

Police in Rahmenvertrag

NET CPI Business

POLICE IN RAHMENVERTRAG MIT FAKULTATIVER TEILNAHME

MIT DEN DECKUNGEN "VORÜBERGEHEND FÜR DEN TODESFALL MIT ABNEHMENDEM KAPITAL" UND „DAUERHAFTE VOLLSTÄNDIGE INVALIDITÄT DURCH UNFALL ODER KRANKHEIT“

DIESE INFORMATIONSSCHRIFT ENTHÄLT:

- VID LEBEN
- VID SCHADEN
- VID ZUSATZ MULTI RISK
- GLOSSAR
- ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
- FAKSIMILE DES BEITRITTSANTRAGS

DIESE UNTERLAGEN SIND DEM VERSICHERUNGSNEHMER VOR DER VERTRAGSUNTERZEICHNUNG ZU ÜBERGEBEN.

REDAKTIONSdatum DIESER INFORMATIONSSCHRIFT 07/2022

„BITTE LESEN SIE VOR UNTERZEICHNUNG DIE VORVERTRAGLICHEN DOKUMENTE SORGFÄLTIG DURCH.“



Multirisik-Versicherung zur fakultativen Kombination mit Finanzierungen



Dokument zur Vorvertraglichen Information für Versicherungsprodukte, die keine Investmentversicherungen sind (Produktinfo Leben)

Versicherungsgesellschaft: NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Produkt: NET CPI Business

Stand-7/2022

Die vollständigen vorvertraglichen Informationen und Vertragsinformationen zu dem Produkt finden Sie in anderen Dokumenten.

ART DER VERSICHERUNG

Temporäre Todesfallversicherung mit fallender Deckungssumme.

NET CPI BUSINESS ist ein Rahmenvertrag, der von der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. als Versicherungsnehmer abgeschlossen wird, welchem die Kunden des Versicherungsnehmers beitreten können, die einen Finanzierungsvertrag bei der Sparkasse oder einen von dieser vermittelten Leasingvertrag unterzeichnet haben. Der Beitritt zum Rahmenvertrag erfolgt auf individueller und freiwilliger Basis und dient dem Schutz vor unvorhergesehenen Ereignissen, welche die versicherte Person betreffen und ihre Fähigkeit zur Rückzahlung der Kreditraten beeinträchtigen können.

 Was ist versichert? / Welche Leistungen sind vorgesehen?	 Was ist NICHT versichert?
<p>Bei Tod des Versicherten vor Ablauf des Vertrages garantiert NET INSURANCE LIFE S.p.A. dem Begünstigten die Auszahlung der Deckungssumme (kapitalbezogene Restschuld zum Datum des Ablebens).</p> <p>Der Anfangswert der Deckungssumme entspricht dem Gesamtbetrag der Finanzierung bei neu gewährten Finanzierungen bzw. dem Betrag der Restschuld bei bereits ausgezahlten Finanzierungen oder einem Betrag, der auch niedriger als der Gesamtbetrag der Finanzierung oder die Restschuld sein kann. Dabei gilt eine Höchstgrenze von 1.000.000 Euro für jeden Versicherten.</p> <p>Im Falle von Leasing wird, unter Ausschluss des Restwerts im Falle einer Kaufoption, auf die noch ausstehenden Monatsraten, d.h. auf den versicherten und im Vertrag ausgewiesenen Teil Bezug genommen.</p> <p>Falls die anfängliche Deckungssumme unter dem Betrag der beantragten Finanzierung/Restschuld liegt, wird die Versicherte Leistung im selben Verhältnis reduziert.</p> <p>Versichert werden kann die Person, die eine zentrale Rolle im Beitretenden Unternehmen hat und die in dessen Management schwerlich ersetzt werden kann.</p> <p>Bei mehr als einem Versicherten für ein und dieselbe Finanzierung (anteilige Versicherung) steht die Versicherungsleistung im direkten Verhältnis zu dem für jeden Versicherten festgelegten Anteil, basierend auf dem im Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz.</p> <p>Die vorgenannte Deckung der Lebensversicherungssparte wird gemeinsam mit denen der Schadenssparte (unfall- oder krankheitsbedingte, bleibende Vollinvalidität) geleistet, die von der Gesellschaft NET INSURANCE geboten werden.</p>	<p><i>Nicht versicherungsfähig sind:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ wer weder seinen Hauptwohnsitz in der Europäischen Gemeinschaft noch einen Nebenwohnsitz in Italien hat; ✘ wer zum Zeitpunkt des Beitritts jünger als 18 Jahre oder älter als 65 Jahre ist. <p><i>Darüber hinaus:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ ist der Verbleib unter dem Versicherungsschutz auf die Vollendung des 75. Lebensjahrs begrenzt.
	<h3 data-bbox="842 1193 1505 1261">  Gibt es Deckungsgrenzen? </h3> <p>Das Sterberisiko wird unabhängig von der Todesursache - ohne räumliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung von Berufswechseln des Versicherten - gedeckt, es sei denn, der Tod wird durch spezifische Ereignisse verursacht, wie zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vorsatz des Leistungsempfängers und des Beitretenden/Versicherten; ! aktive Beteiligung des Beitretenden/Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen; ! aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegshandlungen, es sei denn diese Teilnahme ist auf Verpflichtungen gegenüber dem Italienischen Staat zurückzuführen: In diesem Fall kann die Deckung auf Antrag des Versicherungsnehmers zu dem vom zuständigen Ministerium festgelegten Bedingungen geleistet werden; ! Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keine geeignete Lizenz verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist; ! Suizid, wenn er in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten des Vertrags eintritt.



Wo gilt der Versicherungsschutz?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- **Zu Vertragsbeginn:** Bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrags muss der Beitretende/Versicherte den vereinfachten Gesundheitsfragebogen und gegebenenfalls den Anamnesefragebogenausfüllen und dabei wahrheitsgemäße, genaue und vollständige Angaben über seinen Gesundheitszustand machen. Falsche, ungenaue oder zurückhaltende Aussagen können zum Verlust des Anspruchs auf Schadensersatz führen.
- **Bei Einreichung einer Schadensmeldung:** Das Beitretende Unternehmen/der Versicherte ist verpflichtet, eventuelle Schadensfälle so zeitnah wie möglich nach ihrem Auftreten zu melden und der Meldung alle vom Unternehmen angeforderten Unterlagen beizufügen.



Wie und wann muss bezahlt werden?

Die Versicherungsleistung wird entweder gegen vollständige Vorauszahlung einer Einmalprämie oder durch regelmäßige Zahlung einer Jahresprämie durch das Beitretende Unternehmen mit stillschweigender Verlängerung für die gesamte Dauer der Finanzierung gewährt.

Die vorausgezogene Zahlung der Einmalprämie erfolgt stets per Banküberweisung. Nur im Fall der Jahresprämie wird in den auf das erste Jahr folgenden Jahren die Prämie per SEPA-Lastschrift vom Girokonto des Versicherten abgebucht.



Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Laufzeit der Deckungen entspricht:

- der Laufzeit der Finanzierung bei neu ausgegebenen Finanzierungen;
- der Restlaufzeit der Finanzierung im Falle einer bereits ausgezahlten Finanzierung (mit einer Restlaufzeit von mindestens 24 Monaten).

Der Versicherungsschutz wird über einen Zeitraum von mindestens 9 Monaten bis maximal 240 Monaten einschließlich des Zeitraums vor der Abschreibung gewährt.

Der Beitritt tritt in Kraft, wenn die vertraglichen Verpflichtungen, darunter die Zahlung der Prämie, erfüllt worden sind, um 24 Uhr am Datum des Inkrafttretens, was übereinstimmt mit:

- dem Datum der Auszahlung der Finanzierung bei neu gewährten Finanzierungen,
- dem Fälligkeitsdatum der ersten Leasingrate bei neu gewährten Leasingverträgen,
- dem im Beitrittsantrag angegebenen Unterzeichnungsdatum bei bereits gewährten Finanzierungen/Leasingverträgen.

Die Deckung endet: bei Ablauf des Vertrags, wenn keine Schadensfälle auftreten; bei Eintreten des Schadensereignisses für den einzelnen Versicherten oder bei Verlust der Voraussetzungen für die Versicherbarkeit; im Falle der vorzeitigen Ablösung der Finanzierung, falls keine Aufrechterhaltung der Deckung beantragt wird.



Wie kann ich den Antrag widerrufen, vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag kündigen?

- Das Beitretende Unternehmen hat das Recht, innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab dem Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurückzutreten (Rücktrittsrecht).
Die Ausübung des Rücktrittsrechts bringt zwangsläufig den Rücktritt vom gesamten Versicherungsschutz mit sich.
Innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Eingang der Rücktrittserklärung erstattet die Gesellschaft, auch über den Broker oder den Versicherungsnehmer, die gezahlte Prämie (nach Steuern).
- Bei Jahresprämie hat das Beitretende Unternehmen das Recht, den Vertrag mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen auf das jährliche Fälligkeitsdatum zu kündigen.



Sind Rückkäufe oder Kürzungen vorgesehen? JA NEIN

Dieser Vertrag sieht weder einen Rückkauf noch eine Kürzung vor.

Die vollständigen vorvertraglichen Informationen und Vertragsinformationen zu dem Produkt werden in anderen Dokumenten erteilt.

ART DER VERSICHERUNG?

Schadensversicherung: Unfall und Krankheit.

NET CPI BUSINESS ist ein Rahmenvertrag, der von der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. als **Versicherungsnehmer** abgeschlossen wird, welchem die Kunden des Versicherungsnehmers beitreten können, die einen Finanzierungsvertrag bei der Sparkasse oder einen von dieser vermittelten Leasingvertrag unterzeichnet haben. Der Beitritt zum Rahmenvertrag erfolgt auf individueller und freiwilliger Basis und dient dem Schutz vor unvorhergesehenen Ereignissen, welche die versicherte Person betreffen und ihre Fähigkeit zur Rückzahlung der Kreditraten beeinträchtigen können.



