



UNIPOLSAI VERKEHRSUNFALLVERSICHERUNG

Unfallversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
folgende Dokumente sind in dieser Informationsmappe enthalten:

- **Vorvertragliches Produktinformationsblatt für Sachversicherungen („DIP DANNI“)**
- **Produktinformationsblatt mit ergänzenden Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen**
- **VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN, einschließlich Glossar**
- **DATENSCHUTZERKLÄRUNG**

Das Produkt wurde gemäß den Richtlinien des "runden Tisches" über die Vereinfachung von Verträgen erstellt.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Steuernummer 00818570012 und USt.-IDNr. 03740811207 - Das Versicherungsunternehmen ist in Sektion I des Verzeichnisses der Versicherungsunternehmen der Aufsichtsbehörde IVASS unter der Nr.1.00006 eingetragen und 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. UnipolSai ist eine Gesellschaft, die der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit der Unipol Gruppo S.p.A. unterliegt und Teil der Versicherungsgruppe "Gruppo Assicurativo Unipol" ist, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungsunternehmen der IVASS unter der Nr.046.

Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen zum Versicherungsprodukt sind in anderen Dokumenten enthalten.

Um was für eine Versicherung handelt es sich?

Diese Police bietet einen Versicherungsschutz für Unfälle, die der Versicherte infolge der Verkehrsteilnahme als Fahrer von Motor- oder Wasserfahrzeugen bzw. als Insasse oder Fußgänger erleidet.



Was ist versichert?

✓ **UNFÄLLE:** Nicht versichert sind die direkten und ausschließlichen Folgen eines Unfalls des Fahrers/Führers von Fahrzeugen/Wasserfahrzeugen oder des Insassen von Fahrzeugen/Wasserfahrzeugen bzw. des Fahrgastes in öffentlichen Verkehrsmitteln/Flugzeugen bzw. des von einem beliebigen Fahrzeug angefahrenen Fußgängers:

- **Todesfall:** Auszahlung der Versicherungssumme an die bezeichneten Begünstigten oder - falls keine Begünstigten bezeichnet wurden - an die Erben des Versicherten.
- **Bleibende Invalidität durch einen Unfall:** Auszahlung der Entschädigung, die vom festgestellten Prozentsatz der bleibenden Invalidität abhängt, wobei folgende Prozentsätze unterschieden werden: Invaliditätsgrad bis 49%, von 50% bis 99% und 100%.
- **Komatöser Zustand:** Pauschalentschädigung für den komatösen Zustand.

Die Unfallversicherung wird je nach Wahl des Versicherungsnehmers in drei unterschiedlichen Formen geleistet:

- zugunsten der in der Police angegebenen Person (Personenwahl)
- zugunsten des Versicherungsnehmers und seiner zum Schadenszeitpunkt im Haushalt lebenden Familienmitglieder sowie zugunsten der Personen, die in der Garantie eingeschlossen bzw. davon ausgeschlossen werden können (Familienwahl)
- zugunsten eines beliebigen Fahrers/Führers von Fahrzeugen/Wasserfahrzeugen, der in der Police angegeben wurde (Fahrzeugwahl).

Die Unfallversicherung wird mit kombinierten Garantien und festgelegten Versicherungssummen (kombinierte Versicherungsform) oder frei wählbar (Versicherung in freier Form) angeboten.

- ✓ **SICHER UNTERWEGS:** Zuerkennung einer Entschädigung bei einem Diebstahl, Raub oder Raubüberfall mit Entwendung der persönlichen Gegenstände, den der Versicherte infolge eines Verkehrsunfalls erlitten hat.
- ✓ **ASSISTENZ:** Leistung einer Soforthilfe, wie z. B. die Zusendung von Ärzten, Krankenpflegepersonal, Physiotherapeuten oder der Rücktransport mit einem Krankenwagen und viele andere Hilfsmaßnahmen, falls sich der Versicherte infolge der vertraglich vorgesehenen Ereignisse in Schwierigkeiten befindet.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (nachfolgend „UnipolSai“ genannt) leistet die Garantien bis zu dem in der Police angegebenen Höchstbetrag (die sog. Höchstsumme/Versicherungssumme).

GARANTIEOPTIONEN

Zusatzgarantien [gegen Zahlung einer Zusatzprämie]:

UNFÄLLE: Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall/Entschädigung für einen Unfall: Entschädigung für die stationäre Behandlung/Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit/Entschädigung für die Immobilisierung.

Sonderbedingungen [gegen Zahlung einer Zusatzprämie]:

UNFÄLLE: Anwendung der INAIL-Tabelle/Höhere Bewertung der bleibenden Invalidität.

[Nähere Informationen finden Sie im Produktinformationsblatt mit ergänzenden Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen]



Was ist nicht versichert?

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

- ✗ **UNFÄLLE:** Nicht unter den Versicherungsschutz fallen die Folgen von Krankheiten bzw. von zufällig herbeigeführten Ereignissen durch eine gewaltsame und äußere Ursache, die keine objektiv feststellbaren Verletzungen verursachen und/oder nicht den Tod, keine bleibende Invalidität und/oder keine der vertraglich garantierten Leistungen zur Folge haben.
- ✗ **SICHER UNTERWEGS:** Nicht versichert sind indirekte Schäden, die nicht die wesentliche Form der versicherten Sachen betreffen.
- ✗ **ASSISTENZ:** Es werden keine Leistungen erbracht, die in Situationen angefordert werden, die keinen Dringlichkeitscharakter aufweisen oder unproblematisch sind.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Bei allen mit diesem Vertrag angebotenen Versicherungsdeckungen - sowohl bei den Grundgarantien wie auch bei den Zusatzgarantien - werden die in den Versicherungsbedingungen und/oder in der Police angegebenen Selbstbehalte (in feststehenden Zahlen) angewendet, die zu einer Reduzierung oder Nichtauszahlung der Entschädigung führen können. Darüber hinaus sind bei selbigen Versicherungsdeckungen einige Ausschlüsse vorgesehen, wie zum Beispiel in folgenden Fällen:

- ! **UNFÄLLE:** das Fahren/Führen eines beliebigen Fahrzeugs oder Wasserfahrzeugs mit Motor, wenn der Versicherte gemäß den geltenden Bestimmungen nicht dazu ermächtigt war; Alkoholrausch des Versicherten bei der Fahrt mit Fahrzeugen allgemein sowie bei Unfällen infolge eines Missbrauchs von Psychopharmaka, der Einnahme von Drogen oder Halluzinogenen (insofern diese nicht zu therapeutischen Zwecken von Ärzten verschrieben wurden), und zwar beschränkt auf den Versicherten, der den Unfall in einem solchen Zustand verursacht hat.
- ! **SICHER UNTERWEGS:** Schäden in Bezug auf Gegenstände, Kreditscheine und Pfanddokumente, die nicht den versicherten Personen gehören, sowie Bargeld; Schäden, die vom Versicherten oder den im Haushalt lebenden Familienangehörigen vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt oder begünstigt werden.
- ! **ASSISTENZ:** Vulkanausbrüche, Erdbeben, Orkane, Überschwemmungen und/oder Hochwasser, vorsätzliches Handeln des Versicherten.



Wo gilt die Versicherung?

- ✓ **UNFÄLLE:** Die Versicherung gilt weltweit.
- ✓ **SICHER UNTERWEGS:** Die Versicherung gilt weltweit.
- ✓ **ASSISTENZ:** Die Versicherung gilt je nach erbrachter Leistung in Italien und im Ausland.



Welche Pflichten habe ich?

Wenn Sie den Vertrag unterzeichnen, sind Sie verpflichtet, wahrheitsgetreue, genaue und vollständige Angaben über das zu versichernde Risiko zu machen. Falsche und ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Umständen können die Vertragsauflösung und die Verweigerung oder Reduzierung der Entschädigung bei einem Schadensfall zur Folge haben.



Wann und wie kann ich die Prämie zahlen?

Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich. Die Versicherungsprämie, die bereits die Steuern beinhaltet, muss bei Aushändigung der Police bezahlt werden. Die Versicherungsprämie kann in bar sowie mit anderen gesetzlich zugelassenen und beim Vermittler aktivierten Zahlungsmitteln innerhalb der in den geltenden Gesetzesbestimmungen vorgesehenen Grenzen gezahlt werden. Die Prämie kann in halbjährliche Raten aufgeteilt oder in einem einzigen Betrag bei Vertragsabschluss und anschließend bei jeder jährlichen Fälligkeit bezahlt werden. Wenn dies vorher mit dem Versicherungsunternehmen vereinbart wird, kann die Jahresprämie in monatliche Raten aufgeteilt werden, die direkt vom Girokonto abgebucht werden. Abhängig von der Vertragsdauer können Prämiennachlässe gewährt werden. Wird der Versicherungsvertrag mit einer mehrjährigen Dauer abgeschlossen, wird die Prämie gegenüber der Prämie für den einjährigen Vertrag unter Anwendung einer Reduzierung berechnet, die in der Police angegeben ist.



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Die Versicherung hat die in der Police angegebene Dauer. Die Versicherung tritt ab 24.00 Uhr des in der Police angegebenen Tages in Kraft, wenn die Prämie oder die erste Prämienrate gezahlt wurde. 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 Uhr des 15. Tages nach der Fälligkeit ausgesetzt und tritt um 24 Uhr des Tages wieder in Kraft, an dem die Prämie gezahlt wird. Die späteren Fälligkeiten und das Recht von UnipolSai auf Zahlung der fällig gewordenen Prämien bleiben davon jedoch unberührt. Die Versicherung endet zu dem in der Police angegebenen Datum. Der Vertrag sieht keine stillschweigende Erneuerung vor und endet daher bei Ablauf des festgelegten Zeitraums, ohne dass UnipolSai verpflichtet ist, den Vertrag zu kündigen. UnipolSai verpflichtet sich jedoch, den Versicherungsschutz bzw. die Garantie für den Zeitraum von 15 Tagen nach Vertragsauslauf aufrechtzuerhalten.



Wie kann ich die Versicherung kündigen?

Sie können bei einem Schadensfall und bis zum sechzigsten Tag ab Zahlung oder Ablehnung der Entschädigung vom Versicherungsvertrag zurücktreten, indem Sie dies der anderen Vertragspartei vorab schriftlich mitteilen. Wenn der Vertrag in Bezug auf die Versicherungsoptionen „Personenwahl“ und „Familienwahl“ mit einer Dauer von über fünf Jahren abgeschlossen wurde, können Sie erst nach Ablauf der ersten fünf Jahre ohne Kosten und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von dreißig Tagen vom Vertrag zurücktreten. Wenn der Vertrag in Bezug auf die Option „Fahrzeugwahl“ mit einer mehrjährigen Vertragsdauer abgeschlossen wurde, können Sie ohne Kündigungsfrist vom Vertrag zurücktreten. Diesbezüglich reicht es aus, dass Sie die Zahlung der Prämie innerhalb der 15 Tage nach der jährlichen Fälligkeit unterlassen.

Unfallversicherung



Produktinformationsblatt mit ergänzenden Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Versicherungsprodukt: UNIPOLSAI VERKEHRSUNFALLVERSICHERUNG

Datum: Datum 15/03/2019 - Dieses Produktinformationsblatt mit ergänzenden Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen ist die aktuelle veröffentlichte Version

Das vorliegende Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für die Sachversicherungen (DIP Danni), um dem potenziellen Versicherungsnehmer die Produkteigenschaften, die vertraglichen Verpflichtungen und die Vermögenssituation des Unternehmens verständlich und detailliert darzulegen.

Der Versicherungsnehmer muss sich die Versicherungsbedingungen vor Unterzeichnung des Versicherungsvertrags durchlesen.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., nachfolgend kurz als „UnipolSai“ bezeichnet, mit Rechtssitz in Italien, Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna - Telefonnummer: 051.5077111, Webseite: www.unipolsai.it, E-Mail: info-danni@unipolsai.it, zertifizierte E-Mail (PEC): unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it. Das Versicherungsunternehmen ist in Sektion I des Verzeichnisses der Versicherungsunternehmen der Aufsichtsbehörde IVASS unter der Nr. 1.00006 eingetragen und 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. Die Gesellschaft unterliegt der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit der Unipol Gruppo S.p.A. und ist Teil der Versicherungsgruppe „Unipol“, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungsunternehmen der IVASS unter der Nr. 046.

Unter Bezugnahme auf den letzten genehmigten Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2017 beläuft sich das Eigenkapital des Unternehmens auf € 5.752,83 mit einem Gesellschaftskapital in Höhe von € 2.031,46 und Vermögensrücklagen von insgesamt € 3.223,47. Bezug nehmend auf den Bericht über die Solvabilität und Finanzlage (SFCR), der auf der Internetseite www.unipolsai.com, veröffentlicht ist, wird im Sinne der am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Richtlinie über die Eigenkapitalausstattung von Versicherungsunternehmen (die sogenannte „Solvabilität-II-Richtlinie“) erklärt, dass die Solvabilitätskapitalanforderung (SCR) in Bezug auf das Geschäftsjahr 2017 € 2.925,92 und die Mindestkapitalanforderung (MCR) € 1.316,66 beträgt, zu deren Deckung das Unternehmen über Eigenkapital von jeweils € 7.693,45 und € 7.060,99 verfügt, woraus sich zum 31. Dezember 2017 ein Solvabilitätsindex ergibt, der 2,63 Mal der Solvabilitätskapitalanforderung entspricht. Die Solvabilitätskapitalanforderungen wurden anhand des internen Teilmodells berechnet, wobei das Unternehmen am 7. Februar 2017 von der Aufsichtsbehörde IVASS die Genehmigung zu dessen Anwendung ab dem 31. Dezember 2016 erhalten hat.

Der Vertrag unterliegt italienischem Recht, wenn das Risiko in Italien besteht. Die Parteien können vereinbaren, den Vertrag einer anderen Gesetzgebung als der italienischen zu unterwerfen. Die Anwendung zwingender nationaler Vorschriften und der Vorrang spezifischer Bestimmungen über Pflichtversicherungen des italienischen Rechts bleiben davon in jedem Fall unberührt.



Was ist versichert?

Neben den im vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen enthaltenen Angaben gibt es keine weiteren Informationen.

Es wird darauf hingewiesen, dass alle Versicherungsdeckungen innerhalb der Höchstbeträge und/oder Versicherungssummen angeboten werden, die mit dem Versicherungsnehmer vereinbart worden sind.

Welche Optionen/individuelle Garantien stehen zur Verfügung?

OPTIONEN MIT PRÄMIENREDUZIERUNG

UNFÄLLE

Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt	Anwendung eines Selbstbehalts in Höhe von 3% bei dieser Garantie.
--	---

OPTIONEN MIT ZAHLUNG EINER ZUSATZPRÄMIE

UNFÄLLE

Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall	Erstattung der Behandlungskosten, einschließlich u. a. der Kosten für diagnostische Untersuchungen, fachärztliche Untersuchungen und den Kauf der von Ärzten verordneten orthopädischen Hilfs- und Stützmittel, die innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalldatum aufgewendet werden.
Entschädigung für einen Unfall	<ul style="list-style-type: none"> - 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 zur Entschädigung, die im Fall der stationären Behandlung vorgesehen ist, wird für die Genesungszeit die vereinbarte Summe für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts bis maximal 90 Tage pro Unfall ausgezahlt, vorausgesetzt der stationäre Aufenthalt dauert mindestens 2 aufeinanderfolgende Tage an); - Entschädigung für die Immobilisierung (mit Zahlung der vereinbarten Summe für jeden Tag der Immobilisierung bis maximal 60 Tage pro Unfall).
Anwendung der INAIL-Tabelle	Festlegung der bleibenden Invalidität nach der INAIL-Tabelle gemäß Anhang 1 des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30/06/1965.
Höhere Bewertung der bleibenden Invalidität	Höhere Entschädigung, deren Höhe je nach festgestelltem Invaliditätsgrad variiert.



Was ist NICHT versichert?

Ausgeschlossene Risiken	Neben den im vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen enthaltenen Angaben gibt es keine weiteren Informationen.
--------------------------------	--



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Bei der Garantie „**Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall**“ im ABSCHNITT UNFÄLLE ist ein absoluter Selbstbehalt in Höhe von 50,00 € für jeden Unfall vorgesehen, wenn Leistungen in Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.

Die Entschädigung im Hinblick auf das Risiko „**Naturkatastrophen**“ wird in Bezug auf den festgestellten Grad der bleibenden Invalidität mit Abzug eines absoluten Selbsthalts in Höhe von 10% ausbezahlt. Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Invaliditätsgrad von über 50%

Für folgende Abschnitte sind ebenfalls Garantieausschlüsse vorgesehen:

UNFÄLLE

Die Versicherung gilt nicht für Unfälle durch:

- das Fahren von Bussen und Gelenkbussen, Taxis und/oder Miettaxis;
- das Fahren und die Verwendung von Wasserskootern, Motorschlitten, Pistenraupen, Quads (wobei darunter vierrädrige Fahrzeuge mit einem Leergewicht bis 550 kg zu verstehen sind), Militärfahrzeugen, Dienstfahrzeugen der Einsatzkräfte in Bezug auf die öffentliche Ordnung/Notfälle/Rettungsdienste, Fahrzeugen mit Überführungskennzeichen;
- das Fahren und die Verwendung von landwirtschaftlichen Maschinen, Arbeitsmaschinen, Straßenzugmaschinen, Lkws mit einer Masse über 3500 kg, Lastzügen, Sattelschleppern, und zwar begrenzt auf die Optionen „Personenwahl“ und „Familienwahl“;
- die Teilnahme mit einem beliebigen Fahrzeug oder Wasserfahrzeug an Wettbewerben und Wettkämpfen sowie an den diesbezüglichen Trainingsfahrten, die von einem beliebigen Veranstalter organisiert werden, mit Ausnahme der Wettkämpfe mit Spezialregeln;
- das Fahren von Fahrzeugen auf Rennstrecken, auch ohne die Teilnahme an Wettkämpfen, mit Ausnahme von Fahrsicherheitskursen;
- Vergehen, die der Versicherte mit Vorsatz begangen hat oder versucht hat, zu begehen, ausgenommen der Handlungen, die als Pflicht zur menschlichen Solidarität oder zur Selbstverteidigung anzusehen sind;
- Krieg und Aufstand, vorbehaltlich der vertraglichen Bestimmungen für das Risiko „Krieg, Aufstände im Ausland“;
- Atomkernumwandlungen, Strahlungen durch die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen, Exposition gegenüber Ionenstrahlung, chemische und biologische Kontaminationen (wobei darunter die Vergiftung mit nuklearen, biologischen oder chemischen Substanzen zu verstehen ist);
- die Folgen von chirurgischen Eingriffen, ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die nicht durch einen entschädigungspflichtigen Unfall notwendig geworden sind;
- Handlungen oder das Verhalten des Versicherten, die im direkten Zusammenhang mit folgenden Erkrankungen stehen: hirnorganisches Psychosyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Krankheitsformen oder paranoide Zustände.

