen im Bereich der Identifikation, Registrierung und der angemessenen Überprüfung der Kundschaft sowie der Meldung von verdächtigen Vorgängen im Sinne der Gesetzesnorm zur Bekämpfung der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung (gesetzesvertretendes Dekret D.Lgs. Nr. 231/07), (iv) Versorgung eines von der Consap für das italienische Wirtschafts- und Finanzministerium (als Inhaber) geführten computergestützten Zentralarchivs zur Vorbeugung von Betrug durch Identitätsdiebstahl, (v) Versorgung von anderen Datenbanken, für welche die Kommunikation der Daten vorgeschrieben ist, wie z. B. die Zentralstelle für Unfallverhütung sowie die von der ANIA verwalteten Datenbank SITA ATRC für Risikobescheinigungen. Die vollständige Liste ist in unserem Sitz oder beim Verantwortlichen für die Prüfung verfügbar.
- 5) Gruppe Unipol mit dem führenden Unternehmen Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. Die zur Unternehmensgruppe Unipol gehörenden Unternehmen, denen die Daten mitgeteilt werden können, sind z. B. Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., Finitalia S.p.A. usw. Die Unternehmen, die zur Gruppe Unipol gehören, sind auf der Internetseite der Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. angegeben: www.unipol.it.
- 6) Insbesondere können Ihre Daten in Italien oder in EU-Staaten durch Subjekte mitgeteilt oder behandelt werden, die Teil der sogenannten "Versicherungskette" sind, wie z. B.: andere Versicherer; Mitversicherer und Rückversicherer; Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler und andere Kanäle zum Erwerb von Versicherungsverträgen; Banken; SIM; Kapitalanlagegesellschaften; Depotbanken für Pensionsfonds, Vertrauensärzte, Sachverständige, KFZ-Werkstätten, Rechtsanwälte; Inkassounternehmen; vertraglich gebundene Kliniken und Gesundheitseinrichtungen.
- 7) Beispielsweise IT-Unternehmen für informationstechnische und telematische Dienste oder Archivierung; Dienstleistungsgesellschaften, denen die Verwaltung, die Liquidierung und die Zahlung der Schadensfälle anvertraut wird; Hilfgesellschaften für die Verwaltungstätigkeiten, einschließlich der Gesellschaften für Postdienste; Gesellschaften für Wirtschaftsprüfung und Beratung; Gesellschaften für kommerzielle Informationen zu finanziellen Risiken; Dienstleistungsgesellschaften zur Betrugskontrolle; Inkassogesellschaften.
- 8) Sowie basierend auf den versicherten Garantien, die von Ihnen eventuell erworben wurden und begrenzt auf die Abwicklung und Liquidation von Schadensfällen in Bezug auf Erkrankungen, UniSalute S.p.A mit Sitz in Bologna, Via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Rechtssitz: Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - Tel. +39 051 5077111 - Fax +39 051 375349, vollständig eingezahltes Stammkapital 2.031.454.951,73 Euro - Handelsregister Bologna, Steuernummer und Ust-IdNr. 00818570012 - Nummer der Eintragung in das Verzeichnis der Wirtschafts- und Verwaltungsdaten 511469 - Gesellschaft, die der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit durch die Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. unterliegt, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Sektion I unter der Nr. 1.00006, und zur Versicherungsgruppe Gruppo Assicurativo Unipol gehört, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungsgruppen unter der Nummer 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it