Was ist versichert?

Unfall- oder krankheitsbedingte bleibende Vollinvalidität: Bei Anerkennung einer unfall- oder krankheitsbedingten Invalidität von 60% oder mehr erkennt NET INSURANCE S.P.A. dem Begünstigten die Zahlung der Deckungssumme (kapitalbezogene Restschuld zum Datum des Schadensfalls) zu. Der Anfangswert der Deckungssumme entspricht dem Gesamtbetrag der Finanzierung bei neu gewährten Finanzierungen bzw. dem Betrag der Restschuld bei bereits ausgezahlten Finanzierungen oder einem Betrag, der auch niedriger als der Gesamtbetrag der Finanzierung oder die Restschuld sein kann. Dabei gilt eine Höchstgrenze von 1.000.000 Euro für jeden Versicherten.

Im Falle von Leasing wird, unter Ausschluss des Restwerts im Falle einer Kaufoption, auf die noch ausstehenden Monatsraten, d.h. auf den versicherten und im Vertrag ausgewiesenen Teil Bezug genommen.

Falls die anfängliche Deckungssumme unter dem Betrag der beantragten Finanzierung/Restschuld liegt, wird die Versicherte Leistung im selben Verhältnis reduziert.

Versichert werden kann die Person, die eine zentrale Rolle im Beitretenden Unternehmen hat und die in dessen Management schwerlich ersetzt werden kann.

Bei mehr als einem Versicherten für ein und dieselbe Finanzierung (anteilige Versicherung) steht die Versicherungsleistung im direkten Verhältnis zu dem für jeden Versicherten festgelegten Anteil, basierend auf dem im Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz.

Die vorgenannte Deckung der Schadenssparte wird gemeinsam mit derjenigen der Lebenssparte (Todesfall) geleistet, die von der Gesellschaft NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantiert wird.



Was ist nicht versichert?

Nicht versicherungsfähig ist:

- ✘ wer weder seinen Hauptwohnsitz in der Europäischen Union noch einen Nebenwohnsitz in Italien hat;
- ✘ wer zum Zeitpunkt des Beitritts jünger als 18 Jahre oder älter als 65 Jahre ist.

Darüber hinaus:

- ✘ ist der Verbleib unter dem Versicherungsschutz auf die Vollendung des 75. Lebensjahrs begrenzt.



Gibt es Deckungsgrenzen?

Die wichtigsten Ausschlüsse für die Deckung Bleibende Vollinvalidität:

- ! Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keinen geeigneten Flugschein verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist;
- ! Flugunfälle durch Akrobatik, Vorführungen, Rekorde oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation);
- ! aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegsereignissen;
- ! aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten, Terrorismus oder Revolution;
- ! Vorsatz des Versicherten;
- ! Unfälle, die durch freiwillige Selbstverletzung des Versicherten oder, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet, verursacht werden;
- ! HIV-Infektion, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS), damit verbundene Syndrome oder assimilierbare Zustände.



Wo gilt der Versicherungsschutz?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- **Zu Vertragsbeginn:** Bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrags muss der Beitretende/Versicherte den vereinfachten Gesundheitsfragebogen und gegebenenfalls den Anamnesefragebogen ausfüllen und dabei wahrheitsgemäße, genaue und vollständige Angaben über seinen Gesundheitszustand machen. Falsche, ungenaue oder zurückhaltende Aussagen können zum Verlust des Anspruchs auf Schadensersatz führen.
- **Bei Einreichung einer Schadensmeldung:** Das Beitretende Unternehmen/der Versicherte ist verpflichtet, eventuelle Schadensfälle so zeitnah wie möglich nach ihrem Auftreten zu melden und der Meldung alle vom Unternehmen angeforderten Unterlagen beizufügen.



Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Die Versicherungsleistung wird entweder gegen vollständige Vorauszahlung einer Einmalprämie oder durch regelmäßige Zahlung einer Jahresprämie durch das Beitretende Unternehmen mit stillschweigender Verlängerung für die gesamte Dauer der Finanzierung gewährt. Die vorausgezogene Zahlung der Einmalprämie erfolgt stets per Banküberweisung. Nur im Fall der Jahresprämie wird in den auf das erste Jahr folgenden Jahren die Prämie per SEPA-Lastschrift vom Girokonto des Versicherten abgebucht.



Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Datum des Inkrafttretens um 24.00 Uhr, zusammenfallend mit:

- Datum der Auszahlung der Finanzierung bei neu ausgegebenen Finanzierungen;
- Datum der Unterzeichnung des Beitrittsantrags, bei bereits ausgezahlten Finanzierungen.

Die Laufzeit der vorgesehenen Deckungen entspricht der Laufzeit der Finanzierung (von mindestens 9 Monaten bis höchstens 240 Monaten, einschließlich des Zeitraums vor Beginn der Tilgung).

Der Beitritt gilt, wenn die vertraglichen Verpflichtungen, darunter die Zahlung der Prämie, erfüllt worden sind, um 24 Uhr am Datum des Inkrafttretens als erfolgt, was übereinstimmt mit:

- dem Datum der Auszahlung der Finanzierung bei neu gewährten Finanzierungen,
- dem Fälligkeitsdatum der ersten Leasingrate bei neu gewährten Leasingverträgen,
- dem im Beitrittsantrag angegebenen Unterzeichnungsdatum bei bereits gewährten Finanzierungen/Leasingverträgen.

Die Deckung endet: bei Ablauf des Vertrags, wenn keine Schadensfälle auftreten; bei Eintreten des Schadensereignisses für den einzelnen Versicherten oder bei Verlust der Voraussetzungen für die Versicherbarkeit; im Falle der vorzeitigen Ablösung der Finanzierung, falls keine Aufrechterhaltung der Deckung beantragt wird.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie haben das Recht, innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurückzutreten. Bei im Voraus gezahlter Einmalprämie haben Sie das Recht, jährlich mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen vor Ablauf des Versicherungsjahrs vom Versicherungsschutz für Schäden zurückzutreten. Innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Eingang der Rücktrittserklärung erstattet die Gesellschaft (ggf. über den Broker oder den Versicherungsnehmer) die gezahlte Prämie (abzüglich Steuer) oder erstattet – bei Rücktritt nach Jahresablauf – den Teil der gezahlten und nicht genutzten Prämie (abzüglich Steuer).
- Bei Jahresprämie haben Sie das Recht, den Vertrag mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen auf das jährliche Fälligkeitsdatum zu kündigen. In diesem Fall enden alle Versicherungsdeckungen um 24:00 Uhr der nächsten Jahresfälligkeit.

Multirisik-Versicherung zur fakultativen Kombination mit Finanzierungen



Dokument zur Vorvertraglichen Information für Multirisik-Versicherungsprodukte
(Zusätzliche Produktinfo Multirisik)

Versicherungsgesellschaften: NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. Produkt: NET CPI Business

Stand: 07/022

Das vorliegende Dokument ergänzt und vervollständigt die Angaben des Dokuments zur vorvertraglichen Information für Lebensversicherungsprodukte, die keine Investmentversicherungen sind (Produktinfo Leben), und Schadensversicherungsprodukte (Produktinfo Schaden) und dient dem potentiellen Versicherungsnehmer zum genaueren Verständnis der Merkmale des Produkts, der vertraglichen Pflichten und der Vermögenslage der Versicherungsgesellschaft.

Der Beitretende/Versicherte sollte die Versicherungsbedingungen vor der Unterzeichnung des Vertrags genau lesen.

LEBENSVERSICHERUNGSSPARTE (Todesfalldeckung)

Net Insurance Life S.p.A. – Aktiengesellschaft mit Einzelgesellschafter – ist Teil der Net Insurance Group - Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 Rom, Tel. 06 893261 - Fax 06 89326800; Website: www.netinsurancelife.it; E-Mail: info@netinsurancelife.it; PEC (zertifizierte E-Mail): netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it

Zugelassen für die Ausübung des Lebensversicherungsgeschäfts in Sparte I mit Verfügung des Kontrollorgans IVASS Nr. 2591 vom 14.02.2008. Eingetragen im IVASS-Unternehmensregister unter Nr. 1.000164.

Das Reinvermögen von Net Insurance Life S.p.A. beläuft sich auf € 29,5 Millionen, wovon das Stammkapital 15 Millionen € beträgt und der Teil der gesamten Vermögensreserven 14,5 Millionen €.

Die Solvabilitätskapitalanforderung (SCR) beträgt 15,3 Mio. €; die Mindestkapitalanforderung (MCR) hingegen 3,9 Mio. € und die zur Deckung der Solvabilitätskapitalanforderung zugelassenen eigenen Mittel belaufen sich auf 34,5 Mio. €. Der Solvabilitätskoeffizient (solvency ratio) für die Solvabilitätskapitalanforderung beträgt 225,33%.

Sämtliche Angaben stammen aus dem Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31.12.2021, der im Internet unter dem folgenden Link aufgerufen werden kann: <http://www.netinsurance.it>

SCHADENSSPARTE (Deckung Bleibende Vollinvalidität)

Net Insurance S.p.A. - Aktiengesellschaft, Teil der Net Insurance Group - Via Giuseppe Antonio Guattani 4, 00161 Rom, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Website: www.netinsurance.it; E-Mail: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it

Zugelassenes Versicherungsunternehmen der Schadensparte im Sinne der Verordnungen der italienischen Versicherungsaufsichtsbehörde IVASS Nr. 1756 vom 18.12.2000, Nr. 2131 vom 4.12.2002, Nr. 2444 vom 10.7.2006, Nr. 3213000422 vom 9.4.2013 und Nr. 231077 vom 20.12.2017. Eingetragen im Verzeichnis der italienischen Versicherungsaufsichtsbehörde IVASS unter Nr. 1.00136.