Ferner sind folgende Krankheiten ausgeschlossen:

- durch jegliche Ursache herbeigeführter Herzinfarkt und Schlaganfall.

SICHER UNTERWEGS

Folgende Schäden sind ausgeschlossen:

- Schäden in Bezug auf Sachen, die der Versicherte zur Ausübung beruflicher Tätigkeiten bei sich hatte;
- Schäden in Bezug auf audiovisuelle Geräte, die fest im Fahrzeug angebracht sind;
- Schäden in Bezug auf den Verlust von Kraftfahrzeugen, Motorfahrzeugen, Krafträdern, Zweirädern, Wasserfahrzeugen;
- Schäden infolge von Unruhen, Streiks, Aufruhr, Terrorakten oder Sabotage;
- Schäden als Folge von Kriegshandlungen und Aufständen;
- Schäden als Folge von Atomkernumwandlungen, Strahlungen durch die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen, Exposition gegenüber Ionenstrahlung, chemische und biologische Kontaminationen (wobei darunter die Vergiftung mit nuklearen, biologischen oder chemischen Substanzen zu verstehen ist).

ASSISTENZ

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- bei Kriegshandlungen, Erhebungen, Volksaufständen, Aufruhr, Terrorakten, Sabotage, militärischer Besetzung, Invasionen;
- bei direkten und indirekten Folgen von Atomkernumwandlungen, Folgen von Strahlungen durch künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen und die Exposition gegenüber Ionenstrahlung.



Welche Pflichten habe ich? Welche Pflichten hat das Versicherungsunternehmen?

<p>Was ist im Schadensfall zu tun?</p>	<p>Schadensmeldung: Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte oder die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, der Direktion von UnipolSai oder der Agentur, die für den Vertrag zuständig ist, einen Schadensfall innerhalb von 10 Tagen ab dem Unfalldatum oder ab dem Tag, an dem sie die Möglichkeit dazu haben, schriftlich anzuzeigen.</p> <p>Der Schadensmeldung, die vom Versicherten oder im Fall der Unmöglichkeit aufgrund der nach sich gezogenen Konsequenzen von seinen Anspruchsberechtigten unterzeichnet wurde, muss eine ärztliche Bescheinigung beigelegt 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.</p> <p>Der Versicherte oder im Todesfall die benannten Begünstigten oder Erben müssen die vom Unternehmen für notwendig erachteten Untersuchungen, Bewertungen und Ermittlungen zulassen.</p> <p>Der Versicherte ist ferner verpflichtet, sich den von UnipolSai 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 von der Schweigepflicht.</p> <p>In Bezug auf den Abschnitt „Unfälle“ sind der Versicherte bzw. die Anspruchsberechtigten bei einem Schadensfall außerdem verpflichtet, folgende Unterlagen einzureichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zur Auszahlung der Entschädigung für die bleibende Invalidität zugunsten der Erben: Wenn der Versicherte vor der vom Unternehmen angeordneten rechtsmedizinischen Untersuchung aus nicht unfallbedingten Gründen verstirbt, ist beim Versicherungsunternehmen die Dokumentation einzureichen, die die Stabilisierung der bleibenden Folgen nachweist, und zwar mit den gesamten medizinischen Unterlagen über den Schadensfall, falls diese noch nicht eingereicht wurden, einschließlich der Krankenakte im Fall eines Krankenhausaufenthalts; • In Bezug auf die Entschädigung für die alleinige stationäre Behandlung oder für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit: Der Antrag auf Entschädigung muss beim Versicherungsunternehmen eingereicht werden. Diesem Antrag sind die Dokumente beizufügen, die die Ursache und die Dauer des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik bestätigen. • In Bezug auf die Entschädigung für die Immobilisierung: Der Antrag auf Entschädigung muss beim Versicherungsunternehmen eingereicht werden. Diesem Antrag sind die Dokumente beizufügen, die die Ursache und die Dauer der Immobilisierung bestätigen. <p>In Bezug auf die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ muss der Versicherte bei der Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind, die Organisationsstruktur der UniSalute S.p.A. kontaktieren, die nach Bewertung des Antrags einen Termin mit der Gesundheitseinrichtung vereinbart und dem Versicherten die Angaben zum Termin mitteilen wird.</p> <p>Bei einem Schadensfall in Bezug auf den Abschnitt SICHER UNTERWEGS muss die Agentur, die für den Vertrag zuständig ist, oder die Direktion von UnipolSai innerhalb von 10 Tagen ab dem Schadensdatum oder ab dem Tag, an dem die Möglichkeit dazu bestand, vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten oder dessen Anspruchsberechtigten schriftlich über das Datum und den Ort des Schadensfalls, die vermutliche Ursache, die zu diesem Ereignis geführt hat, die unmittelbar festzustellenden Folgen, den Schadenshergang sowie über die geschätzte Schadenshöhe informiert werden. Zudem muss der Versicherte den Schadensfall den zuständigen Behörden melden und eine Kopie der Anzeige an die Versicherungsagentur oder die Direktion von UnipolSai übermitteln.</p> <p>Bei jeder Anforderung von Leistungen in Bezug auf die Garantie ASSISTENZ muss die Person, die die Assistenzleistung in Anspruch nehmen will, unverzüglich die Organisationsstruktur der UniSalute S.p.A. kontaktieren und folgende Angaben machen: 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; ggf. das Fahrzeugkennzeichen und welche Garantie in Anspruch genommen werden soll.</p>
	<p>Direkte Assistenz/Assistenz durch Vertragspartner: Die medizinischen Leistungen werden über ein Netz mit vertraglich gebundenen Gesundheitseinrichtungen erbracht, die dem Versicherten von UniSalute über die Organisationsstruktur zur Verfügung gestellt werden.</p>
	<p>Leistungen durch andere Unternehmen: Mit der Abwicklung der Schadensfälle in Bezug auf den Abschnitt ASSISTENZ wurde das Unternehmen UniSalute S.p.A mit Sitz in 40138 Bologna, Via Larga 8 beauftragt.</p>
	<p>Verjährung von Ansprüchen: Die sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Rechte, die nicht die Ratenzahlung der Versicherungsprämie betreffen, verjähren innerhalb von zwei Jahren ab dem Zeitpunkt, in dem sich der Vorfall ereignet hat, aus dem sich der Anspruch ergibt.</p>
<p>Falsche, ungenaue oder verschleierte Angaben</p>	<p>Neben den im vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen enthaltenen Angaben gibt es keine weiteren Informationen.</p>
<p>Pflichten des Versicherungsunternehmens</p>	<p>Nach erfolgter Bewertung des Schadensfalls sorgt UnipolSai innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Eingangs der ordnungsgemäß vom Versicherten unterzeichneten Quittung für die Auszahlung der Entschädigung. Bei der Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ zahlt UnipolSai die Entschädigung innerhalb von 45 Tagen ab Erhalt der vollständigen Unterlagen, die zur Bewertung des Schadensfalls notwendig sind.</p>



Wann und wie kann ich die Prämie zahlen?

Versicherungsprämie	<i>Insofern nicht der Verzicht auf die automatische Angleichung der Versicherungssummen und der entsprechenden Prämien vereinbart wurde, wird die Prämie bei jeder jährlichen Erneuerung um 3% erhöht.</i>
Rückerstattung	<i>UnipolSai erstattet den Teil der Prämie, abzgl. der steuerlichen Abgaben, der sich auf den nicht abgelaufenen Risikozeitraum bezieht, und zwar:</i> <ul style="list-style-type: none"> - nach dem Rücktritt bei einem Schadensfall innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum, an dem Rücktritt wirksam wurde; - bei Vertragsende aufgrund des Verkaufs (ohne Ersatz)/durch Diebstahl oder Verschrottung des Fahrzeugs; - bei Vertragsauflösung aufgrund des Eintretens folgender Krankheiten: chronischer Alkoholismus, manifeste AIDS-Erkrankung und damit verbundene Syndrome, Drogenabhängigkeit.



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Dauer	<i>Neben den im vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen enthaltenen Angaben gibt es keine weiteren Informationen.</i>
Unterbrechung	<i>Der Vertrag sieht nicht die Möglichkeit vor, die Garantien vorübergehend zu unterbrechen.</i>



Wie kann ich die Versicherung kündigen?

Meinungsänderung nach Vertragsabschluss	<i>Es besteht nicht die Möglichkeit, vom Vertrag zurückzutreten, falls der Versicherungsnehmer nach Vertragsabschluss seine Meinung ändern sollte.</i>
Auflösung des Vertrags	<i>Wird das Fahrzeug/Wasserfahrzeug im Anschluss nach dem Verkauf nicht ersetzt (oder der Ersatz von UnipolSai nicht akzeptiert), erlöschen die entsprechenden Garantien bei einem Diebstahl oder der Verschrottung des Fahrzeugs bzw. des Wasserfahrzeugs am darauffolgenden Tag, nachdem der Versicherungsnehmer die Mitteilung über diese Ereignisse an das Versicherungsunternehmen zugesendet hat. Der Vertrag endet ebenfalls, wenn folgende Krankheiten eintreten: chronischer Alkoholismus, manifeste AIDS-Erkrankung und damit verbundene Syndrome, Drogenabhängigkeit.</i>



Für wen ist dieses Versicherungsprodukt gedacht?

Der vorliegende Versicherungsvertrag ist für natürliche und juristische Personen gedacht, deren hauptsächliche Bedarf darin besteht, sich gegen Unfallrisiken abzusichern und Assistenzleistungen zu erhalten, die wie folgt erbracht werden:

- bei der „Fahrzeugwahl“ zugunsten der Fahrer des versicherten Fahrzeugs/Wasserfahrzeugs;
- bei der „Personenwahl“ und der „Familienwahl“ zugunsten der in der Police angegebenen Personen sowie zugunsten des Versicherungsnehmers und seiner Familienmitglieder als Fahrer, Insasse oder Fußgänger.



Welche Kosten muss ich tragen?

Der durchschnittliche Anteil der Vermittler beträgt 24,50% der Nettoprämie.

WIE KANN ICH REKLAMATIONEN EINREICHEN UND STREITIGKEITEN LÖSEN?

<p>Reklamation beim Versicherungsunternehmen</p>	<p>Etwaige Reklamationen in Bezug auf das Versicherungsprodukt, die Verwaltung des Vertragsverhältnisses oder das Verhalten des Versicherungsunternehmens, des Agenten oder des Versicherungsvermittlers in Nebentätigkeit (einschließlich seiner Beschäftigten und Mitarbeiter) sind schriftlich an folgende Adresse zu richten: 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 müssen folgende Angaben enthalten: Vor- und Nachname und Steuernummer (oder die Ust-IDNr.) des Beschwerdeführers sowie eine Beschreibung des Beschwerdegrundes. Reklamationen können auch direkt beim Agenten oder Versicherungsvermittler in Nebentätigkeit eingereicht werden, wenn diese dessen Verhalten oder jenes seiner Beschäftigten und Mitarbeiter betreffen. Reklamationen über das Verhalten von Versicherungsvermittlern, die in die Sektion B oder D (Broker, Banken oder Finanzvermittler) des Einheitsregisters für Vermittler eingetragen sind, sowie Reklamationen über das Verhalten von Versicherungsvermittlern, die in das als Anhang beigefügte Verzeichnis 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. Hilfreiche Informationen für die Einreichung von Reklamationen sind auf der Internetseite des Versicherungsunternehmens www.unipolsai.it und in den gegebenenfalls während der Vertragszeit regelmäßig zugesendeten Mitteilungen angegeben. Nachdem die Reklamation eingegangen ist, muss die Reklamations- und Kundendienststelle von UnipolSai innerhalb einer Höchstfrist von 45 Tagen eine Antwort erteilen. Falls die Reklamation das Verhalten des Agenten oder des Versicherungsvermittlers in Nebentätigkeit (und von dessen Beschäftigten und Mitarbeitern) betrifft, muss die Antwort innerhalb von 60 Tagen erteilen werden.</p>
<p>Reklamation bei der Aufsichtsbehörde IVASS</p>	<p>Falls der Beschwerdeführer nicht mit dem Ergebnis der beim Unternehmen eingereichten Reklamation einverstanden ist bzw. eine Antwort innerhalb der vorgesehenen Frist ausbleiben sollte, kann er sich an die Aufsichtsbehörde IVASS unter folgender Adresse wenden: IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Informationen auf: www.ivass.it. Die an die Aufsichtsbehörde IVASS gerichteten Reklamationen müssen folgende Angaben enthalten: a) Vorname, Nachname und Wohnsitz des Beschwerdeführers, gegebenenfalls mit Telefonnummer; b) die Angabe des Gegenstands oder der Gegenstände, bezüglich derer die Beschwerde erfolgt; c) eine kurze und ausführliche Beschreibung des Beschwerdegrundes; d) die Kopie der beim Versicherungsunternehmen oder beim Versicherungsagenten vorgelegten Reklamation und der gegebenenfalls vom Unternehmen erteilten Antwort; e) alle nützlichen Dokumente zur näheren Beschreibung der diesbezüglichen Umstände.</p>
<p>VOR BESCHREITEN DES RECHTSWEGS ist es möglich, die folgenden Verfahren zur Streitbeilegung zu nutzen:</p>	
<p>Schlichtungsverfahren</p>	<p>Anrufung eines der Schlichtungsorgane über einen Rechtsanwalt des Vertrauens, die in der Liste des Justizministeriums verzeichnet sind. Diese Liste kann auf der Internetseite www.giustizia.it abgerufen werden. (Gesetz Nr. 98 vom 9/8/2013). Die Inanspruchnahme des Schlichtungsverfahrens ist eine Voraussetzung für die Zulässigkeit einer gerichtlichen Klage.</p>
<p>Verhandlung mit Rechtsbeistand</p>	<p>Durch eine Anfrage des eigenen Anwalts beim Unternehmen mit den angegebenen Modalitäten gemäß Gesetzesdekret Nr. 132 vom 12. September 2014 (umgewandelt in das Gesetz Nr. 162 vom 10. November 2014).</p>
<p>Alternative Systeme zur Beilegung von Streitigkeiten</p>	<p>- 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. - Reklamation direkt bei der Aufsichtsbehörde IVASS oder beim zuständigen ausländischen System auf der Internetseite https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it um grenzüberschreitende Streitfälle zu lösen, in die der Beschwerdeführer mit Wohnsitz in Italien verwickelt ist, wobei der Beschwerdeführer die Aktivierung der FIN-NET-Prozedur beantragen muss.</p>

HINWEIS:

FÜR DIESEN VERTRAG UNTERHÄLT DAS UNTERNEHMEN AUF DER EIGENEN INTERNETSEITE KEINEN RESERVIERTEN BEREICH FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER (die sog. VERSICHERUNG VON ZU HAUSE AUS), SODASS DER VERSICHERUNGSNEHMER DIESEN VERTRAG NACH VERTRAGSABSCHLUSS NICHT TELEMATISCH VERWALTEN KANN.




UnipolSai
Verkehrsunfallversicherung
Ausgabe 15.03.2019



VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
einschließlich GLOSSAR

GLOSSAR	1 von 38
- Bestimmungen über die Versicherung allgemein	5 von 38
- Abschnitt „Unfälle“	10 von 38
- Abschnitt „Sicher unterwegs“	20 von 38
- Abschnitt „Assistenz“	22 von 38
- Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen	26 von 38
BESTIMMUNGEN, AUF DIE IN DER POLICE VERWIESEN WIRD	35 von 38

1 Was sind die Konsultationsfelder?

Bei den Konsultationsfeldern handelt es sich um spezielle Felder, die mit Symbolen gekennzeichnet werden und im Text mit den vertraglichen Bedingungen leicht zu erkennen sind. Darin ist Folgendes angegeben: Antworten bei Zweifeln oder im Bedarfsfall zu befolgende Anweisungen , Punkte, auf die besonders zu achten ist , Kontaktadressen, an die man sich wenden kann .

Es sollte darauf hingewiesen werden, dass diese Felder keinerlei vertragliche Wirkung haben, sondern in bestimmten Fällen lediglich der Vereinfachung dienen. Daher ist es wichtig, die Bedingungen, auf die sich diese Felder beziehen, stets sorgfältig durchzulesen.

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

Alkoholeinfluss: Darunter ist der Zustand der Veränderung zu verstehen, der bei einem Blutalkoholspiegel von über 0,8 g/l vorliegt.