Das Reinvermögen von Net Insurance S.p.A. beläuft sich auf € 85,2 Millionen, wovon das Stammkapital 17,6 Millionen € beträgt und der Teil der gesamten Vermögensreserven 67,5 Millionen €.

Die Solvabilitätskapitalanforderung (SCR) beträgt 43,6 Mio. €; die Mindestkapitalanforderung (MCR) hingegen 15,5 Mio. € und die zur Deckung der Solvabilitätskapitalanforderung zugelassenen eigenen Mittel belaufen sich auf 85,5 Mio. €. Der Solvabilitätskoeffizient (solvency ratio) für die Solvabilitätskapitalanforderung beträgt 196,04%.

Sämtliche Angaben stammen aus dem Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31.12.2021, der im Internet unter dem folgenden Link aufgerufen werden kann: <http://www.netinsurance.it>

Der Vertrag unterliegt *italienischem* Recht.



Was ist versichert/Welche Leistungen werden erbracht?

Lebensversicherungssparte

- **Todesfall:** Im Falle des Todes des Versicherten vor Ablauf des Vertrags garantiert die Versicherungsgesellschaft dem Begünstigten die Auszahlung der Deckungssumme, die der kapitalbezogenen Restschuld zum Datum des Ablebens entspricht.

Schadenssparte

- **Bleibende Vollinvalidität mit einem Grad von 60% oder mehr aufgrund von Unfall oder Krankheit:** Im Falle von Unfall oder Krankheit des Versicherten, die eine anerkannte und nachgewiesene Bleibende Vollinvalidität von mindestens 60% hinsichtlich der psychischen und physischen Unversehrtheit zur Folge haben, garantiert die Versicherungsgesellschaft - unabhängig davon, ob der Versicherte einer Berufstätigkeit nachgeht oder nicht, - bei Auftreten im Gültigkeitszeitraum des Versicherungsschutzes und vor Erreichung des 75. Lebensjahrs des Versicherten, die Zahlung eines Betrags, welcher der Deckungssumme entspricht, worunter die kapitalbezogene Restschuld zum Todesdatum zu verstehen ist.

Der Anfangswert der Deckungssumme entspricht bei beiden Deckungen dem Gesamtbetrag der Finanzierung (bei neu gewährten Finanzierungen) bzw. dem Betrag der Restschuld (bei bereits ausgezahlten Finanzierungen) oder einem anderen Betrag, der auch niedriger als der Gesamtbetrag oder die Restschuld sein kann.

Falls die anfängliche Deckungssumme unter dem Betrag der beantragten Finanzierung/Restschuld liegt, werden die für die Deckungen Todesfall und Unfall- oder Krankheitsbedingte Bleibende Vollinvalidität Versicherten Leistungen im gleichen Verhältnis reduziert.

Bei Leasingverträgen entspricht die Restschuld dem zum Datum des Schadensfalls berechneten Kapitalwert der noch ausstehenden Leasingraten, abzüglich nicht bezahlter bereits fälliger Raten oder Teilraten sowie abzüglich der für diese in der Zwischenzeit fällig gewordenen Zinsen, d.h. sie entspricht dem versicherten und in der Police ausgewiesenen Anteil der Schuld. Der Wert des Kaufpreises zur Übernahme des Fahrzeugs am Ende des Leasingvertrags ist ausgeschlossen.

Wenn mehrere Versicherte bestimmt werden, darf die Deckungssumme für jeden davon (maximal vier Personen) den Gesamtbetrag der Finanzierung (für neu ausgegebenen Finanzierungen) oder den Betrag der Restschuld (bei bereits ausgezahlten Finanzierungen) bzw. den festgelegten abweichenden Betrag nicht überschreiten, der niedriger als der Gesamtbetrag/die Restschuld sein kann.

Die Entschädigung darf den Betrag von 1.000.000,00 Euro pro Versichertem und Schadensfall nicht überschreiten.



Was ist NICHT versichert?

Ausgeschlossene Risiken

Es gibt keine weiteren, über die Angaben in der Produktinfo Leben und/oder der Produktinfo Schaden hinausgehenden Informationen.



Gibt es Deckungsgrenzen?

Lebensversicherungssparte

Deckungsausschlüsse **Todesfall** (zusätzlich zu den in der Produktinfo Leben angegebenen):

- Zustand der Trunkenheit/Intoxikation:
 - o wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher ist als der durch die Straßenverkehrsordnung festgelegte und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt;
 - o in jedem anderen Fall, wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher als 0,8 Gramm pro Liter beträgt;
- Flugunfälle durch Akrobatik, Vorführungen, Rekorde oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation).
- biologische und/oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist;
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Beitretende/Versicherte nicht über die laut geltenden Vorschriften erforderliche Fahrerlaubnis verfügt;

- HIV-Infektion, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS), damit verbundene Syndrome oder assimilierbare Zustände;
- freiwillige Selbstverletzungen des Beitretenden/Versicherten oder, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befand;
- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen durch den Beitretenden/Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen wurde zu therapeutischen Zwecken verordnet, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann;
- natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).

Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Tod in folgenden Fällen:

- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier;
- Ausübung jeder Art von Profisport mit Ausnahme der Teilnahme an Wettkämpfen oder dazugehörigen Probeläufen, die in den Rahmen des Freizeit- oder Firmensports fallen;
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor-/Segelbooten auch als Passagier in Wettkämpfen und den dazugehörigen Probeläufen, ausgenommen reine Zuverlässigkeitsrennen;
- Boxsport, Schwerathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern oder Eisklettern, Bergsteigen über 4.000 m oder mit Schwierigkeitsgrad über III der französischen Skala und/oder Bergsteigen in Eis oder Gletscher oder im Alleingang unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Ski- oder Wasserskispringen, akrobatisches Skifahren, Bob, Luftsport im Allgemeinen.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
 - o Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz;
 - o Tätigkeit als Zirkusartist und Stuntman
 - o Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Bergwerken.

Schadenssparten

Deckungsausschlüsse **Bleibende Vollinvalidität** (zusätzlich zu den in der Produktinfo zur Schadenssparte angegebenen):

- biologische und/oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist;
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Beitretende/Versicherte nicht über die laut geltenden Vorschriften erforderliche Fahrerlaubnis verfügt;
- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen durch den Beitretenden/Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen wurde zu therapeutischen Zwecken verordnet, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann;
- Zustand der Trunkenheit/Intoxikation:
 - o wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher ist als der durch die Straßenverkehrsordnung festgelegte und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt;
 - o in jedem anderen Fall, wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher als 0,8 Gramm pro Liter beträgt;
- Unfälle durch Streiks, Unruhen, Krawalle oder Schlägereien, an denen der Beitretende/Versicherte aktiv teilgenommen hat;
- Unfälle durch natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.);
- Ereignisse, die auf folgende geistige Beeinträchtigungen zurückzuführen sind: hirnormales Psychosyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände;
- Behandlungen ästhetischer Art, die vom Beitretenden/Versicherten aus psychologischen oder persönlichen Gründen beantragt werden, mit Ausnahme der plastischen Rekonstruktion nach einem Unfall, der während der Gültigkeitsdauer der Versicherung aufgetreten ist.
- Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Unfall in folgenden Fällen:
- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.
- Ausübung jeder Art von Profisport mit Ausnahme der Teilnahme an Wettkämpfen oder dazugehörigen Probeläufen, die in den Rahmen des Freizeit- oder Firmensports fallen;
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motorbooten auch als Passagier in Wettkämpfen und den dazugehörigen Probeläufen, ausgenommen reine Zuverlässigkeitsrennen;
- Boxsport, Schwerathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern oder Eisklettern, Höhlenforschung, Ski- oder Wasserskispringen, akrobatisches Skifahren, Bob, Rugby, American Football, Gerätetauchen, Luftsport im Allgemeinen;
- Teilnahme an Profiwettkämpfen - oder den dazu gehörenden Probeläufen - bei Pferderennen, Fußball, Radsport, Skisport, Basketball, Volleyball, Kampfsport, es sei denn, es handelt sich um Freizeit- oder Firmensport.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:

- o Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz;
- o Tätigkeit als Zirkusartist und Stuntman
- Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Bergwerken.

Die Versicherungsgesellschaft ist in keinem Fall verpflichtet, Versicherungsschutz zu gewähren, Schadensersatzforderungen zu erfüllen, Zahlungen oder Entschädigungen auf Grundlage dieses Vertrags zu gewähren, sofern der besagte Schutz, die Zahlung oder Entschädigung die Gesellschaften Verboten, wirtschaftlichen Sanktionen oder Beschränkungen aufgrund von Resolutionen der Vereinten Nationen bzw. Wirtschafts- oder Handelssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen sollte (dieser Ausschluss gilt sowohl für die Lebensversicherungs- als auch die Schadenssparte).

Die für jeden Versicherungsschutz vorgesehenen Entschädigungen können grundsätzlich nicht mit Bezug auf denselben Zeitraum kumuliert werden.



Welche Verpflichtungen habe ich? Welche Verpflichtungen hat das Versicherungsunternehmen?

Was habe ich im Ereignisfall zu tun?

Schadensmeldung: Schadensfälle sind unverzüglich an die Zweigstelle des Versicherungsnehmers zu melden, indem eine spezielle Benachrichtigung gesendet oder das Schadensmeldungsformular ausgefüllt wird (erhältlich in stets aktualisierter Version auf der Website der Gesellschaft, www.netinsurancelife.it, oder bei der Zweigstelle des Versicherungsnehmers, bei welcher der Finanzierungsvertrag ausgestellt worden ist). Die Schadensmeldung ist zusammen mit den erforderlichen Unterlagen an die Versicherungsgesellschaften unter folgenden Adressen weiterzuleiten:

- für die Deckung Todesfall: **NET INSURANCE LIFE S.p.A.** c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand
- für die Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität - Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit - Beschäftigungsverlust): **NET INSURANCE S.p.A.** c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand

TODESFALL:

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular oder ein Abwicklungsantrag mit folgenden Angaben:
 - Personalien des/der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer);
 - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages;
 - Fotokopie eines gültigen Ausweises und des Kärtchens mit der Steuernummer des Versicherten;
- Tilgungsplan/Prospekt der Leasingraten;
- Original/Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten mit Angabe des Geburtsdatums;
- Bericht des behandelnden Arztes über die Todesursachen, dem eine zeitnahe und weiter zurückreichende Anamnese beiliegt und in dem besonders auf die Erkrankung, die den Tod verursacht hat, eingegangen wird (zur Unterstützung steht das hierfür vorgesehene Formular auf der Website www.netinsurancelife.it zur Verfügung);
- Kopie von medizinischen Unterlagen und/oder zugehörigen Gesundheitsunterlagen;
- bei Krankenhausaufenthalt eine vollständige Kopie aller Krankenakten samt Krankengeschichte bezüglich der Krankenhausaufenthalte des Beitretenden/Versicherten im Zusammenhang mit der Krankheit, die zum Tod geführt hat;
- bei Tod infolge eines Unfalls, Mordes oder Suizids:
 - Kopie des Autopsiebefunds und etwaiger toxikologischer Untersuchungen;
 - Protokoll der Polizeibehörden, die am Sterbeort tätig geworden sind;
- Falls ein Testament vorliegt: beglaubigte Kopie des amtlich beglaubigten Originals des Veröffentlichungsprotokolls des bekannten, gültigen und nicht angefochtenen Testaments;
- Falls kein Testament vorliegt: amtlich beglaubigte notarielle Erklärung, aus der hervorgeht, dass kein Testament vorliegt und, falls der Begünstigte in allgemeiner Form angegeben ist (z. B. Kinder, Ehepartner, Erben usw.), wer die rechtmäßigen Erben sind samt Angabe der Verwandtschaftsverhältnisse;
- einen Auszahlungsantrag, der von allen Begünstigten im Todesfall in Anwesenheit des Vermittlers unterzeichnet wurde bzw. eine amtlich beglaubigte Unterschrift trägt und folgende Informationen enthalten muss:

	<ul style="list-style-type: none"> - Personalien des/der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer); - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages an jeden der Leistungsempfänger - von den Inhabern unterzeichnete Fotokopie eines gültigen Ausweises und des Kärtchens mit der Steuernummer für alle Leistungsempfänger; - falls die Leistungsempfänger juristische Personen sind: Fotokopie eines gültigen Ausweises und des Kärtchens mit der Steuernummer des gesetzlichen Vertreters sowie eines Unternehmensdokuments, das seine Vertretungsbefugnis belegt; - im Falle minderjähriger oder entmündigter Begünstigter: amtlich beglaubigte Kopie des Originals des Beschlusses des Vormundschaftsgerichts zur Zweckbestimmung des Kapitals. <p>BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tilgungsplan/Prospekt der Leasingraten; - Kopie eines gültigen Ausweises des Beitretenden/Versicherten; - vom behandelnden Arzt ausgefüllte Erklärung zum Schadensfall; - Kopie der Krankenakte, falls nach dem Unfall ein Krankenhausaufenthalt erforderlich war; - bei Schadensfalls infolge eines Verkehrsunfalls Kopie des von den zuständigen Polizeibehörden erstellten Protokolls; - von den zuständigen Stellen ausgestellte Bescheinigung der Bleibenden Invalidität (Unfallversicherer INAIL, Rentenversicherer INPS, Gesundheitsamt ASL usw.); andernfalls das Attest eines Rechtsmediziners, falls vorhanden; - vom Beitretenden/Versicherten unterzeichnete Erklärung mit Angabe des Bankkontoinhabers und IBAN-Codes. <p>-</p> <p>Verjährung der Deckung LEBEN: 10 Jahre ab dem Tag, an dem das Ereignis eingetreten ist, auf dem der Anspruch beruht. Die den Begünstigten der Verträge zustehenden Beträge, die nicht innerhalb der Verjährungsfrist des jeweiligen Anspruchs geltend gemacht werden, werden bis zum 31. Mai des Folgejahrs der Verjährung, in den Entschädigungsfond für Sparer, die Opfer von Finanzbetrug geworden sind, überwiesen.</p> <p>Verjährung der Deckung SCHÄDEN: 2 Jahre ab dem Tag, an dem die Tatsache eingetreten ist, auf welcher der Anspruch beruht.</p> <p>Auszahlung der Leistungen: Die Versicherungsgesellschaft wird die im Vertrag vorgesehenen Leistungen innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen Schadensfallmeldung für jedes Dokument auszahlen.</p>
<p>Ungenau und unterlassene Angaben</p>	<p>Bei ungenauen Angaben oder dem Verschweigen von Umständen bezüglich des Verhaltens des Beitretenden/Versicherten oder in Bezug auf Tatsachen oder Umstände, die eine Verschärfung des Risikos zur Folge haben, behält sich die Versicherungsgesellschaft das Recht vor, die Bestimmungen von Artikel 1892 und 1893 des it. Zivilgesetzbuchs zur Anwendung zu bringen.</p>

 Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?	
<p>Prämie</p>	<p>Die Versicherung wird entweder gegen Vorauszahlung einer einmaligen Prämie oder durch Zahlung einer Jahresprämie mit stillschweigender Verlängerung für die gesamte Dauer der Finanzierung durch das Beitretende Unternehmen gewährt.</p> <p>Die Prämie wird als Prozentsatz des Gesamtbetrags der angeforderten Finanzierung oder des Restbetrags der kapitalbezogenen Hauptschuld der Finanzierung im Falle bereits ausgezahlter Finanzierungen berechnet und basiert auf der Laufzeit des Finanzierungsvertrags (ausgedrückt in Monaten).</p> <p>Die nicht teilbare Prämie wird vom Beitretenden Unternehmen bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrag zu dem mit der Finanzierung verknüpften Rahmenvertrag bezahlt.</p> <p>Sollte - im Fall von Jahresprämie - das Beitretende Unternehmen oder der in dessen Namen handelnde Versicherungsnehmer nach Ablauf des ersten Jahres ab Inkrafttreten bei der jeweiligen Fälligkeit die Prämie des Folgejahres nicht zahlen, wird der Versicherungsschutz ab 24 Uhr des 60. (sechzigsten) Tages nach Jahresende ausgesetzt und am Tag der Zahlung um 24 Uhr wieder wirksam, unbeschadet der nachfolgenden Fälligkeiten und des Anspruchs der Gesellschaft auf Zahlung der überfälligen Prämien. In keinem Fall werden Leistungen für</p>

	Schadensfälle erbracht, die während der Sperrfrist auftreten. Ab dem 61. (einundsechzigsten) Tag erlischt die Deckung und wird als unwirksam betrachtet. Darüber hinaus behält es sich die Versicherungsgesellschaft - falls aus den Gesundheitschecks oder dem Anamnesefragebogen signifikante Pathologien hervorgehen- vor: - die Risikoübernahme abzulehnen; beziehungsweise, - besondere Bedingungen für die Übernahme des Risikos ggf. mit Berechnung einer gesundheitlich bedingten Zusatzprämie festzulegen.
Erstattung	Der Beitretende/Versicherte hat Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Prämie (abzüglich Steuer), wenn er innerhalb von 60 Tagen ab Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurücktritt Mit Einschränkung auf Policen mit im Voraus bezahlter Einmalprämie erstatten die Versicherungsgesellschaften, außer wenn das Beigetretene Unternehmen die Aufrechterhaltung der Deckung bis zum ursprünglichen Ablauf beantragt hat, den Anteil der bezahlten Prämie zurück, der sich auf die Restzeit bis zum ursprünglichen Ablaufdatum bezieht, falls die Finanzierung ganz abgelöst wird, oder der sich auf eine verhältnismäßige Risikominderung bezieht, falls die Finanzierung partiell abgelöst wird.
Rabatte	Für diesen Vertrag gelten keine Prämienrabatte

 Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?	
Laufzeit	<p>Dieser Rahmenvertrag ist ein Versicherungsvertrag mit Versicherungsschutz für eine variable Laufzeit, die von mindestens 9 Monaten bis maximal 240 Monaten, einschließlich des Zeitraums vor Tilgungsbeginn, dauert.</p> <p>Die Laufzeit der Deckungen ist gleich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Laufzeit der Finanzierung bei neu ausgegebenen Finanzierungen oder - der Restlaufzeit der Finanzierung bei bereits ausgegebenen Finanzierungen. <p>Bei einer bereits ausgezahlten Finanzierung darf die Restlaufzeit zum Zeitpunkt des Beitritts 24 Monate nicht unterschreiten.</p> <p>Der Beitritt gilt, wenn die vertraglichen Verpflichtungen, darunter die Zahlung der Prämie, erfüllt worden sind, um 24 Uhr am Datum des Inkrafttretens als erfolgt, was übereinstimmt mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dem Datum der Auszahlung der Finanzierung bei neu gewährten Finanzierungen, • dem Fälligkeitsdatum der ersten Leasingrate bei neu gewährten Leasingverträgen, • dem im Beitrittsantrag angegebenen Unterzeichnungsdatum bei bereits gewährten Finanzierungen/Leasingverträgen. <p>Die Deckung endet: bei Ablauf des Vertrags, wenn keine Schadensfälle auftreten; bei Eintreten des Schadensereignisses für den einzelnen Versicherten oder bei Verlust der Voraussetzungen für die Versicherbarkeit; im Falle der vollständigen Ablösung der Finanzierung oder bei ihrer partiellen Ablösung mit Änderung der Laufzeit oder bei ihrer Neuverhandlung, falls keine Aufrechterhaltung der Deckung beantragt wird.</p>
Unterbrechung	Sollte - im Fall von Jahresprämie - das Beitretende Unternehmen oder der in dessen Namen handelnde Versicherungsnehmer nach Ablauf des ersten Jahres ab Inkrafttreten bei der jeweiligen Fälligkeit die Prämie des Folgejahres nicht zahlen, wird der Versicherungsschutz ab 24 Uhr des 60. (sechzigsten) Tages nach Jahresende ausgesetzt und am Tag der Zahlung um 24 Uhr wieder wirksam, unbeschadet der nachfolgenden Fälligkeiten und des Anspruchs der Gesellschaft auf Zahlung der überfälligen Prämien.