An die vertraglich gebundene Gesundheitseinrichtung/Struktur: klinische Einrichtung und Krankenhäuser, Ärzthäuser, fachärztliche Zentren und deren Ärzte und Chirurgen, mit denen eine Vereinbarung abgeschlossen hat, um günstige Tarife für die Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

Assistenz: Die unter den Versicherungszweig 18 fallende Versicherung gemäß Art. 2, Absatz 3 der gesetzesvertretenden Verordnung Nr. 209 vom 7. September 2005, bei der dem Versicherten nach einem zufällig eingetretenen Ereignis eine Soforthilfe im Rahmen der Vertragsvereinbarungen bereitgestellt wird.

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 mithilfe einer mechanischen Energie-, Wärme- oder Laserquelle erfolgt, sowie 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 Eingriffe, 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 Entlassungsbrief 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 Präventionsmedizin).

Diebstahl: Entwendung der beweglichen Sachen des Besitzers, um sich unrechtmäßig zu bereichern.

Entschädigung/Rückerstattung: die Summe, die dem Versicherten bei einem Unfall vom Versicherungsunternehmen ausgezahlt 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 „einzigster Versicherungsfall“ anzusehen sind.

Erstrisikoversicherung: Form der Versicherung, bei der die Entschädigung bis zum Erreichen der Versicherungssumme geleistet wird, ohne dass die in Art. 1907 des italienischen Zivilgesetzbuches vorgesehene Verhältnismäßigkeitsregel zur Anwendung kommt, unabhängig vom Gesamtwert der versicherten Sachen zum Schadenszeitpunkt. Raub: Entwendung einer beweglichen Sache Anderer mithilfe von Gewalt und Drohung gegen die Person.

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

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

Genesungszeit: der Zeitraum, der nach einem Krankenhausaufenthalt notwendig ist, um die Gesundheit wiederherzustellen, die durch einen im Sinne des Vertrags entschädigungsfähigen Unfall bzw. eine Krankheit beeinträchtigt ist.

Immobilisierung (Ruhigstellung): 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 erforderlich machen. 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), vorausgesetzt, 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.

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. von 366 Tagen in einem Schaltjahr.

Klinische Einrichtung/Gesundheitseinrichtung: Krankenhäuser, Kliniken oder Universitätskliniken, Pflegeheime, die anhand der 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, der auch medikamentös herbeigeführt werden kann, 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 Verkehrsunfall zurückzuführen ist.

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

Kombinierte Versicherungsform: ein Versicherungspaket mit vorgegebenen Garantien und Versicherungssummen, das der Versicherungsnehmer gewählt hat und in der Police angegeben ist.

Körperlicher Mangel/Missbildung: Abweichung des morphologischen Aufbaus des Körpers oder seiner Organe wegen angeborener oder traumatisch erworbener Krankheiten.

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

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).

Organisationsstruktur: Struktur der , 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“ vorgesehenen Leistungen erbringt, wobei die Kosten zulasten des Versicherungsunternehmens gehen.

Persönliche Gegenstände: audiovisuelle Geräte und Videospiele, die nicht fest im Fahrzeug angebracht sind, Mobiltelefone, Tablets, PCs, Wertgegenstände (mit Ausnahme von Bargeld).

Police: Nachweis/Urkunde des Versicherungsvertrages im Sinne von Artikel 1888 des italienischen Zivilgesetzbuches.

Prämie: die vom Versicherungsnehmer an das Versicherungsunternehmen entrichtete Summe für die Versicherung.

Raub: Entwendung einer beweglichen Sache Anderer mithilfe von Gewalt und Drohung gegen die Person.

Raub: Entwendung der beweglichen Sachen Anderer, bei dem der Täter die Sache aus den Händen des Besitzers reißt.

Risiko: Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadens.

Rücktritt: einseitige Auflösung der Vertragsbindung, die gesetzlich oder vertraglich vorgesehen ist.

Sachen: materielle Dinge.

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

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

Sportboot: jedes Sportruderboot; jedes Sportboot mit einer Rumpflänge von 10 Metern oder weniger, die nach den entsprechenden harmonisierten Standards (ISO 8666) gemessen wurde.

Sportboot: alle Boote jeglicher Art und mit beliebigem Antrieb, die für die Sportschiffahrt bestimmt sind.

Stationärer Aufenthalt/Krankenhausaufenthalt: durch eine Krankenakte dokumentierter Aufenthalt, der die Übernachtung in einer Gesundheitseinrichtung mit sich bringt.

Terrorakt: jede absichtliche erfolgte oder auch nur angedrohte Handlung einer oder mehrerer Personen, die einer organisierten Gruppe angehören, um eine Regierung, die ganze Bevölkerung oder Teile davon in Angst zu versetzen, zu beeinflussen oder zu destabilisieren.

Trickdiebstahl: mit besonderem Geschick ausgeübter Diebstahl, sodass dieser der Wachsamkeit der beraubten Person oder anderer Anwesenden entgeht.

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

UniSalute: die Versicherungsgesellschaft S.p.A mit Sitz in 40138 Bologna - Via Larga 8, die mit der Verwaltung, Bearbeitung und Auszahlung der Schadensfälle des Abschnitts „Assistenz“ beauftragt ist.

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

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

Versicherung in freier Form (frei wählbar): Diese Versicherungsform ermöglicht es, den Versicherungsschutz mit Garantien und Versicherungssummen nach eigenem Ermessen des Versicherungsnehmers individuell zusammenzustellen.

Versicherung zum Neuwert: Garantief orm, bei welcher der Wert der versicherten Sachen festgelegt wird, indem die nötigen Kosten zur Wiederbeschaffung geschätzt werden, um sie durch neue, gleiche oder gleichwertige Sachen hinsichtlich der Verwendung, Qualität, Leistungsmerkmale und Funktionalität zu ersetzen.

Versicherung: Versicherungsvertrag gemäß der Definition in Art. 1882 des italienischen Zivilgesetzbuchs und/oder die mit dem Vertrag geleistete Garantie.

Versicherungsnehmer: die Person, die die Versicherung abschließt und die damit verbundenen Pflichten übernimmt, wie z. B. die wichtige Pflicht zur Zahlung der Prämie.

Versicherungssumme: die in der Police angegebene Summe, die für jede Garantie zur Berechnung der Entschädigung/Rückerstattung verwendet wird.

Versicherungszeitraum - Versicherungsjahr: Bei einer Vertragsdauer von einem Jahr oder weniger ist dies der Zeitraum, der ab 24.00 Uhr des Tages beginnt, an dem die Police wirksam wird, und mit dem Vertragsauslauf endet. Bei einer Vertragsdauer von über einem Jahr beginnt der erste Versicherungszeitraum ab 24.00 Uhr des Tages, an dem der Vertrag wirksam wird, und endet um 24.00 Uhr des ersten jährlichen Fälligkeitsdatums. Die darauffolgenden Versicherungszeiträume haben eine Dauer von einem Jahr.

Wertgegenstände: Schmuckstücke, Stücke aus Gold oder Platin, Edelsteine und Natur- oder Zuchtperlen, einschließlich der jeweiligen Fassungen.

Wettkämpfe mit Spezialregeln: Wettbewerbe mit Motorfahrzeugen oder Wasserfahrzeugen mit Motor, bei denen nicht die Geschwindigkeit, mit der die verschiedenen Abschnitte, 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.

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

Art. 1.1 - Versicherungsbeginn und Wirksamkeit

Die Versicherung tritt ab 24.00 Uhr des in der Police angegebenen Tages in Kraft, wenn die Prämie oder die erste Prämienrate gezahlt wurde. 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 Zivilgesetzbuches davon unberührt.

Art. 1.2 - Dauer der Versicherung und Nachlass für die mehrjährige Laufzeit ¹

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 in der Police angegeben ist. Die in der Police angegebene Versicherungsprämie beinhaltet bereits die o. g. Reduzierung. Unterliegt die Versicherung der automatischen Angleichung, variiert demzufolge auch die Reduzierung des Betrags.

Art. 1.3 - Vertragsverlängerung, stillschweigende Erneuerung, Nichterneuerbarkeit ²

Der Vertrag unterliegt nicht der stillschweigenden Erneuerung. Daher endet er bei seinem natürlichen Auslauf, ohne Kündigungspflicht der Parteien.

Das Versicherungsunternehmen verpflichtet sich jedoch, den Versicherungsschutz bzw. die Garantie für den Zeitraum von 15 Tagen nach Vertragsauslauf aufrechtzuerhalten.

In den Fällen, in denen im Gesetz oder im Vertrag auf den Versicherungszeitraum Bezug genommen wird, gilt dieser für die Dauer von einem Jahr, es sei denn, die Versicherung wurde mit einer kürzeren Laufzeit abgeschlossen. In diesem Fall stimmt der Versicherungszeitraum mit der Vertragsdauer überein.

Hat der Vertrag mit den Versicherungsoptionen „Personenwahl“ und „Familienwahl“ 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 Laufzeit ausüben. In diesem Fall muss der Agentur, die für die Police zuständig ist, oder der Direktion des Versicherungsunternehmens der Rücktritt mindestens 30 Tage vor der Fälligkeit der Versicherung per Einschreiben, Fax oder zertifizierte E-Mail-Adresse (PEC) (falls der Versicherte oder der Versicherungsnehmer eine solche besitzt) mitgeteilt werden. Gilt der Vertrag für eine Dauer von fünf Jahren oder weniger, kann der Versicherungsnehmer nicht vorzeitig vom Vertrag zurücktreten und muss den vorgesehenen Vertragsablauf abwarten.

1 Welche Laufzeit kann die Versicherung haben?

Die Versicherung kann eine jährliche oder mehrjährige Dauer haben. Bei einer mehrjährigen Laufzeit wird für jedes Versicherungsjahr ein Prämiennachlass gewährt. Der prozentuale Anteil des Nachlasses in Bezug auf die Prämie, die der Kunde bei einer einjährigen Laufzeit zahlen würde, ist in der Police angegeben. Je höher dieser Nachlass ist, desto höher ist die bei Vertragsabschluss vereinbarte Laufzeit. Wenn die mehrjährige Laufzeit des Vertrags mit den Versicherungsoptionen „Personenwahl“ und „Familienwahl“ eine Dauer von über fünf Jahren hat, kann der Kunde erst nach Ablauf der ersten fünf Jahre vom Vertrag zurücktreten. Wenn die Versicherung in Bezug auf die Versicherungsoption „Fahrzeugwahl“ mit einer mehrjährigen Vertragsdauer abgeschlossen wurde, kann der Kunde auch jedes Jahr ohne Kündigungsfrist und Formalitäten vom Vertrag zurücktreten.

2 Endet der Versicherungsschutz zu dem in der Police angegebenen Datum automatisch oder besteht er weiterhin?



Der Vertrag wird „ohne stillschweigende Erneuerung“ abgeschlossen. Daher endet der Versicherungsschutz zum angegebenen Datum, ohne dass es irgendeiner Mitteilung zwischen den Vertragsparteien bedarf. Das Unternehmen hält den Versicherungsschutz bzw. die Garantien für weitere 15 Tage nach der Fälligkeit aufrecht, jedoch bedeutet dies, dass der Kunde auf den Umstand achten muss, dass er nach Ablauf von 15 Tagen nicht länger durch die Versicherung geschützt ist.

Wenn der Vertrag in Bezug auf die Versicherungsoption „Fahrzeugwahl“ mit einer mehrjährigen Vertragsdauer abgeschlossen wurde, kann der Versicherungsnehmer bei jeder jährlichen Fälligkeit ohne Kündigungsfrist vom Vertrag zurücktreten, indem er es unterlässt, die Prämie innerhalb der 15 Tage nach der Fälligkeit zu zahlen. In diesem Fall verzichtet das Unternehmen ausdrücklich und unwiderrufbar auf die in Art. 1901, Absatz 3 des italienischen Zivilgesetzbuchs vorgesehene Frist sowie auf die Einleitung von Schritten zur gerichtlichen Eintreibung der Prämie für das folgende Jahr. Der Vertrag endet daher infolge der o. g. Nichtzahlung der Prämie in teilweiser Abweichung von den Bestimmungen in Art. 1.1. - „Versicherungsbeginn und Wirksamkeit“.

Art. 1.4 – Zahlung der Prämie ³

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. 1.5 – Ratenzahlung der Prämie ⁴

Obwohl die Jahresprämie nicht teilbar ist, kann das Versicherungsunternehmen dennoch 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 die 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. 1.6 - Ratenzahlung der Prämien über das S.D.D.-Lastschriftverfahren (nur wirksam, wenn in der Police die monatliche Ratenzahlung angegeben ist)

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

a) Nutzung des Lastschriftverfahrens (SEPA Direct Debit) zur monatlichen Zahlung der Prämie

1. Das Versicherungsunternehmen ermöglicht es dem Versicherungsnehmer, dass er 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.
2. Bei Abschluss des Versicherungsvertrags muss der Versicherungsnehmer (i) in der Agentur für die Vorauszahlung einer Summe in Höhe von drei Zwölfteln der vereinbarten Prämie (zzgl. der eventuellen Monatsrate) sorgen, (ii) sich verpflichten, die restliche Prämie in Höhe von neun Zwölfteln mit monatlichen Raten in Höhe von jeweils einem Zwölftel zu zahlen, und (iii) sich verpflichten, die monatlichen Folgeraten zu zahlen, wenn der Vertrag stillschweigend erneuert wird, indem er eine entsprechende Einzugsermächtigung für das SEPA-Lastschriftverfahren (S.D.D.) unterzeichnet und somit seine Bank ermächtigt, die entsprechenden Abbuchungsaufträge des Versicherungsunternehmens anzunehmen.
3. Die Zahlung jeder Monatsrate bei deren Fälligkeit wird vom Versicherungsunternehmen unter dem Vorbehalt der Prüfung und des tatsächlichen Eingangs der Zahlung akzeptiert.
4. Das Versicherungsunternehmen sorgt in jedem Fall für die Benachrichtigung über die Zahlung der Monatsraten und den Versicherungsschutz der in der Police vorgesehenen Garantien. Hierfür sendet das Versicherungsunternehmen folgende Nachricht an den Versicherungsnehmer, die die Ausstellung einer Quittung ersetzt: «Wir haben die Zahlung per S.D.D.-Lastschrift in Höhe von xxxx,xx € in Bezug auf die Rate vom [TT Monat JJJJ] der Police Nr. xx/xx/xxxx erhalten.

3 Was ist die Prämie und wie wird sie berechnet?

Die „Versicherungsprämie“ ist der „Preis“, der an das Versicherungsunternehmen gezahlt werden muss, um den im unterzeichneten Vertrag vorgesehenen Versicherungsschutz zu erhalten. Die Prämie wird beim Abschluss der Versicherung zu dem derzeit geltenden Tarif berechnet bzw. anhand der zur Berechnung berücksichtigten „Risikoparameter“ ermittelt.

4 Wann muss die Prämie bezahlt werden?

Die Zahlung der Gesamtprämie oder der Prämienraten ist eine notwendige Bedingung, damit die Versicherung rechtswirksam und gültig ist. Andernfalls ist die Versicherung nicht wirksam, selbst wenn der Vertrag unterzeichnet wurde. Wenn in der Police eine einzige Rate vorgesehen ist, muss diese bei der Unterzeichnung gezahlt werden. Wenn die Prämie in Raten aufgeteilt wurde, wird bei Begleichung einer jeden Rate ein Beleg - die sogenannte „Quittung“ - ausgestellt, mit der die erfolgte Zahlung und das weitere Bestehen des Versicherungsschutzes bestätigt wird.

Hiermit bestätigen wir den Versicherungsschutz. - UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Diese Nachricht wird vom Versicherungsunternehmen zugesendet: - per SMS an folgende Mobilfunknummer [*].

b) Nicht erfolgte Abbuchung der Prämienzahlung

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. In diesem Fall wird das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer unmittelbar danach den negativen Ausgang der Zahlung und die dementsprechende Aussetzung des Versicherungsschutzes durch Zusendung einer Nachricht mit den unter Punkt a) 4 angegebenen Modalitäten mitteilen: «Die Abbuchung per S.D.D.-Lastschriftverfahren von xxxx,xx € in Bezug auf die Rate vom 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. Versicherungen UnipolSai».

c) Aufhebung/Änderungen der Dienstleistung der Abbuchung per S.D.D.-Lastschrift

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.
2. Wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag ersetzt und auch beim neuen Vertrag 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. Wenn der Versicherungsvertrag endet oder durch einen anderen ersetzt wird, sendet das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer eine Nachricht mit den unter Punkt a) 4 angegebenen Modalitäten zu:
«Hiermit teilen wir Ihnen die Aufhebung/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.»
4. Bei Widerruf der Abbuchung per S.D.D.-Lastschriftverfahren durch den Versicherungsnehmer wird ihm das Versicherungsunternehmen eine Nachricht mit den unter Punkt a) 4 angegebenen Modalitäten zusenden: «Nach dem von Ihnen angewiesenen Widerruf der Abbuchung der Prämie per S.D.D.-Lastschrift in Bezug auf die Police Nr. xxx/xxxxxxxxx, 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. Versicherungen UnipolSai»
5. Bei einem Widerruf oder der Änderung des S.D.D.-Lastschriftverfahrens muss der Versicherte in jedem Fall für die Zahlung der geschuldeten Prämienraten in der Agentur sorgen und muss eine andere Zahlungsmodalität mit der Agentur vereinbaren, indem er sich für eine von den Zahlungsmöglichkeiten entscheidet, die laut den geltenden Gesetzesbestimmungen 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 dazu ermächtigen, vertragliche Mitteilungen über den Vertrag oder die Leistungen an die angegebene E-Mail-Adresse oder Mobilfunknummer zu senden, wobei er sich verpflichtet, allfällige Änderungen umgehend mitzuteilen.

Art. 1.7 Angleichung der Versicherungssummen und der jeweiligen Prämien

Wird die Versicherung mit mehrjähriger Dauer abgeschlossen (d. h. für mindestens 2 Jahre) und insofern im Vertrag 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 in Tagen angegebenen Höchstgrenzen und die in Prozent angegebenen Werte werden nicht angeglichen.