 Wie kann ich den Antrag widerrufen, vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag kündigen?	
Widerruf	Der Beitrittsantrag kann vom Beitretenden/Versicherten bis zum Datum des Inkrafttretens widerrufen werden.
Rücktritt	<i>Bezüglich des Anspruchs auf Rücktritt liegen keine weiteren, über die Angaben in der Produktinfo zur Lebens- und Schadenssparte hinausgehenden Informationen, vor.</i>
Auflösung	<i>Es liegen keine weiteren, über die Angaben in der Produktinfo zur Lebens- und/oder Schadenssparte hinausgehenden Informationen, vor.</i>



An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Versicherungsprodukt richtet sich an Bankkunden - Einzelfirmen/juristische Personen (generell Unternehmen) -, die einen Finanzierungsvertrag bei der Bank oder einen von dieser vermittelten Leasingvertrag unterzeichnet haben und die beabsichtigen, natürliche Personen, die im Innern des Unternehmens eine grundlegende, schwer zu ersetzende Rolle innehaben und zum Zeitpunkt des Beitritts zwischen 18 und 65 nicht vollendete Jahre alt sind, vor unvorhergesehenen Ereignissen zu versichern, welche die Fähigkeit zur Rückzahlung der Schuld gefährden könnten, wobei darauf verwiesen wird, dass die Versicherung höchstens bis Erreichen des 75. Lebensjahres bestehen bleiben kann.



Welche Kosten entstehen dabei?

Auf der Prämie lastende Kosten

Nachfolgend finden Sie detaillierte Informationen zu den Kosten:

	<i>Belastung</i>
Deckung Leben	71,00%
Deckung Schäden	71,00%

der einmaligen Vorausprämie oder der jährlichen Prämie nach Abzug von Steuern, sofern zutreffend.

Vermittlungskosten

Der Anteil der Kosten, die der Produktvertreiber durchschnittlich erhält, ist nachstehend aufgeführt:

	<i>Belastung</i>
Deckung Leben	67,60%
Deckung Schäden	67,60%

der Kosten selbst



Sind Rückkäufe oder Kürzungen vorgesehen? JA NEIN

Rückkaufswert und Kürzung

Dieser Vertrag sieht weder einen Rückkauf noch eine Kürzung vor.

Informationsanfrage

Dieser Vertrag sieht weder einen Rückkauf noch eine Kürzung vor.

WIE KANN ICH REKLAMATIONEN EINREICHEN UND STREITIGKEITEN BEILEGEN?

Beim Versicherungsunternehmen

Reklamationen bezüglich des Vertragsverhältnisses oder der Abwicklung der Schadensfälle sind schriftlich zu richten an:

Für die Deckung Todesfall:

Papierpost (auch Einschreiben mit Rückschein): NET INSURANCE LIFE S.p.A.- Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 - 00161 ROM

- Per zertifizierter E-Mail: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it;
- Fax: 06.89326.570

für die Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität):

Papierpost (auch Einschreiben mit Rückschein): NET INSURANCE S.p.A.- Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 - 00161 ROM

- Per zertifizierter E-Mail: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it;
- Fax: 06.89326.570

Reklamationen werden innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt abgearbeitet.

Bei der Aufsichtsbehörde IVASS	Wird die Beschwerde durch das Versicherungsunternehmen oder den Vermittler abgelehnt, nur zum Teil berücksichtigt oder nicht binnen 45 Tagen beantwortet, kann sich der Beigetretene/Versicherte an die Aufsichtsbehörde IVASS wenden, Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Info unter: www.ivass.it.
--------------------------------	---

VOR BESCHREITUNG DES RECHTSWEGS besteht die Möglichkeit bzw. unter bestimmten Umständen die Verpflichtung, alternative Systeme für die Beilegung von Streitigkeiten in Anspruch zu nehmen, wie:

Schlichtung	Durch Einschaltung einer Schlichtungsstelle unter jenen, die im Verzeichnis des Justizministeriums aufgeführt sind, das auf der Website www.giustizia.it (Gesetz Nr. 98 vom 9.8.2013) konsultiert werden kann.
Verhandlung mit Rechtsbeistand	Durch Anfrage des eigenen Rechtsanwalts, die an die Unternehmen gerichtet wird.
Weitere alternative Möglichkeiten zur Beilegung von Rechtsstreitigkeiten	Ein Formloses Schiedsverfahren für Streitigkeiten im medizinischen Bereich kann durch die Beauftragung eines aus drei Ärzten bestehenden Ausschusses in die Wege geleitet werden, von denen jeweils einer pro Partei bestellt wird und der dritte einvernehmlich oder andernfalls vom Vorsitzenden der Ärztekammer, die für den Ort zuständig ist, an dem der Ausschuss zusammentreten soll. Die Entscheidungen des Ärzteausschusses werden mehrheitlich getroffen, sind von der Einhaltung jeder gesetzlichen Formalität freigestellt und sind bindend für die Parteien.

BESTEUERUNG

Auf den Vertrag anwendbare Steuer	<ul style="list-style-type: none"> • Der für die Deckung der Lebensversicherungssparte bestimmte Teil der Prämie ist steuerfrei, während der Teil der Prämie für die Deckungen der Schadenssparte einer Steuer von 2,5% unterliegt. • Handelt es sich bei dem Beitretenden um eine Personen- oder Kapitalgesellschaft, sind die an die Gesellschaft gezahlten Prämien, welche die Risiken Todesfall und Bleibende Vollinvalidität zum Gegenstand haben, gemäß einschlägiger Steuergesetzgebung (Art. 109, Abs. 5, Einkommensteuergesetz TUIR) von der Steuer absetzbar, wenn sie über einen Kausalzusammenhang mit den Einkommensteuer erzeugenden Tätigkeiten verbunden sind. Es empfiehlt sich, zur korrekten Einstufung der Kosten einen Steuerberater zu Rate zu ziehen.
-----------------------------------	--

BEI VORZEITIGER ABLÖSUNG ODER UMSCHULDUNG DER FINANZIERUNG IST DAS VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN ZUR RÜCKERSTATTUNG DES ANTEILS DER BEZAHLTEN PRÄMIE VERPFLICHTET, WELCHER DER RESTLAUFZEIT BIS ZUM URSPRÜNGLICHEN ABLAUFDATUM ENTSpricht. ALTERNATIV KANN BEI DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT DIE WEITERFÜHRUNG DER VERSICHERUNG BIS ZUM ABLAUF BEANTRAGT WERDEN, WOBEI GGF. EIN ANDERER BEGÜNSTIGTER EINGESETZT WERDEN KANN.

DIE VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT IST VERPFLICHTET, BINNEN SECHZIG TAGEN NACH ENDE JEDES KALENDERJAHRES DEN JAHRESAUSZUG IHRER VERSICHERUNGSPPOSITION ZU ÜBERMITTELN.

LESEN SIE VOR DEM AUSFÜLLEN DES GESUNDHEITSFRAGEBOGENS DIE IN DER POLICE ENTHALTENEN EMPFEHLUNGEN UND ANWEISUNGEN SORGFÄLTIG. EVENTUELLE UNGENAUE ODER UNWAHRE ANGABEN KÖNNEN DEN ANSPRUCH AUF DIE VERSICHERUNGSLEISTUNG EINSCHRÄNKEN ODER KOMPLETT AUSSCHLIESSEN.

FÜR DIESEN VERTRAG VERFÜGT DAS VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN ÜBER EINEN DEM VERSICHERUNGSNEHMER VORBEHALTENEN INTERNETBEREICH FÜR DIE VERTRAGSVERWALTUNG (SOG. HOME INSURANCE). NACH VERTRAGSABSCHLUSS KANN AUF DIESEN BEREICH ZUGEGRIFFEN WERDEN.



Sommario

GLOSSAR	2
ART. 1 BESTEHENDE DECKUNGEN	4
ART. 2 PFLICHTEN DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN	4
ART. 3 BEDINGUNGEN FÜR DIE VERSICHERBARKEIT UND ZULASSUNGSFORMALITÄTEN	4
ART. 4 VERSICHERBARES KAPITAL UND ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN.....	5
ART. 5 - ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN	5
ART. 6 BESTIMMUNG DES VERSICHERTEN.....	6
ART. 7 DATUM DES INKRAFTTRETENS UND LAUFZEIT DES VERSICHERUNGSSCHUTZES	6
ART. 8 WIDERRUFS-, RÜCKTRITTS- UND KÜNDIGUNGSRECHT	7
ART. 9 LEISTUNGSEMPFÄNGER.....	7
ART. 10 ZAHLUNG DER PRÄMIE.....	7
ART. 11 VORZEITIGE ABLÖSUNG UND UMSCHULDUNG	8
ART. 12 SCHADENSMELDUNG	9
ART. 13 VERPFLICHTUNGEN DES BEITRETENDEN UNTERNEHMENS IM SCHADENSFALL.....	10
ART. 14 AUSZAHLUNG DER LEISTUNGEN.....	11
ART. 15 WEITERE VERSICHERUNGEN.....	11
ART. 16 ABGABEN UND ANDERE STEUERLICHE BELASTUNGEN	11
ART. 17 KOMMUNIKATION.....	11
ART. 18 DEM BEITRETENDEN UNTERNEHMEN AUSZUHÄNDIGENDE UNTERLAGEN	11
ART. 19 VERZICHT AUF RÜCKGRIFF.....	11
ART. 20 ANWENDBARES RECHT.....	11
ART. 21 GERICHTSSTAND.....	11
ART. 22 FREISTELLUNG	11
ART. 23 REKLAMATIONEN	11
ART. 24 ABTRETUNG VON RECHTEN.....	12
ART. 25 RECHTSSTREITIGKEITEN.....	12
ART. 26 VERJÄHRUNGSFRISTEN.....	12
ART. 27 SANKTIONEN.....	12
ART. 28 ÄNDERUNGEN AM BEITRITTSANTRAG	12
ART. 29 GEGENSTAND DER DECKUNG IM TODESFALL.....	13
ART. 30 VERSICHERTE LEISTUNG	13
ART. 31 AUSSCHLÜSSE	13
ART. 32 RÜCKKAUF UND DARLEHEN.....	14
ART. 33 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE VERPFLICHTUNGEN.....	14
ART. 34 VERSICHERTE LEISTUNG	15
ART. 35 AUSSCHLÜSSE	15
ART. 36 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE VERPFLICHTUNGEN.....	16
INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ.....	1
FAKSIMILE BEITRITTSANTRAG.....	1
VEREINFACHTER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN	1
ANAMNESEFRAGEBOGEN	1
SCHADENSMELDEFORMULAR.....	1



GLOSSAR

Beitritt

Antrag, der sich aus der Unterzeichnung des Beitrittsantrags zum Rahmenvertrag (oder Vertrag) durch das Beitretende Unternehmen und den Versicherten ergibt.

Versicherter

Versichert ist die vom Beitretenden Unternehmen bezeichnete, natürliche Person im Alter zwischen 18 und vor Vollendung des 65. Lebensjahrs, welche die Voraussetzungen für die Versicherbarkeit aufweist und ihre Zustimmung zum Beitritt zum Rahmenvertrag gemäß Art. 1919 des it. Zivilgesetzbuchs geleistet hat.

Kreditinstitut

Stimmt mit dem Versicherungsnehmer überein.

Begünstigter

Der Begünstigte oder Leistungsempfänger ist das Beitretende Unternehmen. Bei Einzelunternehmen kann der Leistungsempfänger eine natürliche Person sein, die vom Einzelunternehmen im Beitrittsantrag genannt wurde.

Broker

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand

Deckungssumme

Leistung, die die Versicherungsgesellschaft dem Leistungsempfänger im Falle des Todes oder der Bleibenden Vollinvalidität des Versicherten während der Laufzeit seines Versicherungsbeitritts zahlt. Sie entspricht der kapitalbezogenen Restschuld, die aus dem Finanzierungsvertrag hervorgeht, der vom Beitretenden Unternehmen mit dem Versicherungsnehmer abgeschlossen wurde und mit dem Beitritt zum Rahmenvertrag verbunden ist. Die Restschuld wird zum Datum des Schadensfalls unter Annahme einer regelmäßigen Rückzahlung gemäß Originaltilgungsplan berechnet, d.h. sie entspricht dem versicherten und in der Police ausgewiesenen Anteil der Schuld. Der ausgezahlte Betrag versteht sich daher abzüglich etwaiger nicht gezahlter Raten oder Teilraten und der zwischenzeitlich aufgelaufenen Zinsen.

Bei Leasingverträgen entspricht die Restschuld dem zum Datum des Schadensfalls berechneten Kapitalwert der noch ausstehenden Leasingraten, abzüglich nicht bezahlter bereits fälliger Raten oder Teilraten sowie abzüglich der für diese in der Zwischenzeit fällig gewordenen Zinsen, d.h. sie entspricht dem versicherten und in der Police ausgewiesenen Anteil der Schuld. Der Wert des Kaufpreises zur Übernahme des Fahrzeugs am Ende des Leasingvertrags ist ausgeschlossen.

Versicherungsgesellschaften/-unternehmen

Für die Lebensversicherungssparte: NET INSURANCE LIFE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 – 00161 ROM

Für die Schadenssparte: (Bleibende Vollinvalidität): NET INSURANCE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 – 00161 ROM.

Versicherungsnehmer

Bank/Kreditinstitut, bei dem die Finanzierung beantragt

wird, und das den Rahmenvertrag mit den Gesellschaften abgeschlossen hat.

Im Falle des Leasingvertrags: Bank/Kreditinstitut, das im Auftrag des Leasinggebers die Unterzeichnung des Leasingvertrags mit dem Beitretenden Unternehmen vermittelt hat.

Allgemeine

Versicherungsbedingungen/Versicherungsbedingungen

In einem Versicherungsvertrag vorgesehene Grundklauseln. Sie beziehen sich auf die allgemeinen Aspekte des Vertrages, wie die Zahlung der Prämie, die Gültigkeit der Garantie, die Laufzeit des Vertrages.

Finanzierungsvertrag

Der Finanzierungsvertrag ist der Vertrag, mit dem die Bank/das Kreditinstitut dem Kunden eine Finanzierung, die zum Bereich der **durch Hypotheken gesicherten oder ungesicherten Darlehen** sowie der **Privatkredite** gehört, über einen vorher festgelegten Betrag gewährt, der vom Versicherten nach einem Tilgungsplan mit gleichbleibenden Raten zurückzuzahlen ist, dessen Laufzeit mindestens 9 Monate und höchstens 240 Monate beträgt und auf den sich der in diesem Rahmenvertrag genannte Versicherungsschutz bezieht.

Wo im Vertragstext nicht ausdrücklich anderes erwähnt ist, gilt der Leasingvertrag als dem Finanzierungsvertrag gleichgestellt.

Leasingvertrag

Vertrag, in dem eine Partei (Leasinggeber) der anderen (dem Beitretenden Unternehmen) über einen im Voraus festgelegten Zeitraum und zu einem regelmäßig fälligen Preis (Leasingrate) - die Nutzung eines vom Leasinggeber auf Anweisung und Entscheidung des Verwenders erworbenen Gegenstands zur Nutzung übergibt, wobei letzterer die Möglichkeit hat, das Eigentum des Gegenstands bei Ablauf des Vertrags für einen zu Anfang festgelegten Preis zu erwerben (Restwert).

Versicherungsschutz

Der von den Versicherungsgesellschaften gewährte Versicherungsschutz entsteht durch die Zahlung einer Prämie, wofür sich die Versicherungsgesellschaften im Gegenzug verpflichten, bei Eintreten eines Schadensfalls die vereinbarte Entschädigung zu zahlen.

Datum des Inkrafttretens

Datum, ab dem der Beitritt wirksam wird:

- Bei neu ausgegebenen Finanzierungen stimmt das Datum des Inkrafttretens - vorausgesetzt dass die vom Versicherungsnehmer gewährte Finanzierung auch tatsächlich ausgezahlt wurde - mit dem Datum der Auszahlung der Finanzierung überein. Falls das Datum der Unterzeichnung auf dem Antragsformular nicht mit dem Datum der Auszahlung der Finanzierung übereinstimmt, wird nur letzteres berücksichtigt, und der Beitritt gilt erst ab dem Datum des Inkrafttretens als abgeschlossen und wirksam.



- b) Für bereits ausgezahlte Finanzierungen (Stock) fällt das Datum des Inkrafttretens mit dem Datum der Unterzeichnung des Beitrittsantrags zusammen.
- c) Bei neu unterzeichneten Leasingverträgen stimmt das Datum des Inkrafttretens mit dem Fälligkeitsdatum der ersten Leasingrate überein, während bei bereits laufenden Leasingverträgen das Datum des Inkrafttretens dem Datum des Beitrittsantrags entspricht.

Todesfall

Das Ableben des Versicherten.

Restschuld

Der kapitalbezogene Restbetrag der gesamten Finanzierung bzw. des versicherten Teilbetrags derselben, der zugunsten des Versicherungsnehmers aus dem Tilgungsplan des Finanzierungsvertrags hervorgeht, abzüglich etwaiger nicht bezahlter Raten.

Bei Leasingverträgen entspricht die Restschuld dem zum Datum des Schadensfalls berechneten Kapitalwert der noch ausstehenden Leasingraten, abzüglich nicht bezahlter bereits fälliger Raten oder Teilraten sowie abzüglich der für diese in der Zwischenzeit fällig gewordenen Zinsen, d.h. sie entspricht dem versicherten und in der Police ausgewiesenen Anteil der Schuld. Der Wert des Kaufpreises zur Übernahme des Fahrzeugs am Ende des Leasingvertrags ist ausgeschlossen.

Laufzeit des Versicherungsschutzes

Zeitintervall zwischen dem Datum des Inkrafttretens des Beitritts und dem Ablaufdatum, für dessen Dauer der vertragliche Versicherungsschutz gültig ist.

Beitretendes Unternehmen

Juristische Person/Einzelunternehmen, das einen Finanzierungsvertrag mit dem Versicherungsnehmer abgeschlossen hat und freiwillig dem Rahmenvertrag beigetreten ist, indem die entsprechende Prämie gezahlt und der Beitrittsantrag unterzeichnet wurde.