Art. 1.8 - Erklärungen bezüglich der Umstände des Risikos

Wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte unzutreffende Angaben macht oder Umstände verschweigt, die die Risikobewertung beeinflussen, kann dies gemäß der Artikel 1892, 1893 und 1894 des italienischen Zivilgesetzbuches den völligen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung sowie die Auflösung der Versicherung zur Folge haben.

Art. 1.9 - Verringerung des Risikos

Es sind keine Fälle einer Verringerung des Risikos vorgesehen.

Art. 1.10 – Erhöhung des Risikos

Es sind keine Fälle einer Erhöhung des Risikos vorgesehen.

Art. 1.11 – Änderungen der Versicherung

Etwaige Änderungen der Versicherung müssen in schriftlicher Form genehmigt werden.

Art. 1.12 – Form der Mitteilungen

Alle Mitteilungen, zu denen der Versicherte, der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen verpflichtet sind, müssen per Einschreiben, Fax oder PEC-Adresse (zertifizierte E-Mail-Adresse) - falls der Versicherte oder der Versicherte über eine solche verfügt - an die Direktion des Versicherungsunternehmens oder an die für die Police zuständige Agentur zugesendet werden.

Art. 1.13 – 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 sie der Gegenpartei den Rücktritt vorab schriftlich mitteilt.

Die entsprechende Mitteilung per Einschreiben, Fax oder PEC-Adresse (zertifizierte E-Mail-Adresse) - falls der Versicherte oder der Versicherte über eine solche verfügt - wird rechtswirksam:

- nach 30 Tagen ab dem Zustellungsdatum, das aus dem Poststempel hervorgeht, wenn die Mitteilung vom Unternehmen zugesendet wurde;
- ab dem Datum des Poststempels, des Faxberichts oder der zertifizierten E-Mail (PEC), 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 eventuelle Einnahme der fällig gewordenen Prämien nach Schadensmeldung und die Ausstellung der entsprechenden Quittung können nicht als Verzicht auf das Rücktrittsrecht des Versicherungsunternehmens angesehen werden.

Art. 1.14 – Pflichtversicherungen

Die vorliegende Versicherung ersetzt keine eventuellen gesetzlichen Pflichtversicherungen, sondern gilt zusätzlich zu diesen.

Art. 1.15 – Andere Versicherungen

Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte sind verpflichtet, dem Unternehmen mitzuteilen, wenn Versicherungen bei anderen Versicherern bestehen oder eventuell im Nachhinein abgeschlossen werden, die dasselbe Risiko und die gleichen Garantien betreffen, die mit diesem Vertrag versichert sind. In der genannten Mitteilung müssen auch die Versicherungssummen angegeben werden.

Bei abgeschlossenen Verträgen, in denen ein oder mehrere Fahrzeuge angegeben sind, muss die Mitteilung unbedingt durch den Versicherungsnehmer erfolgen. Die vorsätzliche Unterlassung der o. g. Mitteilung führt zur Verwirkung des Anspruchs auf Entschädigung.

Der Versicherungsnehmer bzw. 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 Unfallgarantien, die automatisch auf den Besitz von Kreditkarten, Bankgirokonten oder andere Deckungen durch den Kauf von Gütern oder Dienstleistungen, die nicht unter die Versicherungsbranche fallen, zurückzuführen sind;
- bei den Garantien „Assistenz“ und „Sicher unterwegs“.

Im Schadensfall muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte gemäß Artikel 1910 des italienischen Zivilgesetzbuchs alle Versicherer benachrichtigen und jedem von ihnen die Namen der anderen Versicherer mitteilen.

Art. 1.16 - Veräußerung, Diebstahl oder Verschrottung des im Vertrag angegebenen Fahrzeugs bzw. Wasserfahrzeugs

Wird das Fahrzeug/Wasserfahrzeug bei einem Vertrag, der in Bezug auf ein angegebenes Fahrzeug bzw. Wasserfahrzeug abgeschlossen wird (die sogenannte „Fahrzeugwahl“), veräußert oder durch ein anderes ersetzt, teilt der Versicherungsnehmer dies dem Versicherungsunternehmen mit und beantragt, dass dieses Fahrzeug im Vertrag ersetzt wird. Das Versicherungsunternehmen behält sich die Annahme dieses Antrags vor. Nachdem der Antrag angenommen wurde, gilt der Ersatz an dem Tag als wirksam, an dem der Versicherungsnehmer dem Versicherungsunternehmen die Mitteilung zugesendet hat.

Wird das Fahrzeug/Wasserfahrzeug im Anschluss an die Veräußerung nicht ersetzt (oder der Ersatz vom Versicherungsunternehmen nicht angenommen), enden die entsprechenden Garantien bei einem Diebstahl oder der Verschrottung des Fahrzeugs/Wasserfahrzeugs am darauffolgenden Tag, nachdem der Versicherungsnehmer die Mitteilung über diese Ereignisse an das Versicherungsunternehmen zugesendet hat. Dem Versicherungsnehmer wird im Anschluss daran der Teil der nicht genutzten Prämie, abzgl. der steuerlichen Abgaben, zurückerstattet.

Sollten im Vertrag andere Fahrzeuge/Wasserfahrzeuge angegeben sein, wird das Versicherungsunternehmen die Gesamtprämie demzufolge zur ersten darauffolgenden jährlichen Fälligkeit ändern.

Den oben genannten Mitteilungen müssen geeignete Unterlagen beigefügt werden, die die Angaben des Versicherungsnehmers nachweisen.

Art. 01:17 – Zuständiges Gericht

Für alle Streitigkeiten ist das Gericht zuständig, an dem der Wohnsitz oder das gewählte Domizil des Versicherungsnehmers oder des Versicherten liegt, falls es sich um eine natürliche Person handelt. Handelt es sich beim Versicherungsnehmer oder Versicherten um eine juristische Person oder eine Körperschaft ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem deren Rechtssitz liegt.

Art. 01:18 - Verweis auf gesetzliche Bestimmungen

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

Was wird versichert?

Art. 2.1 - Grundgarantie ⁶

Basierend auf der im Vertrag angegebenen Versicherungswahl des Versicherungsnehmers und innerhalb der Grenzen der in der Police angegebenen Garantien und Versicherungssummen ⁷ entschädigt das Versicherungsunternehmen die Unfälle, die der Versicherte infolge der Teilnahme am Straßenverkehr erleidet.

Versicherungswahl ⁸

A) PERSONENWAHL

Die Versicherung wird zugunsten der Personen geleistet, die in der Police angegeben sind.

B) FAMILIENWAHL

Die Versicherung wird zugunsten des Versicherungsnehmers und der zum Haushalt gehörenden Personen geleistet, die zum Schadenszeitpunkt aus der Familienstandsbescheinigung hervorgehen, sowie zugunsten der Personen, die in die Garantie eingeschlossen oder davon ausgeschlossen werden können und ausdrücklich in der Police angegeben sind.

Basierend auf den Versicherungsformen A) und B) verpflichtet sich das Versicherungsunternehmen, die Unfälle zu entschädigen, die der Versicherte im Verkehr erleidet, und zwar:

a) als Fahrer/Führer von:

- Kraftfahrzeugen;
- Kraftfahrzeugen zur Mischnutzung;

5 Deckt die Unfallgarantie nur die Unfälle ab, die der Versicherungsnehmer erleidet?

Nein, der Versicherungsschutz gilt je nach Auswahl, die vom Versicherungsnehmer getroffen wurde, der die Police individuell gestalten kann, indem er Personen (Personenwahl) oder die Familienmitglieder (Familienwahl) oder einen beliebigen Fahrer des in der Police angegebenen Fahrzeugs (Fahrzeugwahl) angibt.

Falls es sich beim Versicherungsnehmer um eine juristische Person handelt, wird die Versicherung immer zugunsten eines beliebigen Fahrers des angegebenen Fahrzeugs abgeschlossen.

6 Deckt die Grundgarantie die notwendigen Behandlungskosten nach einem erlittenen Unfall ab?

Nein, für die Rückerstattung der nach einem Unfall angefallenen Behandlungskosten muss die Grundgarantie durch den Erwerb der Zusatzgarantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ erweitert werden.

7 Wo kann ich die in den Versicherungsbedingungen enthaltenen Einschränkungen und Untergrenzen nachlesen?

Für einen klaren und vollständigen Überblick über die Einschränkungen und Untergrenzen sowie über die ggf. vorgesehenen Selbstbehalte müssen Sie nur die entsprechende zusammenfassende Tabelle konsultieren, die sich am Ende eines jeden Abschnitts der Versicherungsbedingungen befindet.

8 Gilt der Versicherungsschutz nur für Unfälle, die der Fahrer oder Insasse von Kraftfahrzeugen erleidet?

Nein, der Versicherungsschutz ist umfassender, da auch Unfälle abgedeckt sind, die man als Fußgänger, als beförderter Fahrgast in öffentlichen oder privaten Fahrzeugen oder als von einem beliebigen Fahrzeug angefahrener Fußgänger erleidet. Die Versicherung beinhaltet außerdem die Unfälle, die der Versicherte beim Ein- oder Aussteigen in ein/aus einem der Transportmittel erleidet.

- Lkws mit einer Masse bis 3500 kg;
- Campern (Wohnmobilen);
- Zweirädern;
- Motorfahrzeugen;
- Motorrädern;
- Sportbooten.

b) als beförderter Fahrgast/Passagier in/auf:

- Kraftfahrzeugen;
- Campern (Wohnmobilen);
- Zweirädern, die über die geeignete gesetzliche Zulassung und Ausstattung für die Beförderung von Personen verfügen;
- Motorfahrzeugen;
- Motorrädern;
- Sportbooten;
- öffentlichen oder privaten Verkehrsmitteln (auf der Straße, auf dem Meer, der See und auf Flüssen);
- Flugzeugen (unter Ausschluss von Segelfliegern, Motorsegelflugzeugen, Heißluftballons und Luftschiffen) während Flügen zu touristischen Zwecken oder Transferflügen durch beliebige Fluggesellschaften, ausgenommen von Luftsportflügen und Flügen, die nicht der öffentlichen Personenbeförderung dienen.

c) als Fußgänger, der von einem beliebigen Fahrzeug angefahren wird.

Die Versicherung beinhaltet zudem die vom Versicherten erlittenen Unfälle:

- beim Ein- oder Aussteigen in ein/aus einem der o. g. Transportmittel;
- bei der Ausführung der notwendigen Vorgänge, um das stehen gebliebene Fahrzeug, das von ihm geführt oder in dem er befördert wurde, in die Lage zu versetzen, die Fahrt wieder aufzunehmen.

C) FAHRZEUGWAHL

Die Versicherung wird zugunsten eines beliebigen Fahrers von Fahrzeugen/Führers von Wasserfahrzeugen geleistet, der in der Police angegeben wurde.

Basierend auf der Versicherungsform C) verpflichtet sich das Versicherungsunternehmen, die Unfälle zu entschädigen, die der Versicherte im Verkehr erleidet, und zwar:

a) als Fahrer/Führer von:

- Kraftfahrzeugen;
- Kraftfahrzeugen zur Mischnutzung;
- Lkws mit einer Masse bis 3500 kg;
- Campern (Wohnmobilen);
- Motorfahrzeugen;
- Motorrädern;
- Sportbooten;
- landwirtschaftlichen Maschinen, Arbeitsmaschinen, Straßenzugmaschinen (bei der kombinierten Form gemäß Art. 2.7.1 „Kombinierte Versicherungsform“ ausgeschlossen);
- Lkws mit einer Masse über 3500 kg. (bei der kombinierten Form gemäß Art. 2.7.1 „Kombinierte Versicherungsform“ ausgeschlossen);
- Lastzügen, Sattelschleppern (bei der kombinierten Form gemäß Art. 2.7.1 „Kombinierte Versicherungsform“ ausgeschlossen).

Die Versicherung beinhaltet zudem die vom Versicherten erlittenen Unfälle:

- beim Ein- oder Aussteigen in ein/aus einem von ihm geführten Fahrzeug;
- bei der Ausführung der notwendigen Vorgänge, um das von ihm geführte und stehen gebliebene Fahrzeug in die Lage zu versetzen, die Fahrt wieder aufzunehmen.

Garantierte Ereignisse

Im Rahmen der Wirksamkeit der in der gewählten Versicherungsform vorgesehenen Garantien werden auch folgende Ereignisse als Unfälle angesehen:

- 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) Achillessehnenriss nach den **Entschädigungskriterien, die in Art. 5.8. „Achillessehnenriss“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen vorgesehen sind**, und Verletzungen durch Kraftanstrengungen, **unter Ausschluss jeder Form eines Herzinfarkts**;
- h) durch Kraftanstrengung verursachte traumatische Bauchhernien, **unter Ausschluss jeder anderen Form einer Hernie, gemäß den Entschädigungskriterien, die in Art. 5.6. „Durch Kraftanstrengung verursachte traumatische Bauchhernien“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen vorgesehen sind**;
- i) Läsionen durch die Aufnahme von Lebensmitteln und Getränken;
- j) Unfälle, die sich bei Unwohlsein, plötzlicher Unpässlichkeit oder Bewusstlosigkeit oder als Folge davon ereignen;
- k) Unfälle, die durch schwere Schuld, mangelnde Erfahrung oder Fahrlässigkeit des Versicherten herbeigeführt werden.

Garantierweiterungen

Entschädigungsfähig sind ebenfalls die Unfälle im Verkehr, die auf folgende Risiken zurückzuführen sind:

1) Risiko Krieg, Aufstände im Ausland

Unter teilweiser Abweichung von Artikel 1912 des italienischen Zivilgesetzbuches wird die Wirksamkeit dieser Garantien erweitert auf Unfälle aufgrund von Kriegshandlungen (auch ohne Kriegserklärung), Volksaufständen und militärischer Besetzung, die der Versicherte außerhalb des Territoriums der Republik Italien, der Republik S. Marino und der Vatikanstadt erleidet, und zwar **für einen Zeitraum von höchstens 14 Tagen ab Eintritt der genannten Ereignisse, wenn der Versicherte vom Ausbruch dieser Ereignisse überrascht wird, während er sich im ausländischen Staat aufhält.**

2) 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.**

3) Risiko Naturkatastrophen

Unter teilweiser Abweichung von Artikel 1912 des italienischen Zivilgesetzbuches gelten diese Garantien, **nur begrenzt auf den Todesfall und die bleibende Invalidität**, auch für Unfälle durch folgende Naturkatastrophen: Erdbeben, Vulkanausbrüche, Seebeben, Überschwemmungen und Hochwasser. **Im Hinblick auf die Konsequenzen dieser Ereignisse gilt als vereinbart, dass die geschuldete Entschädigung auf 50% der jeweils versicherten Vermögenswerte und nach den Entschädigungskriterien berechnet wird, die in Art. 5.7 „Naturkatastrophen“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen vorgesehen sind.**

Art. 2.1.1 - Geleistete Garantien

Die folgenden Garantien werden nur geleistet, **wenn sie in der Police angegeben sind**

a) Todesfall

Die Garantie wird mit der in der Police angegebenen Versicherungssumme für einen Unfall geleistet, der den Tod des Versicherten zur Folge hat.

Die Garantie wird auch geleistet, wenn der Versicherte nach Vertragsauslauf verstirbt, jedoch nur, **wenn der Tod innerhalb von zwei Jahren nach 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 jedoch ausgezahlt und der Versicherte verstirbt innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfalltag, steht den Begünstigten oder den Erben (falls keine Begünstigten benannt wurden) 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. Andernfalls sind sie nicht verpflichtet, die Differenz zurückzuerstatten.

a.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 behinderten Kindern des Versicherten vertraglich zustehenden Entschädigungsanteile verdoppelt. Es versteht sich jedoch dabei, dass der Höchstbetrag für das Versicherungsunternehmen **keinesfalls eine Gesamtsumme von 200.000,00 Euro überschreiten darf**, und zwar unabhängig von der Anzahl der minderjährigen oder behinderten Begünstigten.

a.2) Irreversibler komatöser Zustand

Bei einem im Sinne der Police entschädigungsfähigen Unfall, der zu einem komatösen Zustand führt, der irreversibel ist, da er seit 180 aufeinanderfolgenden Tagen ununterbrochen andauert, zahlt das Versicherungsunternehmen (vorbehaltlich der Schadensmeldung, die das Fortbestehen des komatösen Zustands für den o.g. Zeitraum nachweist und von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt wird) die für den Todesfall vorgesehene Entschädigung nach den Kriterien in Art. 5.2.2 „Auszahlung der Entschädigung für den Todesfall bei einem irreversiblen komatösen Zustand“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen.

b) Bleibende Invalidität durch einen Unfall

Die Garantie wird im Rahmen der in der Police angegebenen Versicherungssumme für einen Unfall des Versicherten geleistet, **der eine bleibende Invalidität zur Folge hat, die anhand der Kriterien in Art. 5.3 („Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen** oder durch die ggf. geltende Sonderbedingung gemäß Art. 2.5.1 („Anwendung der INAIL-Tabelle“) festgestellt wird.

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

Art. 2.1.2 - Immer wirksame Garantie Komatöser Zustand

Das Versicherungsunternehmen zahlt nach den angegebenen Kriterien in Art. 5.2.3 („Auszahlung der Pauschalentschädigung für einen komatösen Zustand,“) eine Pauschalentschädigung in Höhe von 10.000,00 Euro für einen Verkehrsunfall, der zu einem komatösen Zustand des Versicherten geführt hat.

Die zusätzliche Entschädigung wird ausgezahlt, wenn der komatöse Zustand innerhalb von 5 Tagen ab dem Unfallereignis eingetreten ist und nach Ablauf der 5 Tage nach dem Unfalltag immer noch andauert, so wie von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt.