Im Falle eines Leasingvertrags: Juristische Person/Einzelunternehmen, das den Leasingvertrag abgeschlossen hat und freiwillig dem Rahmenvertrag beigetreten ist, indem die entsprechende Prämie gezahlt und der Beitrittsantrag unterzeichnet wurde.

Entschädigung

Der Betrag, den die Versicherungsgesellschaften aufgrund des in diesem Rahmenvertrag festgelegten Versicherungsschutzes nach Eintreten eines Schadensfalls auszahlen.

Unfall

Der Unfall ist ein extern verursachtes, zufälliges und gewaltsames Ereignis, das den Tod des Versicherten oder objektiv feststellbare körperliche Schädigungen verursacht, die zu Bleibender Vollinvalidität führen. Den Unfällen gleichgestellt sind: nicht krankheitsbedingte Asphyxie, akute Vergiftung durch Verschlucken oder sonstige Aufnahme von Substanzen; Infektion und Vergiftung durch Tierbisse, Stiche von Insekten und Giftpflanzen, ausgenommen Malaria und Tropenkrankheiten; Ertrinken; Erfrierungen und

Unterkühlung; Sonnenstich oder Hitzschlag; Muskelverletzungen durch Überlastung, mit Ausnahme von subkutanen Sehnenrissen, jeglicher Art von Infarkt, mit Ausnahme jeglicher anderer Art von Hernien; Unfälle, die in einem Zustand von Bewusstlosigkeit oder Ohnmacht erlitten werden.

Bleibende Vollinvalidität

Der vollständige, endgültige und irreversible Verlust der geistigen und/oder körperlichen Unversehrtheit des Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Krankheit. Im Falle von unfall- oder krankheitsbedingter Invalidität wird die Bleibende Vollinvalidität im Sinne dieser Police anerkannt, wenn der Grad der vom Versicherten erlittenen bleibenden Invalidität auf Grundlage der für die Sozialversicherung gegen Unfälle und Berufskrankheiten festgelegten Kriterien unter Bezugnahme auf die Bestimmungen der einschlägigen Gesetzessammlung gemäß Dekret des it. Staatspräsidenten D.P.R. Nr. 1124 vom 30.6.1965 - „Tabelle zur Bewertungen des bleibenden Invaliditätsgrads - INDUSTRIE“ 60% oder mehr beträgt. Die Beurteilung der Bleibenden Invalidität erfolgt frühestens sechs Monate nach dem Datum der Meldung der Krankheit oder des Unfalls, spätestens jedoch zwölf Monate nach diesem Datum.

KONTROLLORGAN IVASS

Institut für Versicherungsaufsicht, das Aufsichtsfunktionen in Bezug auf Versicherungsunternehmen auf der Grundlage der von der Regierung festgelegten Versicherungspolitik wahrnimmt.

Key Man

Eine Schlüsselperson, die eine grundlegende Rolle im Unternehmen spielt und schwer zu ersetzen ist.

Krankheit

Jede Beeinträchtigung des Gesundheitszustands, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Parteien

Die Versicherungsgesellschaften und der Versicherungsnehmer.

Rahmenvertrag (oder Vertrag)

Versicherungspolice in der Form eines Rahmenvertrags mit fakultativem Beitritt, die zwischen NET INSURANCE S.p.A., NET INSURANCE LIFE S.p.A. und der Versicherungsnehmenden Bank im Interesse mehrerer Beitretender Unternehmen unterzeichnet wird, die sich gegen die in der Police aufgeführten Risiken absichern wollen.

Zeitraum vor Tilgungsbeginn

Der Zeitraum vor Beginn des Tilgungsplans zur Rückzahlung des Darlehens, der maximal 12 Monate dauern kann, während dessen der Kunde die vollständige Verfügung über das Anfangskapital hat. Während dieses Zeitraums, dessen Dauer im Vertrag festgelegt ist, zahlt der Kunde zu den Fälligkeitsterminen lediglich den Zinsanteil auf den aufgenommenen Darlehensbetrag in der vertraglich vereinbarten Höhe.

**Prämie**

Betrag einschließlich Steuern, den das Beitretende Unternehmen bei Unterzeichnung des Beitrittsantrag für den in Anspruch genommenen Versicherungsschutz zu zahlen hat.

**Vereinfachter Gesundheitsfragebogen/
Anamnesefragebogen**

Dokumente, die der Versicherte vor Abschluss der Versicherung auf Verlangen der Gesellschaften auszufüllen hat und die Fragen zu seinem Gesundheitszustand und Lebensgewohnheiten enthalten. Die darin bereitgestellten Informationen dienen den Gesellschaften zur Beurteilung des Risikos und zur Feststellung der Versicherbarkeit.

Beitrittsantrag

Die vom Beitretenden Unternehmen und vom Versicherten im Zuge des mit dem Versicherungsnehmer abgeschlossenen Finanzierungsvertrags unterzeichnete Erklärung, mit welcher das Beitretende Unternehmen und der Versicherte dem Rahmenvertrag beitreten und welche die für die Zwecke der Versicherung relevanten Erklärungen enthält.

Schadensfall

Schadensereignis, für das eine Versicherung besteht.



ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN RAHMENVERTRAG NET CPI BUSINESS

Die vollständigen Texte des zwischen dem VERSICHERUNGSNEHMER und den VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN abgeschlossenen Rahmenvertrags sind am Sitz des Versicherungsnehmers und in den Geschäftsräumen von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. hinterlegt.

ART. 1 BESTEHENDE DECKUNGEN

Dieser Vertrag enthält folgende Deckungen:

- Todesfall, geleistet von NET INSURANCE LIFE S.p.A.;
- Bleibende Vollinvalidität, geleistet von NET INSURANCE S.p.A.

Zum besseren Verständnis wird das folgende vereinfachende Schema wiedergegeben:

Versicherungsschutz		Versicherungsfähige Personen
Todesfall	Bleibende Vollinvalidität	
Ja	Ja	Alle Personen, die eine grundlegende Rolle im Unternehmen spielen und schwer zu ersetzen sind.

Die Deckungen werden von den Versicherungsgesellschaften auf Grundlage der Erklärungen des Beitretenden Unternehmens und der Versicherten geleistet.

Die Deckungen gelten ohne räumliche Begrenzung, aber die Deckung Bleibende Vollinvalidität muss von einem Arzt festgestellt werden, der seinen Beruf in einem Mitgliedsland der Europäischen Union ausübt.

ART. 2 PFLICHTEN DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN

Die Pflichten der Versicherungsgesellschaften ergeben sich ausschließlich aus dem Rahmenvertrag, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Beitrittsantrag sowie aus etwaigen von den Versicherungsgesellschaften selbst herausgegebenen Anhängen.

Für alle Angelegenheiten, die nicht ausdrücklich im Vertrag geregelt sind, gilt das anwendbare Recht.

ART. 3 BEDINGUNGEN FÜR DIE VERSICHERBARKEIT UND ZULASSUNGSFORMALITÄTEN

Um dem Rahmenvertrag wirksam beitreten zu können, sind folgende Bedingungen zu erfüllen:

- a) Das Beitretende Unternehmen muss einen Finanzierungsvertrag mit mindestens 9-monatiger bis höchstens 240-monatiger Dauer mit dem Versicherungsnehmer abgeschlossen haben. Die maximal versicherbaren Beträge sind im nachstehenden Artikel 4 („Entschädigungsgrenzen“) aufgeführt.
- b) Der Versicherte spielt innerhalb des teilnehmenden Unternehmens eine grundlegende Rolle, die schwer zu ersetzen ist (Key Man).
- c) Das Alter des Versicherten muss zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Antrags zwischen 18 und unter 65 Jahren liegen, unbeschadet der Tatsache, dass der Versicherungsschutz bei Vollendung des 75. Lebensjahrs beendet wird.
- d) Das Beitretende Unternehmen muss entweder die im Voraus zahlbare Einmalprämie oder die Jahresprämie bezahlt haben, nachdem die Gesellschaften den Beitrittsantrag angenommen haben.

Zusätzlich zu den oben genannten Anforderungen muss jeder vom Beitretenden Unternehmen benannte Versicherte folgende Bedingungen erfüllen, damit der Versicherungsschutz wirksam wird:

- a) Er muss dem Rahmenvertrag beigetreten sein, indem er den vereinfachten Gesundheitsfragebogen und, wo erforderlich, den Anamnesefragebogen entweder selbständig oder mit Hilfe seines Hausarztes ausgefüllt und unterzeichnet hat.
- b) Er muss die möglicherweise eingeforderten zusätzlichen Unterlagen beigebracht haben.
- c) Er muss dem Beitritt zum Rahmenvertrag gemäß Art 1919 des it. Zivilgesetzbuchs zugestimmt haben.

Das Beitretende Unternehmen bekundet durch die Unterzeichnung des Beitrittsantrags, der 6 Monate lang gültig bleibt, sein



Interesse am Beitritt.

Jeder Beitritt muss durch die im nachstehenden Artikel 3.1 („Annahmeregrenzen“) angegebenen Unterlagen ergänzt werden.

Werden alle Fragen des vereinfachten Gesundheitsfragebogens mit Nein beantwortet, gilt nach Unterzeichnung des Beitrittsformulars der Versicherungsschutz als seitens der Gesellschaften gewährt. Wird hingegen auch der Anamnesefragebogen unterzeichnet, behalten sich die Gesellschaften das Recht vor, über die Gewährung oder Verweigerung des Versicherungsschutzes zu entscheiden oder weitere Gesundheitsunterlagen anzufordern. In solchen Fällen verpflichten sich die Gesellschaften dazu, dem Versicherten, dem Beitretenden Unternehmen und dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Annahme oder Ablehnung des Risikos mitzuteilen oder besondere Bedingungen für die Übernahme des Risikos ggf. mit Berechnung einer gesundheitlich bedingten Zusatzprämie festzulegen.