Es wird vereinbart, dass der Tag, an dem der komatöse Zustand eintritt und endet, als ein 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.

Was ist NICHT versichert?

Art. 2.2 - Versicherungsausschlüsse

Die Versicherung gilt nicht für Unfälle durch:

- a) das Fahren von Bussen und Gelenkbussen, Taxis und/oder Miettaxis;

- b) das Fahren und die Verwendung von Wasserskootern, Motorschlitten, Pistenraupen, Quads (wobei als solche Fahrzeuge mit vier Rädern mit einem Leergewicht bis 550 kg gelten), Militärfahrzeugen, Dienstfahrzeugen der Einsatzkräfte in Bezug auf die öffentliche Ordnung/Notfälle/Rettungsdienste, Fahrzeugen von Überführungskennzeichen;
- c) das Fahren und die Verwendung von landwirtschaftlichen Maschinen, Arbeitsmaschinen, Straßenzugmaschinen, Lkws mit einer Masse über 3500 kg, Lastzügen, Sattelschleppern, begrenzt auf die Personen- und Familienwahl;
- d) das Fahren/Führen eines beliebigen Fahrzeugs oder Wasserfahrzeugs, wenn der Versicherte gemäß den geltenden Bestimmungen nicht dazu ermächtigt war, es sei denn, der Führerschein ist abgelaufen und wird vor der Schadensregulierung erneuert bzw. er wird aus Gründen nicht erneuert, die direkt und ausschließlich auf die Verletzungen des Fahrers/Führers als Folge des Unfalls zurückzuführen sind, ausgenommen der Unfälle von minderjährigen Kindern, die durch das Fahren von Fahrzeugen ohne das Wissen der Eltern oder des Erziehungsberechtigten verursacht wurden;
- e) die Teilnahme mit einem beliebigen Fahrzeug oder Wasserfahrzeug an Wettbewerben und Wettkämpfen sowie an den diesbezüglichen Trainingsfahrten, die von einem beliebigen Veranstalter organisiert werden, mit Ausnahme der Wettkämpfe mit Spezialregeln;
- f) das Fahren von Fahrzeugen auf Rennstrecken, auch ohne die Teilnahme an Wettkämpfen, mit Ausnahme von Fahrsicherheitskursen;
- g) Vergehen, die der Versicherte vorsätzlich begangen hat oder versucht hat, zu begehen, ausgenommen der Handlungen, die als Pflicht zur menschlichen Solidarität oder zur Selbstverteidigung anzusehen sind;
- h) 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 worden sind), und zwar beschränkt auf den Versicherten, der den Unfall in einem solchen Zustand verursacht hat;
- i) Krieg und Aufstand, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.1 („Grundgarantie - Erweiterung der Garantie auf besondere Risiken“) unter Punkt 1) „Risiko Krieg und Aufstände im Ausland“;
- j) Atomkernumwandlungen, Strahlungen durch die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen, Exposition gegenüber Ionenstrahlung, chemische und biologische Kontaminationen (wobei darunter die Vergiftung mit nuklearen, biologischen oder chemischen Substanzen zu verstehen ist);
- k) die Folgen von chirurgischen Eingriffen, ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die nicht durch einen entschädigungspflichtigen Unfall notwendig geworden sind;
- l) Handlungen oder das 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:

- m) durch jegliche Ursache herbeigeführter Herzinfarkt und Schlaganfall.

Art. 2.3 - Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags

Folgende Personen können nicht mit dem vorliegenden Vertrag versichert werden:

- Unabhängig von der tatsächlichen Bewertung des Gesundheitszustandes werden Personen nicht versichert, 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 Ereignis beanstandet werden kann. In diesem Fall werden dem Versicherungsnehmer diese Prämien, abzüglich der steuerlichen Abgaben, zurückerstattet.

Individuelle Zusammenstellung der Versicherung⁹

Art. 2.4 - Zusatzgarantien (gegen Zahlung einer Zusatzprämie)

Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, eine oder mehrere der nachfolgend angebotenen Zusatzgarantien zu erwerben. Diese Garantie ist nur wirksam, wenn sie in der Police angegeben ist und die entsprechende Prämie gezahlt wurde.

Art. 2.4.1 - Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall

Das Versicherungsunternehmen sorgt für die Rückerstattung der Behandlungskosten, die dem Versicherten bei einem Unfall während der Vertragslaufzeit binnen zwei Jahren ab dem Unfalltag entstanden sind. Rückerstattet werden die Kosten für:

- a) diagnostische Untersuchungen;
- b) die Honorare für Untersuchungen durch Allgemeinmediziner und/oder Fachärzte sowie bei einem chirurgischen Eingriff die Honorare der Chirurgen, des Helpersonals, der Assistenzärzte und jeder anderen am Eingriff beteiligten Fachkraft, einschließlich der Kosten für den OP, das Material und die während des Eingriffs eingesetzten Implantate;
- c) Arzneimittel, physiotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen und Thermalkuren (wobei Hotelkosten in jedem Fall ausgeschlossen sind) bis zu einem Höchstbetrag in Höhe von 50% der Versicherungssumme;
- d) wobei Hotelkosten in jedem Fall ausgeschlossen sind) bis zu einem Höchstbetrag in Höhe von 50% der Versicherungssumme Folgen eines durch den Unfall entstandenen ästhetischen Schadens zu begrenzen oder zu beseitigen, bis zu einem Höchstbetrag in Höhe von 50% der Versicherungssumme;
- e) die Gebühren für den Krankenhausaufenthalt;

9 Kann der Versicherungsschutz individuell gestaltet werden?

Ja, denn jeder Kunde hat eigene Vorstellungen und einen individuellen Versicherungsbedarf. Manche Kunden bevorzugen eine Grundabsicherung, die Risiken ausreichend abdeckt, jedoch günstiger ist. Andere wiederum möchten den Versicherungsschutz durch zusätzliche Garantien erweitern. Zu diesem Zweck ist es im Abschnitt „Individuelle Zusammenstellung der Versicherung“ möglich, Zusatzgarantien und Sonderbedingungen auszuwählen, mit denen der Versicherungsschutz erweitert wird und bei denen sich die Art und Weise der Schadensbewertung ändert.

- f) den Kauf oder die Miete von orthopädischen Rollstühlen oder anderen Hilfs- und Stützmitteln, die von Ärzten verschrieben wurden, um den Heilungsprozess zu begünstigen;
- g) die Rückerstattung der Kosten für Zahnprothesen, und zwar beschränkt auf die Zahnelemente, die tatsächlich verloren oder beschädigt 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 ist, wenn diese Kosten nicht durch den Unfall notwendig geworden sind;
- h) Transport des Versicherten mit Krankenwagen, die speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung und/oder von und zur Arztpraxis eingesetzt werden: bis zu einer Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme.

Modalitäten für die Leistungserbringung

Die Leistungen können mit folgenden operativen Modalitäten erbracht werden:

- 1) **Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind.**^{10 11}
Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die Vertragspartner der UniSalute sind, hat der Versicherte Anspruch auf die Rückerstattung bis zur maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der in der Police angegebenen Versicherungssumme, die um 1.000,00 Euro erhöht wird, ohne Anwendung eines Selbstbehalts.
- 2) **Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner von UniSalute sind**
Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, kann der Versicherte eine private oder öffentliche Einrichtung wählen, wobei er die anfallenden Kosten vorstreckt. Im Anschluss daran beantragt der Versicherte die Rückerstattung der Kosten bis zur maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der in der Police angegebenen Versicherungssumme, mit Anwendung des Selbstbehalts von 50,00 Euro für jeden Unfall.
- 3) **Leistungen des staatlichen Gesundheitswesens**
Falls der Versicherte Leistungen des staatlichen Gesundheitswesens in direkter oder indirekter Form bzw. in einer anderen Form der Gesundheitsfürsorge (Sozialversicherungsanstalten, Krankenkassen usw.) in Anspruch nimmt, erstattet UnipolSai die Zuzahlung sowie die zulasten des Versicherten verbliebenen Gesundheitsausgaben bis zu einem Höchstbetrag in Höhe der in der Police angegebenen

jährlichen Versicherungssumme, die bei der Inanspruchnahme von vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtungen vorgesehen ist, und zwar ohne Anwendung der Selbstbehalte.

Die in der Police angegebene Versicherungssumme gilt im Lauf des Versicherungsjahres als einzige Summe für die unter den Punkten 1), 2) und 3) angegebenen Leistungen. Daher kann der Versicherte die Erhöhung der Entschädigung gemäß Punkt 1) in Höhe von 1.000,00 Euro bei Leistungen in vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtungen erst in Anspruch nehmen, nachdem die in der Police angegebene Versicherungssumme ausgeschöpft ist.

10 Woher weiß ich, welche Gesundheitseinrichtungen vertraglich zum Netzwerk von UniSalute gehören?

Sie können das Verzeichnis mit den vertraglich gebundenen Einrichtungen und Vertragsärzten auf folgender Internetseite konsultieren: www.unisalute.it.

11 Welchen Vorteil habe ich, wenn ich mich dazu entscheide, die Leistungen in vertraglich gebundenen Einrichtungen in Anspruch zu nehmen?

Wenn sich der Kunde dazu entscheidet, die Leistungen in vertraglich gebundenen Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, entstehen ihm dadurch drei Vorteile:

- Er muss sich nicht um die Vereinbarung eines Termins beim Facharzt kümmern, weil die Terminvereinbarung von UniSalute SpA übernommen wird;
- Er hat Anspruch auf die Rückerstattung bis zur maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der in der Police angegebenen Versicherungssumme, die um 1.000,00 Euro erhöht wird.
- Für den Schadensfall werden die eventuell vorgesehenen Selbstbehalte nicht angewendet.

Entschädigung für einen Unfall

Art. 2.4.2 - 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 der Landesgrenzen der Republik Italien, der Vatikanstadt und der Republik San Marino, der einen Klinikaufenthalt im Ausland mit sich bringt, erstattet das Versicherungsunternehmen den Tagessatz für die stationäre Behandlung für die gesamte Aufenthaltsdauer, der um 50% erhöht wird.

Art. 2.4.3 - Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit

Zusätzlich zu den Bestimmungen in Art. 2.4.2 „Entschädigung für die stationäre Behandlung“ zahlt das Versicherungsunternehmen 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. Die Entschädigung wird gezahlt, ohne eine ärztliche Bescheinigung vorlegen zu müssen, jedoch nur für einen Zeitraum von höchstens 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.

Art. 2.4.4 - Entschädigung für die Immobilisierung

Bei einem Unfall, der eine Immobilisierung zur Folge hat, zahlt das Versicherungsunternehmen den in der Police angegebenen Tagessatz aus.

Die Entschädigung wird auch bei der Anwendung 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 während des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik von den Ärzten der klinischen Einrichtung verordnet worden.

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

Art. 2.5 - Sonderbedingungen (gegen Zahlung einer Zusatzprämie)

(Diese Sonderbedingungen können nur bei der Versicherungsform „Versicherung in freier Form“ und für jede der Auswahlen „Personenwahl“, „Familienwahl“ und „Fahrzeugwahl“ erworben werden.)

Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, eine oder mehrere der nachfolgend angebotenen Sonderbedingungen zu erwerben. Diese Garantie ist nur wirksam, wenn sie in der Police angegeben ist und die entsprechende Prämie gezahlt wurde.

Art. 2.5.1 - Anwendung der INAIL-Tabelle

In teilweiser Abweichung von den Bestimmungen in Art. 5.3 („Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“) erfolgt die Festlegung des Invaliditätsgrads anhand der Prozentsätze gemäß 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, der mit dem Dekret des Präsidenten der Republik D.P.R. Nr.1124 vom 30/06/1965 genehmigt wurde, wobei das Versicherungsunternehmen auf die Anwendung des im genannten Gesetz vorgesehenen Selbstbehalts verzichtet.

Art. 2.5.2 - Höhere Bewertung der bleibenden Invalidität

Die Entschädigung im Hinblick auf die Garantie für die bleibende Invalidität, die nach den in der Police geltenden Regulierungskriterien berechnet wurde, wird nach Abzug des eventuell vorgesehenen Selbstbehalts in Bezug auf den festgestellten Invaliditätsgrad um die unten angeführten Prozente erhöht. Im Einzelnen:

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

Art. 2.6 - Sonderbedingung (mit Prämiennachlass)

(Diese Sonderbedingungen können nur bei der Versicherungsform „Versicherung in freier Form“ und für jede der Auswahlen „Personenwahl“, „Familienwahl“ und „Fahrzeugwahl“ erworben werden.)

Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, die nachfolgend angebotene Sonderbedingung zu erwerben. Diese Garantie ist nur wirksam, wenn sie in der Police angegeben ist.

Art. 2.6.1 - Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt

Bei einer bleibenden Invalidität von 3% oder darunter ist keine Entschädigung vorgesehen.

Bei einer bleibenden Invalidität über 3% wird die Entschädigung nach den Bedingungen in der Tabelle mit Entschädigungskriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität gemäß Art. 5.4 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität - der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen ausgezahlt.

Wie wird versichert?

Art. 2.7 - Versicherungsform

Art. 2.7.1 - Kombinierte Versicherungsform

Mit Bezug auf jede einzelne Wahl (Personen-, Familien- oder Fahrzeugwahl) wird der Versicherungsschutz für die Garantien und die Versicherungssummen geleistet, die in der vom Versicherungsnehmer ausgewählten Kombination vorgesehen sind. Die ausgewählte Kombination ist in der Police angegeben.

KOMBINATIONEN (Beträge in €)								
	1	2	3	4	5	6	7	8
Todesfall	30.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	100.000	150.000
Bleibende Invalidität	50.000	50.000	75.000	75.000	100.000	100.000	100.000	250.000
Rückerstattung der Behandlungskosten	-	-	-	2.500	-	2.500	-	5.000
Entschädigung (Tagessätze)	-	-	-	Stationäre Behandlung und Genesungszeit: 40 Immobilisierung: 20	-	Stationäre Behandlung und Genesungszeit: 40 Immobilisierung: 20	-	Stationäre Behandlung und Genesungszeit: 80 Immobilisierung: 40
Komatöser Zustand	immer wirksam							
Assistenz	immer wirksam							

Wenn die Option Personen- oder Fahrzeugwahl wirksam ist, gelten die in der ausgewählten Kombination vorgesehenen Versicherungssummen für jede versicherte Person.

Wenn die Versicherungsform „Familienwahl“ wirksam ist, werden die in der ausgewählten Kombination vorgesehenen und in der Police angegebenen Versicherungssummen wie folgt zugewiesen:

- Dem Versicherungsnehmer werden immer 100% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert ;
- Jedem einzelnen Mitglied der im Haushalt lebenden Familie, unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der im Haushalt lebenden Familienmitglieder, werden 50% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert.

Zudem wird Folgendes vereinbart:

Bei Versicherten, die zum Schadenszeitpunkt unter 18 Jahre alt sind, wird die Versicherungssumme für den Todesfall in Bezug auf die garantierte Summe für jede versicherte Person um 50% gekürzt, wohingegen die Versicherungssumme für die bleibende Invalidität in Bezug auf die garantierte Summe für jede versicherte Person um 50% erhöht wird.

Sind vom selben Ereignis mehrere versicherte Personen betroffen, wird Folgendes vereinbart:

- Dem Versicherungsnehmer werden immer 100% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert;
- Ist neben dem Versicherungsnehmer nur ein weiterer Versicherter betroffen, werden Letzterem 50% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert;
- Bei zwei oder mehreren Versicherten, die vom gleichen Ereignis betroffen sind, werden die in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen anteilmäßig zur Anzahl der Familienmitglieder, ausgenommen des Versicherungsnehmers, aufgeteilt.

Art. 2.7.2 - Versicherung in freier Form

Alternativ zur kombinierten Versicherungsform und für jede einzelne Wahl (Personen-, Familien- oder Fahrzeugwahl) kann der Versicherungsschutz mit frei wählbaren Garantien und Versicherungssummen individuell angepasst werden. Unbeschadet davon bleibt die Garantie „Assistenz“, die immer als Pflichtversicherung kombiniert wird.

Wenn die „Familienwahl“ wirksam ist, werden die ausgewählten und in der Police angegebenen Versicherungssummen mit denselben Kriterien gemäß Art. 2.7.1, „Kombinierte Versicherungsform“ zuerkannt.

Art. 2.8 - Gebietserweiterung

Die Versicherung gilt weltweit. Davon ausgenommen bleiben die Bestimmungen in Art. 2.1 („Grundgarantie - Erweiterung der Garantie auf besondere Risiken“) unter Punkt 1) „Risiko Krieg und Aufstände im Ausland“.

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

	Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte
Todesfall	In der Police angegebene Versicherungssumme	-
Irreversibler komatöser Zustand	Versicherungssumme für den Todesfall	-
Bleibende Invalidität	In der Police angegebene Versicherungssumme	-
Pauschalentschädigung für den komatösen Zustand	10.000,00 Euro	-
Risiko Naturkatastrophen	Entschädigung in Höhe von 50% der Versicherungssummen für den Todesfall und die bleibende Invalidität	10% Selbstbehalt Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität über 50%
Rückerstattung der Behandlungskosten	In der Police angegebene Versicherungssumme <ul style="list-style-type: none"> Arzneimittel, physiotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen und Thermalkuren: bis zu einem Höchstbetrag in Höhe von 50% der Versicherungssumme; plastische chirurgische Eingriffe und Schönheitsoperationen sowie durchgeführte Therapien und Anwendungen, um die Folgen eines durch den Unfall entstandenen ästhetischen Schadens zu begrenzen oder zu beseitigen: bis zu einer Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme; 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 	<ul style="list-style-type: none"> Kein Selbstbehalt bei Inanspruchnahme der vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtungen oder des staatlichen Gesundheitswesens in direkter oder indirekter Form bzw. anderer Formen der Gesundheitsbetreuung. Absoluter Selbstbehalt in Höhe von 50,00 € für jeden Unfall bei Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.
Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit	<p>ENTSCHÄDIGUNG FÜR DIE STATIONÄRE BEHANDLUNG</p> <p>In der Police angegebene Versicherungssummen</p> <p>Bei einer stationärer Behandlung in einer Tagesklinik 50% der in der Police angegebenen Entschädigung</p> <p>Höchstens 365 Tage für jeden Unfall.</p> <p>Bei einem Klinikaufenthalt im Ausland Zuerkennung eines um 50% erhöhten Tagessatzes</p> <p>ENTSCHÄDIGUNG FÜR DIE STATIONÄRE BEHANDLUNG UND DIE GENESUNGSZEIT</p> <p>Zusätzlich zu den Bestimmungen für den Fall der stationären Behandlung Zuerkennung einer Entschädigung in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jene für die Krankenhauseinlieferung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik, insofern der Aufenthalt mindestens 2 aufeinanderfolgende Tage andauert</p> <p>Höchstens 90 Tage für jeden Unfall</p>	-
Entschädigung für die Immobilisierung	Die in der Police angegebene Versicherungssumme. Höchstens 60 Tage für jeden Unfall	-
Familienwahl	<p>Versicherungssummen</p> <ul style="list-style-type: none"> Dem Versicherungsnehmer werden immer 100% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert; Jedem anderen Mitglied der im Haushalt lebenden Familienmitglieder werden immer 50% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert. <p>Für Minderjährige wird die Versicherungssumme für den Todesfall um 50% gekürzt, wohingegen die Versicherungssumme für die bleibende Invalidität um 50% erhöht wird</p>	-

Was wird versichert?

Art. 3.1 - Grundgarantie

Das Versicherungsunternehmen entschädigt die direkten Sachschäden infolge der Entwendung von persönlichen Dingen, die der Versicherte bei sich getragen hat, die ihm durch Diebstahl, Trickdiebstahl, Raubüberfall oder Raub als Folge eines Verkehrsunfalls entstanden sind und zu folgenden Ereignissen geführt haben::

- der Einsatz des Notarzt- und Rettungsdienst (118) oder eines ähnlichen Notdienstes im Ausland, um den verunglückten Versicherten Hilfe zu leisten;
oder
- der Einsatz der gesetzlich vorgesehenen Organe der Verkehrspolizei, in deren Protokollen ausdrücklich angegeben sein muss, dass sich der verunglückte Versicherte in eine Notaufnahme begeben hat.

Die in der Police für jeden Versicherten/jedes Fahrzeug angegebene Versicherungssumme stellt - unabhängig von der Anzahl der Unfälle - die maximale Entschädigung pro Versicherungsjahr dar. Innerhalb dieser Höchstgrenze erstattet das Versicherungsunternehmen zudem die getragenen und dokumentierten Kosten, wenn die Schlüssel und/oder die persönlichen Dokumente unter den o. g. Umständen entwendet worden sind (bis maximal 30% der Versicherungssumme). Dabei werden die Kosten erstattet für:

- den Austausch der Schlösser am üblichen Wohnsitz mit Schlössern vom gleichen Typ;
- die Duplikate oder Neuausstellung der persönlichen Dokumente des Versicherten.

Wenn die „Familienwahl“ wirksam ist, wird jedem Versicherten die in der Police angegebene Versicherungssumme mit denselben Kriterien gemäß Art. 2.7.1 „Kombinierte Versicherungsform“ zuerkannt.

Was ist NICHT versichert?

Art. 3.2 - Versicherungsausschlüsse

Folgende Schäden sind ausgeschlossen:

- a) indirekte Schäden, die nicht die wesentliche Form der versicherten Sachen betreffen;
- b) Schäden in Bezug auf Sachen, die der Versicherte zur Ausübung beruflicher Tätigkeiten bei sich hatte;
- c) Schäden in Bezug auf audiovisuelle Geräte, die fest im Fahrzeug angebracht sind;
- d) Schäden in Bezug auf Gegenstände, Kreditscheine, und Pfanddokumente, die nicht den versicherten Personen gehören, sowie in jedem Fall die Entwendung von Bargeld;
- e) Schäden in Bezug auf den Verlust von Kraftfahrzeugen, Motorfahrzeugen, Krafträdern, Zweirädern, Wasserfahrzeugen;
- f) Schäden infolge von Unruhen, Streiks, Aufruhr, Terrorakten oder Sabotage;
- g) Schäden als Folge von Kriegshandlungen und Aufständen;
- h) Schäden als Folge von 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);
- i) Schäden, die vom Versicherten oder im Haushalt lebenden Familienangehörigen vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt oder begünstigt werden.

Wie wird versichert?

Art. 3.3 - Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit.

12 Kann ich nur die im Abschnitt SICHER UNTERWEGS vorgesehenen Garantien versichern? Versicherungsdeckungen in Anspruch zu nehmen, muss gleichzeitig der Versicherungsschutz im Abschnitt UNFÄLLE erworben werden.

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

ABSCHNITT "SICHER UNTERWEGS"		
Grundgarantien	Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte
Kosten für den Ersatz der Schlüssel und/oder die Neuausstellung der persönlichen Dokumente	bis 30% der in der Police angegebenen Versicherungssumme	-

Was wird versichert?

Art. 4.1 - Grundgarantie

Das Versicherungsunternehmen 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 des Eintritts eines der Ereignisse in Schwierigkeiten befindet, die in den beschriebenen Leistungen innerhalb des erworbenen Pakets angegeben sind und aus der Versicherungspolice hervorgehen.¹³

Art. 4.1.1 - Leistungen

IFolgende Leistungen werden von der Organisationsstruktur der UniSalute erbracht, die das ganze Jahr über rund um die Uhr tätig ist und mit den Modalitäten kontaktiert werden kann, die in Art. 5.1 „Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen beschrieben sind UnipolSai hat die Möglichkeit, die Dienstleistungsgesellschaft und/oder die Organisationsstruktur zu wechseln. In einem solchen Fall wird dies dem Versicherungsnehmer rechtzeitig mitgeteilt.

In Italien und im Ausland erbrachte Leistungen

a) Telefonische medizinische Informationen:

Die Organisationsstruktur erteilt medizinische Informationen über:

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

b) Sofortige ärztliche Meinungen:

Benötigt der Versicherte infolge eines Unfalls eine dringende telefonische Beratung durch einen Arzt, erteilt die Organisationsstruktur die notwendigen Informationen und erbetenen Ratschläge.

c) 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 das Unternehmen die Notwendigkeit der Leistung prüfen und auf eigene Kosten einen der Vertragsärzte entsenden. Sollte es den Vertragsärzten unmöglich sein, persönlich Hilfe zu leisten, wird die Organisationsstruktur ersatzweise den Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen in ein geeignetes, naheliegendes Ärztezentrum organisieren.

d) Rücktransport mit einem Krankenwagen

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

13 Was muss ich tun, um die Leistungen der Garantie ASSISTENZ in Anspruch zu nehmen?

Um die im Vertrag vorgesehenen Garantien und Assistenzleistungen in Anspruch zu nehmen, muss zuvor immer die Organisationsstruktur der UniSalute S.p.A unter den nachstehenden Rufnummern kontaktiert werden, um die notwendige Hilfe zu beantragen:

- in Italien unter der kostenfreien Rufnummer 800-212477
- im Ausland unter der Rufnummer +39 051-6389048

Einzelheiten finden Sie weiter unten im Abschnitt „Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen“.



e) Entsendung einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers zum Wohnsitz

Bei einer stationären Behandlung aufgrund der folgenden Verletzungen:

- Fraktur des Oberschenkelknochens
- Frakturen der Wirbel
- Schädelfraktur 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 angegeben ist und die Notwendigkeit krankenschwesterischer Leistungen mit sich bringt, sorgt das Versicherungsunternehmen 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.

f) Entsendung eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz

Bei einer stationären Behandlung aufgrund der folgenden Verletzungen:

- Fraktur des Oberschenkelknochens
- Frakturen der Wirbel
- Schädelfraktur 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 angegeben ist und die Notwendigkeit krankenschwesterischer Leistungen mit sich bringt, sorgt das Versicherungsunternehmen 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.

g) Beratung durch einen Psychologen oder Psychotherapeuten

g.1) Verkehrsunfall mit Todesfolge

Wenn der Versicherte in einen Verkehrsunfall verwickelt wird, bei dem eine Person verstirbt, veranlasst die Organisationsstruktur auf eigene Kosten die Entsendung eines vertraglich gebundenen Psychotherapeuten mit Fachausbildung in Notfallpsychologie und Psychotraumatologie an den Wohnsitz des Versicherten (oder in das Krankenhaus, in das er eingeliefert wurde), um den psychischen Zustand des Versicherten und gegebenenfalls auch den seiner Familienangehörigen zu bewerten und ihnen psychologischen Beistand zu leisten. Wenn der Sachverständige 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 fortgeführt. 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.

g.2) Verkehrsunfall mit „schwerer Verletzung“ des Versicherten

Wenn der Versicherte in einen Verkehrsunfall verwickelt wird, bei dem er schwere Verletzungen erleidet (siehe Verzeichnung unter Punkt g.2.1), veranlasst die Organisationsstruktur auf eigene

Kosten die Entsendung eines vertraglich an UniSalute gebundenen Psychotherapeuten mit Fachausbildung in Notfallpsychologie und Psychotraumatologie an den Wohnsitz des Versicherten oder in das Krankenhaus, in das er eingeliefert wurde.

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

Wenn der Sachverständige 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 an UniSalute 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, wie auch für die eventuell versicherten Familienmitglieder. Die Kosten bezüglich der Behandlung werden vollständig vom Versicherungsunternehmen übernommen. 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 Datum des Ereignisses gültig.

g.2.1) 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 Versteifung ist mit einer 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 entstellende Hautnarben im Gesicht oder am Körper.

ZUSTAND NACH WIRBELFRAKTUREN MIT VERLETZUNGEN DES KNOCHENMARKS:

mit darausfolgenden 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 Verletzungen, 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).

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

h) Entsendung eines Babysitters

Bei einer stationären Behandlung infolge einer Fraktur, die zu einer Immobilisierung geführt hat, sorgt das Unternehmen während des Krankenhausaufenthalts 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 pro Woche und für maximal 14 Tage übernimmt.

Die Leistung wird nur erbracht, wenn zur Familie ein minderjähriges Kind unter 15 Jahren gehört und kein volljähriges Familienmitglied im Haushalt lebt.

i) Entsendung einer Pflegekraft

Bei einer stationären Behandlung infolge einer Fraktur, die zu einer Immobilisierung geführt hat, sorgt das Unternehmen während des Krankenhausaufenthalts oder in den dreißig 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 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.

Was ist NICHT versichert?

Art. 4.2 - Ausschlüsse

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- 1) bei Kriegshandlungen, Erhebungen, Volksaufständen, Aufruhr, Terrorakten, Sabotage, militärischer Besetzung, Invasionen;
- 2) bei Vulkanausbrüchen, Erdbeben, Orkanen, Überschwemmungen und/oder Hochwasser;
- 3) bei direkten und indirekten Folgen von Atomkernumwandlungen, Folgen von Strahlungen durch künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen und die Exposition gegenüber Ionenstrahlung;
- 4) bei einem vorsätzlichen Handeln des Versicherten.

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

ABSCHNITT ASSISTENZ		
Grundgarantien	Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte
Rücktransport mit einem Krankenwagen	in einem Umkreis von 300 km € 300 pro Schadensfall und Versicherten	-
Entsendung einer Krankenschwester/ eines Krankenpflegers zum Wohnsitz	Maximal 1 Stunde täglich für 7 Tage	-
Entsendung eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz	Maximal 1 Stunde täglich für 7 Tage	-
Beratung durch einen Psychologen oder Psychotherapeuten	Verkehrsunfall mit Todesfolge: Die Behandlung erfolgt nicht länger als 6 Monate ab dem Datum des Behandlungsbeginns	-
	Verkehrsunfall mit „schwerer Verletzung“ des Versicherten: Die Behandlung erfolgt nicht länger als 12 Monate ab dem Datum des Behandlungsbeginns	
Entsendung eines Babysitters	Maximal 6 Stunden pro Woche für höchstens 14 Tage	Wenn zur Familie ein minderjähriges Kind unter 15 Jahren gehört
Entsendung einer Pflegekraft	Maximal 6 Stunden pro Woche für höchstens 14 Tage	-

Art. 5.1 – Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte oder die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, der Direktion von UnipolSai oder der Agentur, die für die Police zuständig ist, einen Schadensfall innerhalb von 10 Tagen ab dem Unfalldatum oder ab dem Tag, an dem sie die Möglichkeit dazu haben, schriftlich anzuzeigen. Der Schadensmeldung, die vom Versicherten oder im Fall der Unmöglichkeit aufgrund der nach sich gezogenen Konsequenzen von seinen Anspruchsberechtigten unterzeichnet wurde, muss eine ärztliche Bescheinigung beigelegt 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 Versicherungsunternehmen 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 von der entsprechenden Schweigepflicht.

In Bezug auf den Abschnitt „Unfälle“⁴ sind der Versicherungsnehmer oder Versicherte bzw. die Anspruchsberechtigten im Hinblick auf die unten genannten Garantien außerdem verpflichtet, folgende Unterlagen einzureichen:

- **Zur Auszahlung der Entschädigung für die bleibende Invalidität zugunsten der Erben:** Wenn der Versicherte vor der Durchführung der vom Versicherungsunternehmen geforderten rechtsmedizinischen Untersuchung aus nicht unfallbedingten Gründen verstirbt, muss die Dokumentation eingereicht werden, die die Stabilisierung der bleibenden Folgen nachweist, und zwar mit den gesamten medizinischen Unterlagen über den Schadensfall, falls diese noch nicht eingereicht wurden, einschließlich der Krankenakte im Fall eines Krankenhausaufenthalts;
- **In Bezug auf die Entschädigung für die alleinige stationäre Behandlung oder für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit:** Der Antrag auf Entschädigung muss beim Versicherungsunternehmen eingereicht werden. Diesem Antrag sind die Dokumente beizufügen, die die Ursache und die Dauer des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik bestätigen.
- **In Bezug auf die Entschädigung für die Immobilisierung:** Der Antrag auf Entschädigung muss beim Versicherungsunternehmen eingereicht werden. Diesem Antrag sind die Dokumente beizufügen, die die Ursache und die Dauer der Immobilisierung bestätigen.

Hinsichtlich der Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte Folgendes tun:

Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind, muss der Versicherungsnehmer oder 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 +39 051 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. 5.11.1 (Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind), Art. 5.11.2 (Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind) oder 5.11.3 (Leistungen des staatlichen Gesundheitswesens) 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. 5.11.2 (Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute

14 Reicht es bei einem Unfall aus, die Agentur zu benachrichtigen und eine ärztliche Bescheinigung über den Verlauf der Verletzungen vorzulegen, um die Entschädigung zu erhalten?

Die Anzeige des Unfalls bei der Agentur und die Einreichung der medizinischen Unterlagen, in denen die infolge des Unfalls erlittenen Verletzungen und deren Verlauf bestätigt werden, sind zwingende Voraussetzungen, die jedoch nicht ausreichen, um die Entschädigung zu erhalten, da der Versicherte außerdem dazu verpflichtet ist, sich den medizinischen Untersuchungen zu unterziehen, die vom Versicherungsunternehmen gefordert werden. Falls Sie die Zusatzgarantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ erworben haben, sind Sie zudem verpflichtet, die Dokumentation einzureichen, die die aufgewandten Ausgaben belegt, um die Entschädigung zu erhalten.



sind) und in Art. 2.4.1 Punkt 2) „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall - Modalitäten für die Leistungserbringung“..

In Bezug auf den Abschnitt SICHER UNTERWEGS muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte:

- die Agentur, die für die Police zuständig ist, oder die Direktion von UnipolSai innerhalb von 10 Tagen ab dem Schadensdatum oder ab dem Tag, an dem die Möglichkeit dazu bestand, schriftlich über das Datum und den Ort des Schadensfalls, die vermutliche Ursache, die zu diesem Ereignis geführt hat, die unmittelbar festzustellenden Folgen, den Schadenshergang sowie über die geschätzte Schadenshöhe informieren.
- Zudem muss der Schadensfall den zuständigen Behörden gemeldet und eine Kopie der Anzeige an die Versicherungsagentur oder die Direktion von UnipolSai übermittelt werden.

In Bezug auf den Abschnitt „Assistenz“ 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;
- ggf. das Fahrzeugkennzeichen;
- 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 den Anspruch auf die Leistungen belegen.

Die Nichterfüllung dieser Pflicht kann zum völligen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung führen, wie in Art. 1915 des italienischen Zivilgesetzbuches vorgesehen.

BESTIMMUNGEN ZUM ABSCHNITT UNFÄLLE

Art. 5.2 – Auszahlung der Garantie für den Todesfall

Falls der Unfall den Tod zur Folge hat, zahlt das Unternehmen nach Erhalt des Totenscheins oder der weiteren, für notwendig erachteten Unterlagen die Versicherungssumme zu gleichen Teilen an die bezeichneten Begünstigten oder - falls keine Begünstigten benannt wurden - an die Erben des Versicherten aus.

Wenn die Entschädigung für die bleibende Invalidität ausgezahlt wurde und der Versicherte als Folge des erlittenen Unfalls innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag verstirbt, 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.

Je nach den Elementen und Umständen des Unfalls kann das Unternehmen die gesamte nachfolgende Dokumentation oder einen Teil davon verlangen:

- Totenschein;
- Ersatzerklärung zum Notorietätsakt;

- Familienstandsbescheinigung (ursprüngliche und aktuelle Bescheinigung);
- Autopsiebericht;
- Bescheinigung, dass die überlebende Ehefrau nicht schwanger ist.

Art. 5.2.1 - Todeserklärung

Falls der Körper des Versicherten nach einem im Sinne des Vertrags entschädigungsfähigen Unfall 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 - falls keine Begünstigten benannt wurden - an die Erben aus.

Die Zahlung erfolgt nach Ablauf von sechs Monaten ab Einreichung des Antrags auf Todeserklärung (Artikel 60, Absatz 3 und Artikel 62 des italienischen Zivilgesetzbuchs) nach den Modalitäten gemäß der Artikel 726 und 727 der italienischen Zivilprozessordnung. Bei einem Versinken, bei Schiffbruch oder Flugzeugabsturz erfolgt die Zahlung nach Ablauf von sechs Monaten ab dem Unglücksdatum nur dann, wenn der Versicherte als Folge des Unglücks 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). Es versteht sich dabei, 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 entschädigungspflichtigen Unfalls verstorben ist. Nach erfolgter Rückerstattung kann der Versicherte seine Ansprüche in Bezug auf die eventuell verbleibende Invalidität geltend machen

Art. 5.2.2 – 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, so wie es aus der ärztlichen Bescheinigung der zuständigen Krankenhausbehörde hervorgeht.

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 im Sinne dieses Artikels aus dem Koma erwacht, gilt Folgendes:

- Der Versicherte hat Anspruch auf die etwaige Differenz zwischen der geschuldeten Entschädigung für die bleibende Invalidität und der Versicherungssumme für den Todesfall, die den Begünstigten bereits ausgezahlt wurde, wenn der entschädigungsfähige Unfall beim Versicherten eine bleibende Invalidität hinterlässt, die zur Auszahlung einer höheren Summe führt als der Betrag, der bereits für den Todesfall gezahlt worden ist. 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.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Garantie gemäß Art. 2.1.1 „Geleistete Garantien“ - Buchstabe a1) „Höhere Bewertung zum Schutz der Zukunft“ nicht auf die Fälle eines irreversiblen komatösen Zustands anwendbar ist.

Art. 5.2.3 – Auszahlung der Pauschalentschädigung für den komatösen Zustand

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

Die Versicherung wird an den Versicherten ausgezahlt, 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. 5.3 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität¹⁵

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 den Fällen, die nicht genauer in der Tabelle angegeben sind, wird die Entschädigung unter Bezugnahme 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

15 Wenn der Unfall nur zu einem teilweisen Verlust der Funktion einer Gliedmaße geführt hat, wird mir dann trotzdem eine Entschädigung für die bleibende Invalidität zuerkannt?

Ja, bei einem teilweisen Verlust der Funktion wird Ihnen eine Entschädigung zuerkannt, jedoch wird die bleibende Invalidität anteilmäßig zum o. g. Verlust berechnet. Wenn beispielsweise die Funktion eines Arms nach einem Unfall zur Hälfte eingeschränkt ist, wird auch der zuerkannte Invaliditätsgrad halbiert.

Gliedmaßen findet ein Invaliditätsgrad Anwendung, der der Summe der einzelnen, für jede Verletzung anerkannten **Prozentsätze bis maximal 100% entspricht**.

- Wenn der Unfall zu Beeinträchtigungen an mehr als einem der anatomischen Bereiche und/oder Gelenke 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**.
- Beim anatomischen oder funktionalen Verlust eines bereits beeinträchtigten Organs oder Gliedmaße werden die in der Tabelle 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 der folgenden Gliedmaßen/Organe/Systeme:	
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%	
Folgen 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%	
Folgen 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%	
Folgen einer Verletzung des seitlichen Meniskus, unabhängig von der anwendbaren Behandlung	3%	
Instabilität des Knies durch vollständige Läsion des vorderen Kreuzbandes	9%	

Art. 5.4 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität durch einen Unfall wird basierend auf der nachstehenden ENTSCHÄDIGUNGSTABELLE ausbezahlt, wobei auf die Versicherungssumme für die vollständige bleibende Invalidität der zu liquidierende Prozentsatz angewendet wird, der dem nach den Kriterien in Art. 5.3 festgestellten Invaliditätsgrad entspricht.

ENTSCHÄDIGUNGSTABELLE Grundbedingungen

Festgestellter Invaliditätsgrad	Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz Grundgarantie	Festgestellter Invaliditätsgrad	Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz Grundgarantie
1	1	51	100
2	2	52	100
3	3	53	100
4	4	54	100
5	5	55	100
6	6	56	100
7	7	57	100
8	8	58	100
9	9	59	100
10	10	60	100
11	11	61	100
12	12	62	100
13	13	63	100
14	14	64	100
15	15	65	100
16	16	66	100
17	17	67	100
18	18	68	100
19	19	69	100

20	20	70	100
21	21	71	100
22	22	72	100
23	23	73	100
24	24	74	100
25	25	75	100
26	26	76	100
27	27	77	100
28	28	78	100
29	29	79	100
30	30	80	100
31	31	81	100
32	32	82	100
33	33	83	100
34	34	84	100
35	35	85	100
36	36	86	100
37	37	87	100
38	38	88	100
39	39	89	100
40	40	90	100
41	41	91	100
42	42	92	100
43	43	93	100
44	44	94	100
45	45	95	100
46	46	96	100
47	47	97	100
48	48	98	100
49	49	99	100
50	100	100	150

Art. 5.5 - Körperliche Beeinträchtigungen und zuvor bestehende Erkrankungen

Das Versicherungsunternehmen 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 des Unfalls auf einen solchen Zustand und die Beeinträchtigung, die diese Erkrankungen auf den Ausgang der durch den Unfall hervorgerufenen Verletzungen haben können, indirekte und demzufolge nicht entschädigungsfähige Folgen.

Gleichfalls wird die Entschädigung für die bleibende Invalidität bei zuvor bestehenden Verstümmelungen, körperlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen nur für die reinen Unfallfolgen ausgezahlt, die der Versicherte davongetragen hat, so als würde eine vollkommen gesunde Person davon betroffen sein, ohne den größeren Nachteil aufgrund der zuvor bestehenden Erkrankungen zu berücksichtigen.

Art. 5.6 - Durch Kraftanstrengung verursachte traumatische Bauchhernien

Die bleibende Invalidität infolge einer durch Kraftanstrengung verursachten traumatischen Bauchhernie wird folgendermaßen entschädigt:

- Ist die Hernie nach ärztlicher Meinung operierbar, zahlt das Versicherungsunternehmen keinerlei Entschädigung;
- Ist die Hernie nach ärztlicher Meinung inoperabel, zahlt das Versicherungsunternehmen die Entschädigung auf der Basis des eventuell verbleibenden Invaliditätsgrades aus, der in jedem Fall nicht höher als mit 10% der bleibenden Invalidität insgesamt bewertet wird.

Bei Beanstandungen in Bezug auf die Operierbarkeit und die Art der Hernie kann die Entscheidung einem Ärztekollegium übertragen werden, wie in Art. 05:13 „Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung“ vorgesehen.

Art. 5.7 - Naturkatastrophen

Die unter dem vorangegangenen Art. 5.4 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ aufgeführte Entschädigungstabelle gilt nicht für Unfälle, die durch folgende Naturkatastrophen hervorgerufen wurden:

Erdbeben, Vulkanausbrüche, Seebeben, Überschwemmungen und Hochwasser.

Die Entschädigung in Bezug auf den festgestellten Grad der bleibenden Invalidität wird mit Abzug eines absoluten Selbstbehalts in Höhe von 10% ausgezahlt. Bei einer festgestellten bleibenden Invalidität über 50% zahlt das Unternehmen die Entschädigung ohne Abzug der Selbstbehalte.

Art. 5.8 - Achillessehnenriss

Die unter dem vorangegangenen Art. 5.4 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ aufgeführte Entschädigungstabelle gilt nicht bei einem Achillessehnenriss. Das Versicherungsunternehmen erkennt unabhängig vom verbleibenden Invaliditätsgrad eine Pauschalentschädigung in Höhe von 2% der für bleibende Invalidität vorgesehenen Versicherungssumme bis maximal 1.000,00 Euro an.

Art. 5.9 - Entschädigungskriterien für die Unfallentschädigungen

Für die Entschädigung in Bezug auf die garantierten Leistungen in Art. 2.4 (Zusatzgarantien) - Entschädigung für einen Unfall) gelten die vorgesehenen spezifischen Bestimmungen in 2.4.2 (Entschädigung für die stationäre Behandlung), 2.4.3 (Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit) und 2.4.4 (Entschädigung für die Immobilisierung) im Abschnitt „Unfälle“.

Art. 5:10 - Entschädigungsvorschuss

Beschränkt auf die unten genannten Garantien kann das Versicherungsunternehmen auf Antrag des Versicherungsnehmers nach einem Unfall, der im Sinne der Police entschädigungspflichtig ist, einen Vorschuss auf die Entschädigung gewähren. Hierfür gelten folgende Modalitäten:

A) Bleibende Invalidität

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 Euro 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 über 15% zu erwarten.

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

B) Entschädigung für die stationäre Behandlung bzw. für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit

Bei einem Unfall, der zu einer stationären Behandlung 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 Anspruchs auf die vereinbarte Entschädigung dar. Sollte daher im Anschluss festgestellt werden, dass die Voraussetzungen für den Anspruch auf Entschädigung nicht erfüllt sind, verpflichtet sich der Versicherte, die Summe zurückzuerstatten, die er als Vorschuss erhalten hat.

Art. 5.11 - Entschädigungskriterien der Garantie „Rückerstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“

Art. 5.11.1 - „Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind“

Der Versicherte muss der Vertragsstruktur bei der Durchführung der Leistung ein Ausweisdokument sowie die Verordnung des behandelnden Arztes mit Angabe der Art des Unfalls und der angeforderten diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen vorlegen.

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. 5.11.2 (Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind) und in Art. 2.4.1 (Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall - Modalitäten für die Leistungserbringung), Punkt 2) (Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind) beschrieben sind.

Der Versicherte sorgt dafür, die Kosten der durchgeführten Leistungen zu günstigen Tarifen direkt an die Gesundheitseinrichtung zu zahlen, und reicht zwecks Rückerstattung die entsprechenden Belege über die getragenen Kosten beim Versicherungsunternehmen ein. Die Rückerstattung bei einem entschädigungspflichtigen Ereignis erfolgt gemäß den Bestimmungen in 2.4.1 „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall - Modalitäten für die Leistungserbringung“ - Punkt 1) „Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind“.

Art. 5.11.2 – Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind

Um die Rückerstattung der aufgewendeten Kosten zu erhalten, muss der Versicherte folgende Unterlagen an UnipolSai übermitteln:

- Bei einer stationären Behandlung muss die mit dem Original übereinstimmende Kopie des Entlassungsbriefts übermittelt werden: Wenn der Inhalt des Entlassungsbriefts für eine korrekte Beurteilung der Erstattungsfähigkeit nicht ausreicht, wird die Kopie der vollständigen Krankenakte verlangt.
- Bei ambulanten Leistungen ist die Kopie der ärztlichen Verordnungen einzureichen.

Der Versicherte muss in die von UnipolSai eventuell angeforderten ärztlichen Kontrolluntersuchungen einwilligen und dem Versicherungsunternehmen alle medizinischen Informationen über den angezeigten Unfall übermitteln, wobei er die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben, von der diesbezüglichen Schweigepflicht entbindet.

Die Auszahlung der Summe, die dem Versicherten zusteht, erfolgt innerhalb von 45 Tagen ab Erhalt der zur Bewertung des Schadensfalls erforderlichen vollständigen Unterlagen, nachdem die Kopie der Dokumente für die getragenen Kosten (Kostenaufstellung und Belege) eingereicht worden sind, aus denen die entsprechende Zahlungsquittierung hervorgeht.

Falls der Versicherte bei anderen Versicherern einen Antrag auf Rückerstattung für denselben Schadensfall eingereicht und diese Rückerstattung auch tatsächlich erhalten hat, wird dem Versicherten lediglich der Betrag ausgezahlt, den er zu tragen hat. Die Auszahlung des genannten Betrags erfolgt nach den Modalitäten gemäß Art 2.4.1 „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall - Modalitäten für die Leistungserbringung“, Punkt 2) „Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind“, abzüglich der Summe, die Dritte bereits zurückerstattet haben, deren Höhe dokumentiert und bescheinigt sein muss.

Art. 5.11.3 - Leistungen des staatlichen Gesundheitswesens

Für stationäre Behandlungen und ambulante Leistungen in Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens oder in akkreditierten Gesundheitseinrichtungen werden die aufgewendeten Kosten nach den Modalitäten erstattet, die im o. g. Art. 5.11.1 „Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind“ oder in Art. 5.11.2 „Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind“ vorgesehen sind.

Art. 5:12 – Verzicht auf Regressnahme

Das Versicherungsunternehmen 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. 5:13 - Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung

Vorbehaltlich des Rechts der Parteien, gerichtliche Schritte einzuleiten, können die Parteien Streitigkeiten medizinischer Natur über die Entschädigungsfähigkeit des Schadensfalls sowie über die Ursache, die Art und die Folgen des Unfalls mit einer schriftlichen 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. Andernfalls 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, auch wenn der Versicherte nicht der Versicherungsnehmer sein sollte. Jede Partei trägt die Kosten 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, vorbehaltlich 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 auch dann bindend, wenn einer der Ärzte sich weigert, das entsprechende Protokoll zu unterzeichnen. Diese Weigerung muss von den Schlichtern im Schlussprotokoll bescheinigt werden.

Art. 5:14 – 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.

BESTIMMUNGEN ZUM ABSCHNITT „SICHER UNTERWEGS“

Art. 5.15 - Vorsätzliche Übertreibung der Schadenshöhe

Der Versicherte, der vorsätzlich die Schadenshöhe übertreibt, indem er gestohlene Sachen angibt, die bei Schadenseintritt in Wirklichkeit nicht vorhanden waren, nicht gestohlene Sachen verbirgt, unterschlägt oder verändert, falsche oder betrügerische Mittel oder Unterlagen als Beweismittel nutzt, materielle Indizien für die Straftat, Spuren und Überreste des Schadens verfälscht, verliert jeglichen Anspruch auf Entschädigung.

Art. 5.16 - Kriterien zur Bewertung des Schadens

Da die Versicherung in Form der Erstrisikoversicherung abgeschlossen wird und die Garantieart den Neuwert betrifft, wird die Höhe des entschädigungsfähigen Schadens folgendermaßen ermittelt:

- Der entschädigungsfähige Schaden beläuft sich auf die Höhe der Kosten zur Wiederbeschaffung der verlorengegangenen Sachen, um sie durch neue, gleiche oder gleichwertige Sachen in Bezug auf die Verwendung, Qualität, Leistungsmerkmale und Funktionalität zu ersetzen, abzüglich der Wiedererlangungskosten. Bei beschädigten Sachen entspricht der entschädigungsfähige Schaden hingegen den Reparaturkosten, oder wenn dies kostengünstiger ist, den wie oben festgelegten Kosten für die Wiederbeschaffung;
Zudem wird Folgendes vereinbart:
- Da die Versicherung in Form der Erstrisikoversicherung abgeschlossen wird, übernimmt das Versicherungsunternehmen die Schäden bis zu einem Betrag in Höhe der Versicherungssumme, ohne Anwendung der Verhältnismäßigkeitsregel, unabhängig davon, welchen Gesamtwert die versicherten Sachen zum Schadenszeitpunkt hatten;
- Bei jedem Schadensfall wird das Unternehmen jedoch keine Summen anerkennen, die die Versicherungssummen übersteigen. Unbeschadet davon bleiben die Bestimmungen in Artikel 1914 des italienischen Zivilgesetzbuchs in Bezug auf die Rettungskosten und die anderslautenden Vereinbarungen im Vertrag.

Art. 5.17 - Wiedererlangung der gestohlenen Sachen

Wenn die gestohlenen Sachen ganz oder teilweise wiedererlangt werden, muss der Versicherte das Versicherungsunternehmen benachrichtigen, sobald er Kenntnis davon bekommen hat. Die wiedererlangten Sachen werden Eigentum des Versicherungsunternehmens, wenn es den Schaden vollständig ersetzt hat. Hat das Unternehmen den Schaden hingegen nur teilweise ersetzt, wird der Wert der wiedererlangten Sachen zu gleichen Anteilen zwischen dem Versicherten und dem Unternehmen aufgeteilt.

Der Versicherte hat die Möglichkeit, die wiedererlangten Sachen zu behalten, wenn er dem Unternehmen den als Entschädigung erhaltenen Betrag für diese Sachen zurückerstattet.

Der Versicherte hat das Recht, die gestohlenen Sachen dem Unternehmen zu überlassen, die nach 60 Tagen ab dem Datum der Schadensmeldung wieder aufgefunden wurden.

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, kann das gemäß Artikel 48 zuständige Gericht 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 vom Gericht auf Antrag der Staatsanwaltschaft oder einer der in den Absätzen des Artikels 50 bezeichneten Personen durch Urteil 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.

Wennsienichtausdrücklichschriftlichangenommenwerden,sinddieBedingungenzugunstenderVertragspartei, 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 Vertragspartei 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 – Unzutreffende Erklärungen und 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.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato
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 – Unzutreffende Erklärungen und 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 von der Verschweigung 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 derartige 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; er 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 solche 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 Laufzeit. 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 nicht länger als zwei Jahre.

Die Vorschriften dieses Artikels finden bei Lebensversicherungen keine Anwendung.

Art. 1901 – Nichtzahlung 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 Fällen im Sinne der beiden vorhergehenden Absätze 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 zur Zeit des Schadensfalls 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. 1913 – Benachrichtigung des Versicherers bei einem Schadensfall

Der Versicherte hat dem Versicherer oder dem zum Abschluss des Vertrags ermächtigten Agenten einen Schadensfall zu melden, und zwar innerhalb von drei Tagen ab jenem Tag, an dem sich der Schadensfall ereignet hat oder der Versicherte davon Kenntnis erlangt hat. Die Benachrichtigung ist nicht notwendig, wenn der Versicherer oder der zum Abschluss des Vertrags ermächtigte Agent innerhalb der genannten Frist an Rettungsmaßnahmen oder an Maßnahmen zur Ermittlung des Schadensfalls teilnimmt. Bei Versicherungen gegen Viehsterben hat die Benachrichtigung vorbehaltlich einer anderslautenden Vereinbarung innerhalb von vierundzwanzig Stunden zu erfolgen.

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, diese Pflicht zu erfüllen, hat der Versicherer das Recht, die Entschädigung im Ausmaß des erlittenen Nachteils zu kürzen.

ITALIENISCHES LUFT- UND SCHIFFFAHRTSGESETZ

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 erhaltener 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 sind durch die Artikel 211 und 212 geregelt. Die Zuständigkeiten der Schifffahrtsbehörde werden der Behörde für die 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 ernannt gemäß Artikel 723 einen Richter und ordnet an, dass der Antrag durch den Antragsteller innerhalb der vom Richter festgesetzten Frist als Auszug zweimal hintereinander in einem Abstand von zehn Tagen im Amtsblatt der Republik und in zwei Zeitungen veröffentlicht wird, mit der Bitte an jeden, der Nachrichten vom Verschollenen 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.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it



DATENSCHUTZERKLÄRUNG

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

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,
im Sinne der Art. 13 und 14 der EU-Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016 (nachfolgend auch nur kurz als die „Richtlinie“ bezeichnet) weisen wir Sie darauf hin, dass wir einige Sie betreffende Daten erheben und verwenden müssen, um die von Ihnen gewünschten Produkte bereitzustellen und/oder die gewünschten Leistungen zu erbringen.

WELCHE DATEN ERFASSEN WIR?

Es handelt sich um personenbezogene Daten (wie z. B. Vor- und Nachname, Wohnsitz, Geburtsdatum und Geburtsort, Beruf, Festnetz- und Handynummer und E-Mail-Adresse, Bankkoordinaten, Schadensfälle bei anderen Versicherungen, soziale und finanzielle Angaben wie z. B. Angaben zum Einkommen, Besitz von eingetragenen Immobilien und beweglichen Gütern, Angaben über Ihre etwaige Unternehmenstätigkeit, Informationen über die Kreditwürdigkeit), die Sie selbst oder andere Personen⁽¹⁾ an uns weitergeben. Diese können auch besondere Kategorien von personenbezogenen Daten⁽²⁾ einschließen, falls deren Angabe notwendig ist, um Ihnen die genannten Leistungen und/oder Versicherungsprodukte bereitzustellen.

WARUM FRAGEN WIR NACH IHREN DATEN?

Ihre Daten werden von unserer Gesellschaft zu Zwecken verwendet, die ausschließlich mit der Versicherungstätigkeit zusammenhängen, wie zum Beispiel (i) zur Erbringung der von Ihnen geforderten vertraglichen Leistungen und der Versicherungsdienste sowie zur Erfüllung der entsprechenden gesetzlichen, verwaltungstechnischen und buchhalterischen Pflichten, (ii) zur Umsetzung von Maßnahmen zur Betrugsbekämpfung und Vorbeugung, (iii) ggf. zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen sowie (iv) zur Durchführung der Tätigkeiten zur Analyse und Verarbeitung von Daten (mit Ausnahme von sensiblen Daten) im Zusammenhang mit statistischen und tariflichen Bewertungen, wobei die Verarbeitung gemäß den Produktkriterien, den Merkmalen der Police, den kommerziellen Informationen und den Informationen zur Kreditwürdigkeit (in Bezug auf Ihre Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit bei Zahlungen) erfolgt. Die Verarbeitung Ihrer Daten in Bezug auf unter Punkt (i) genannten Zwecke ist notwendig, um die vorvertraglichen Tätigkeiten durchzuführen, um die Sie gebeten haben (u. a. zur Erstellung eines Angebots und zur Festlegung der Prämienhöhe), um den Versicherungsvertrag abzuschließen und auszuführen⁽³⁾ sowie zur Erfüllung der damit zusammenhängenden gesetzlichen Pflichten und gesetzlichen Bestimmungen im Versicherungsbereich, einschließlich der Vorschriften von öffentlichen Behörden, wie z. B. die Justizbehörde oder Aufsichtsbehörden⁽⁴⁾. Ferner ist die Verarbeitung Ihrer Daten notwendig, damit unsere Gesellschaft, andere zur Versicherungsgruppe gehörende Unternehmen und Dritte als Empfänger innerhalb der Versicherungskette (siehe Fußnote 7) legitime Interessen im Zusammenhang mit der Durchführung der Tätigkeiten in Bezug auf die Verarbeitungszwecke gemäß den Punkten (ii), (iii) und (iv) verfolgen können. Ihre personenbezogenen Daten, die zu besonderen Kategorien von Daten gehören (wie z. B. Daten über Ihren Gesundheitszustand) dürfen wir nur nach Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeiten.

Die Angabe Ihrer personenbezogenen Daten für die o. g. Zwecke ist daher für den Vertragsabschluss und die Bereitstellung der gewünschten Leistungen nicht nur erforderlich, sondern in bestimmten Fällen sogar vertraglich oder gesetzlich zwingend vorgeschrieben. Werden die für die o. g. Zwecke notwendigen und/oder zwingend erforderlichen Daten nicht angegeben, könnte dies zur Folge haben, dass der Vertrag nicht zustande kommen kann oder die von Ihnen gewünschten vertraglichen Leistungen nicht erbracht werden können. Hingegen hat die freiwillige Angabe einiger weiterer Informationen zu Ihren Kontaktdaten keinen Einfluss auf die gewünschten Leistungen, kann jedoch nützlich sein, um die Zusendung von Ankündigungen und Mitteilung zu vereinfachen. Darüber hinaus informieren wir Sie, dass einige der von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten (Vor- und Nachname, Nr. der Police, E-Mail-Adresse) von uns verarbeitet werden, um Ihnen Mitteilungen über die Modalitäten für den Zugang zum persönlichen Bereich zuzusenden, um bestimmte, für Sie vorgesehene Dienste nutzen können. Diese Daten können auch vom technischen Kundendienst verwendet werden, um Probleme beim Zugang oder bei der Konsultation des genannten persönlichen Bereichs zu lösen. Werden diese Daten nicht angegeben, sind wir nicht in der Lage, die geforderten Leistungen ordnungsgemäß zu erbringen. Ihre Anschriften (die Adresse des Wohnsitzes sowie die E-Mail-Adresse) können 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 zu einem späteren Zeitpunkt der Zusendung dieser Mitteilungen (siehe Angaben im Abschnitt „**Welche Rechte haben Sie**“).

AN WEN WERDEN IHRE DATEN ÜBERMITTELT?

Ihre Daten werden nicht weitergegeben. Kenntnis von Ihren Daten erhalten nur bevollmächtigte Mitarbeiter der Strukturen unseres Unternehmens, die mit der Lieferung der Sie betreffenden Versicherungsprodukte und Versicherungsdienste beauftragt sind, sowie externe Personen unseres Vertrauens, denen wir einige Aufgaben technischer oder organisatorischer Art übertragen. Diese Personen sind in unserem Auftrag als Verantwortliche für die Datenverarbeitung tätig⁽⁵⁾.

Ihre Daten könnten zu internen Verwaltungszwecken und zur Verfolgung der legitimen Interessen im Zusammenhang mit der Durchführung der Tätigkeiten für die unter den Punkten (ii), (ii) und (iv) genannten Zwecke auch anderen Gesellschaften der Unipol-Gruppe⁽⁶⁾ mitgeteilt werden.

Ihre Daten könnten darüber hinaus öffentlichen oder privaten Personen außerhalb unseres Unternehmens mitgeteilt werden, die an der Erbringung der Sie betreffenden Versicherungsdienste bzw. an den erforderlichen Vorgängen zur Erfüllung der Pflichten in Zusammenhang mit der Versicherungstätigkeit beteiligt sind⁽⁷⁾ (siehe auch Fußnote 4).

WIE VERARBEITEN WIR IHRE DATEN UND WIE LANGE WERDEN DIESE VON UNS GESPEICHERT?

Ihre personenbezogenen Daten werden mit geeigneten Modalitäten und Verfahren - auch mit telematischen Mitteln und Informatiksystemen - unter Umsetzung geeigneter organisatorischer und technischer Sicherheitsmaßnahmen verarbeitet und aufbewahrt. Ihre Daten werden für die Dauer des Versicherungsvertrags und nach Vertragsablauf noch solange gespeichert, wie es in der Richtlinie über die Aufbewahrung von Dokumenten zu verwaltungstechnischen, buchhalterischen, steuerrechtlichen, vertraglichen und versicherungstechnischen Zwecken vorgesehen ist (in der Regel für 10 Jahre). Für etwaige Beanstandungen und Rechtsstreitigkeiten werden die Daten für den Zeitraum der Verjährungsfristen für die jeweiligen Ansprüche aufbewahrt.

WELCHE RECHTE HABEN SIE?

Die Datenschutz-Grundverordnung (Art. 15-22 der Richtlinie) garantiert Ihnen das Recht, jederzeit auf Daten zuzugreifen, die Sie betreffen, die Berichtigung und/oder Ergänzung falscher oder unvollständiger Daten sowie deren Löschung und die Einschränkung der Datenverarbeitung zu verlangen. Wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, haben Sie das Recht, sich aufgrund Ihrer besonderen persönlichen Situation der Verarbeitung Ihrer Daten zu widersetzen. Zudem haben Sie das Recht auf die Übertragbarkeit der von Ihnen angegebenen Daten im Sinne der Bestimmungen in Art. 20 der Verordnung, falls diese Daten zur Erbringung der vertraglichen Leistungen mit automatisierten Verfahren verarbeitet werden. Sie haben außerdem das Recht, Ihre erteilte Einwilligung für Verarbeitungszwecke, bei denen die betroffene Person in die Verarbeitung einwilligen muss, zu widerrufen (wie z. B. bei der Verwendung von Gesundheitsdaten), vorbehaltlich der Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Der Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer Daten ist die UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) mit Sitz in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Der „Datenschutzbeauftragte“ wird Ihnen weiterhelfen, wenn Sie Fragen oder Zweifel haben: Zu diesem Zweck sowie zur Ausübung Ihrer Rechte und hinsichtlich des aktualisierten Verzeichnisses der Kategorien von Empfängern der Daten (siehe Fußnote 7) können Sie den Datenschutzbeauftragten am angegebenen Sitz der UnipolSai Assicurazioni S.p.A. unter der E-Mail-Adresse privacy@unipolsai.it kontaktieren. 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 Zusendung von Werbe- und Promotionsmaterial über unsere Versicherungsprodukte und Dienste zu verweigern. Davon unberührt bleibt Ihr Recht auf Beschwerde bei der italienischen Datenschutzbehörde, falls dies zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten und Ihrer diesbezüglichen Rechte notwendig ist.

ANMERKUNGEN

- 1) Beispielsweise Versicherungsnehmer von Versicherungspolice, bei denen Sie der Versicherte oder Begünstigte sind; eventuelle Mitverpflichtete, andere Versicherungsdienstleister (wie Versicherungsvermittler, Versicherungsunternehmen usw.); Verbände (z. B. ANIA) und Zusammenschlüsse des Versicherungssektors, andere Datenbanken und öffentliche Rechtspersonen, Personen, bei denen wir zur Bearbeitung Ihrer Anfragen (z. B. bei der Ausstellung oder Erneuerung eines Versicherungsschutzes, bei der Schadensregulierung usw.) kommerzielle und Kreditinformationen anfragen - insbesondere über externe Unternehmen, die Kreditinformationssysteme betreiben - in Bezug auf Anfragen und Finanzierungsverträge, an denen Banken und Finanzgesellschaften beteiligt sind.
- 2) Wie zum Beispiel Daten, die Aufschluss über Ihren Gesundheitszustand geben, die für den Abschluss von Versicherungspolice (Lebens-, Unfall- und Krankenversicherung) erhoben werden, bei denen die Prüfung des Gesundheitszustands einer Person erforderlich ist, oder Gesundheitsdaten, die zwecks Rückerstattung der Behandlungskosten oder zur Regulierung von Schadensfällen mit Verletzungen der Person erhoben

werden, wie auch Daten, die Aufschluss über die Religion, Weltanschauung, die politische Meinung und Zugehörigkeit zu Gewerkschaften geben. Falls dies für die Verarbeitungszwecke unbedingt notwendig ist, können in besonderen Fällen - basierend auf den o.g. Voraussetzungen - Daten über mögliche strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten von unserer Gesellschaft verarbeitet werden.

- 3) Beispielsweise zur Vorbereitung und zum Abschluss von Versicherungsverträgen (einschließlich Ausführungsverträge für Zusatzrentenversicherungen sowie der individuelle oder kollektive Beitritt zu Rentenfonds der Gesellschaft), zur Eintreibung der Prämien, der Auszahlung der Schadensfälle, der Zahlung oder Ausführung anderer Leistungen; für Rückversicherungen und Mitversicherungen; zur Erfüllung anderer spezifischer gesetzlicher oder vertraglicher Pflichten; zur Verhinderung und Erkennung von Versicherungsbetrug gemeinsam mit den anderen Gesellschaften der Unternehmensgruppe und für diesbezügliche rechtliche Schritte; zwecks Begründung, Wahrnehmung und Verteidigung von Rechten des Versicherers; zur Analyse neuer Versicherungsmärkte; für die Verwaltung und interne Kontrolle; für statistische und tarifrchnerische Tätigkeiten.
- 4) Zur Erfüllung spezifischer Pflichten, wie zum Beispiel für (i) Bestimmungen der IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Datenschutzbehörde, (ii) Erfüllungen im steuerrechtlichen Bereich (z. B. aufgrund des Gesetzes Nr. 95/2015 zur (a) Ratifizierung des Abkommens zwischen den USA 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 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) zur Führung eines von der Consap für das italienische Wirtschafts- und Finanzministerium (als Inhaber) geführten computergestützten Zentralarchivs zur Vorbeugung von Betrug durch Identitätsdiebstahl, (v) zur Führung von anderen Datenbanken, bei denen die Übermittlung der Daten vorgeschrieben ist, wie z. B. die Zentralstelle für Unfallverhütung sowie die von der ANIA verwaltete Datenbank SITA ATRC für Risikobescheinigungen. Die vollständige Liste steht an unserem Sitz oder beim Datenschutzbeauftragten zur Verfügung.
- 5) Beispielsweise IT-Unternehmen für informationstechnische und telematische Dienste oder Archivierung; Dienstleistungsgesellschaften, die mit der Verwaltung, Regulierung und Auszahlung der Schadensfälle beauftragt werden; Hilfsesellschaften für Verwaltungstätigkeiten, einschließlich der Gesellschaften für Postdienste; Gesellschaften für Wirtschaftsprüfung und Beratung; Gesellschaften für kommerzielle Informationen zu finanziellen Risiken; Dienstleistungsgesellschaften zur Betrugskontrolle; Inkassogesellschaften.
- 6) Gruppe Unipol mit dem führenden Unternehmen Unipol Gruppo 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. Weitere Informationen über die Unternehmen, die zur Gruppe Unipol gehören, sind auf der Internetseite der Unipol Gruppo S.p.A. angegeben: www.unipol.it.
- 7) Ihre Daten können insbesondere in Italien und - falls dies für die Erbringung der geforderten Leistungen notwendig ist (zum Beispiel im Rahmen der Garantie „Assistenz“) - in EU-Ländern oder auch in Ländern außerhalb der EU vom Versicherungsunternehmen Unipol Sai Assicurazioni S.p.A. verarbeitet werden und an andere Unternehmen der Unipol-Gruppe (das vollständige Verzeichnis der Gesellschaften der Unipol-Gruppe ist auf der Internetseite der Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it veröffentlicht) sowie an andere Unternehmen und Personen weitergegeben und/oder von diesen verarbeitet werden, die zur sogenannten „Versicherungskette“ gehören, wie z. B.: andere Versicherer; Mitversicherer und Rückversicherer; Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler und andere Kanäle zum Erwerb von Versicherungsverträgen; Banken; Vertrauensärzte, Sachverständige; Rechtsanwälte; KFZ-Werkstätten, Dienstleistungsgesellschaften für Zahlungsquittierungen, Vertragskliniken oder Gesundheitseinrichtungen; sowie öffentliche Körperschaften und Organe, einschließlich jener des Versicherungssektors oder zusammengesessene Körperschaften zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen und zur Überwachung (wie z. B. CONSAP); sonstige Datenbanken, denen die Daten mitgeteilt werden müssen, wie z. B. die zentrale Datenbank für Unfälle (das vollständige Verzeichnis steht an unserem Sitz oder beim Datenschutzbeauftragten zur Verfügung). Die eventuelle Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Personen oder Unternehmen mit Sitz in Ländern außerhalb der Europäischen Union erfolgt unter Beachtung der Grenzen und Vorschriften gemäß der europäischen Richtlinien, der EU-Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016 und den Anordnungen der Datenschutzbehörde.
- 8) Sowie basierend auf den versicherten Garantien, die eventuell von Ihnen erworben wurden und begrenzt auf die Abwicklung und Regulierung von Schadensfällen in Bezug auf Erkrankungen, auch die UniSalute S.p.A mit Sitz in Bologna, Via Larga 8.