3.1 Übernahmeregeln

Die Annahme des Risikos erfolgt auf Grundlage der Angaben im Beitrittsformular, das vom Beitretenden Unternehmen und vom Versicherten in allen Teilen ausgefüllt, datiert und unterschrieben werden muss, des ggf. verlangten Anamnesefragebogens, der vom Versicherten selbständig oder mit Hilfe des Hausarztes ausgefüllt, datiert und unterschrieben werden muss, sowie ggf. weiterer angeforderter Unterlagen.

Jeder Beitrittsantrag ist durch folgende Unterlagen zu ergänzen:

- Bei Kapital bis zu 200.000,00 Euro (zweihunderttausend/00) ist der dem Beitrittsantrag beiliegende vereinfachte Gesundheitsfragebogen auszufüllen und zu unterzeichnen. Werden in diesem Fragebogen eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet, ist auch der spezielle Anamnesefragebogen an die Versicherungsgesellschaften zu übermitteln. Der Beitritt wird erst nach Zustimmung der Gesellschaften rechtskräftig.
- Wenn das Alter des Versicherten zum Zeitpunkt des Beitritts über 55 Jahren liegt oder wenn bei jüngerem Alter das Kapital zwischen 200.000,01 Euro (zweihunderttausend/01) und 400.000,00 Euro (vierhunderttausend/00) liegt, muss beim Beitritt der spezielle Anamnesefragebogen an die Gesellschaften übermittelt werden. Der Beitritt wird erst nach Zustimmung der Gesellschaften rechtskräftig.
- Bei einem Kapital über 400.000,00 Euro (vierhunderttausend/00) sind zusätzlich zum oben erwähnten speziellen Anamnesefragebogen folgende Gesundheitsunterlagen an die Gesellschaften zu übermitteln:
 - Blutuntersuchungen: Blutbild - Thrombozyten - Blutsenkungsrate - Blutzucker - Kreatinin - Harnsäurespiegel - Gesamtcholesterin - HDL (High Density Lipoprotein) - LDL (Low Density Lipoprotein) - Triglyceride - GOT-/GPT-Transaminasen – Gamma-Glutamyltransferase - Anti-HIV 1- und Anti-HIV 2-Antikörper - Hepatitis-B-Serologie (HB-Antigene - Anti-HBs - Anti-HBc) - Hepatitis-C-Serologie (Anti-HCV);
 - Herz-Kreislauf-Untersuchung mit ärztlichem Befund;
 - EKG;
 - PSA-Test (Semenogelase/prostata-spezifisches Antigen) ausschließlich für Männer, über 50 Jahren;
 - Ärztlicher Bericht.

Der Beitritt wird erst nach Zustimmung der Gesellschaften rechtskräftig.

Die Gesellschaften behalten sich das Recht vor, im Einzelfall zusätzliche Gesundheitsunterlagen anzufordern.

ART. 4 VERSICHERBARES KAPITAL UND ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

Die anfängliche Deckungssumme entspricht:

- a) bei neu gewährten Finanzierungen deren Gesamtbetrag oder dem vereinbarten geringeren Betrag;
- b) bei bereits gewährten Finanzierungen dem Betrag der Restschuld oder dem vereinbarten geringeren Betrag.

Die Entschädigung wird unter Bezugnahme auf den Tilgungsplan festgelegt und kann im Todesfall (von NET INSURANCE LIFE S.P.A. geleistete Deckung) oder im Falle Bleibender Vollinvalidität (von NET INSURANCE S.p.A. geleistete Deckung) folgende Beträge nicht übersteigen: 1.000.000,00 Euro pro Versicherten und einzelnen Schadensfall.

Falls die anfängliche Deckungssumme unter dem Betrag der beantragten Finanzierung/Restschuld liegt, werden die für die Deckungen Todesfall und Unfall- oder Krankheitsbedingte Bleibende Vollinvalidität Versicherten Leistungen im gleichen Verhältnis reduziert.

ART. 5 - ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN

Ungenauere Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung seitens der Versicherungsgesellschaften auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung gemäß Art. 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Besonderes Augenmerk gilt dabei den Informationen zum Gesundheitszustand, die von den Versicherungsgesellschaften im Zuge des Beitritts zum Rahmenvertrag verlangt werden und die wahrheitsgemäß und präzise erteilt werden müssen.



ART. 6 BESTIMMUNG DES VERSICHERTEN

Das Beitretende Unternehmen hat die Befugnis, gleichzeitig mehr Versicherte für den gleichen Versicherungsschutz zu bestimmen. In diesem Fall gelten die folgenden Bedingungen:

- Es können maximal 4 Personen versichert werden.
- Für jeden vom Beitretenden Unternehmen bestimmten Versicherten entspricht die Deckungssumme: dem Gesamtbetrag der Finanzierung bei neu ausgegebenen Finanzierungen oder dem Betrag der Restschuld für bereits ausgezahlte Finanzierung oder einem Betrag, der auch unter dem Gesamtbetrag der Finanzierung oder der Restschuld liegen kann.

Lehnen die Versicherungsgesellschaften den Beitrittsantrag zum Versicherungsschutz für einen der Versicherten ab, hat dies keinen Einfluss auf die Wirksamkeit der Versicherung für die verbleibenden Versicherten, vorausgesetzt, dass die Bestimmungen für die Übernahme des Versicherungsschutzes eingehalten werden.

Sollte der Versicherte seine Rolle als Schlüsselfigur (Key Man) innerhalb des Beitretenden Unternehmens im Sinne von Artikel 3 Punkt b) der Versicherungsbedingungen verlieren, erlischt der diesbezügliche Versicherungsschutz gemäß den Bestimmungen des nachfolgenden Artikels 7 Punkt 7. Das Beitretende Unternehmen hat den Verlust der Schlüsselrolle seitens des Versicherten über den Versicherungsnehmer an folgende Adresse der zu melden:

NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.
c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand

Dazu sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Unterlagen, aus denen der Verlust der ursprünglich vom Versicherten bekleideten Schlüsselfunktion beim Beitretenden Unternehmen hervorgeht (z. B. Auszug aus dem diesbezüglichen Beschluss der Geschäftsführung, Kündigungsschreiben, Pensionierung usw.).

In diesem Fall hat das Beitretende Unternehmen - unbeschadet des Anspruchs auf Rückerstattung der nicht genutzten Prämie gemäß den Bestimmungen von Artikel 7 - das Recht, **gegen** Entrichtung einer neuen Prämie und gemäß den Kriterien des Beitrittsverfahrens laut Artikel 3 („Bedingungen für die Versicherbarkeit und Zulassungsformalitäten“) einen neuen Versicherten einzusetzen.

ART. 7 DATUM DES INKRAFTTRETENS UND LAUFZEIT DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Dieser Rahmenvertrag ist ein Versicherungsvertrag mit Versicherungsschutz für eine variable Laufzeit von mindestens 9 Monaten bis maximal 240 Monaten.

Die Laufzeit der Deckungen entspricht:

- der Laufzeit der Finanzierung bei neu ausgegebenen Finanzierungen,
oder
- der Restlaufzeit der Finanzierung bei bereits ausgegebenen Finanzierungen.

Bei einer bereits ausgezahlten Finanzierung darf die Restlaufzeit zum Zeitpunkt des Beitritts 24 Monate nicht unterschreiten.

Die oben erläuterten Laufzeitgrenzen gelten auch, wenn der Versicherungsvertrag für einen Leasingvertrag abgeschlossen wird, wobei die Dauer bei neu abgeschlossenen Leasingverträgen wie bei den neu ausgegebenen Finanzierungen und bei bereits laufendem Leasing wie bei den bereits laufenden Finanzierungen geregelt ist.

Die Deckungen, die Gegenstand dieses Rahmenvertrags sind, treten mit Abschluss des Beitritts in Kraft.

Der Beitritt gilt um 24 Uhr am Datum des Inkrafttretens als erfolgt, was übereinstimmt mit:

- dem Datum der Auszahlung der Finanzierung bei neu gewährten Finanzierungen,
- dem Fälligkeitsdatum der ersten Leasingrate bei neu gewährten Leasingverträgen,
- dem im Beitrittsantrag angegebenen Unterzeichnungsdatum bei bereits gewährten Finanzierungen/Leasingverträgen,

unter der Bedingung, dass:

- der Beitrittsantrag, der vereinfachte Gesundheitsfragebogen und - falls angefordert - der Anamnesefragebogen vom Versicherten selbständig oder mit der Hilfe seines Hausarztes ausgefüllt, datiert und unterzeichnet worden sind;
- die gegebenenfalls verlangten, zusätzlichen Unterlagen beigebracht worden sind;
- die Annahme seitens der Gesellschaften erfolgt ist;
- die im Voraus zahlbare einmalige Prämie oder die jährliche Prämie bezahlt worden ist.

Bei Eintreten eines der folgenden Ereignisse in chronologischer Reihenfolge erlöschen alle Deckungen:

1. Tod des Versicherten: Falls mehrere Versicherte vorhanden sind und die Entschädigung für den Tod eines der Versicherten ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für die anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung bestehen und die diesbezüglichen Entschädigungen werden nach den Beträgen des ursprünglichen Tilgungsplans der Finanzierung bemessen.
2. Bleibende Vollinvalidität des Versicherten: Falls mehrere Versicherte vorhanden sind und die Entschädigung für Bleibende Vollinvalidität eines der Versicherten ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für die anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung bestehen und die diesbezüglichen Entschädigungen werden nach den Beträgen des ursprünglichen Tilgungsplans der Finanzierung bemessen.
3. Ablauf des Vertrags;



4. Fälligkeit der jährlichen Verlängerung bei Kündigung durch das Beitretende Unternehmen im Falle einjähriger Dauer des Beitritts;
5. Erreichen des 75. Geburtstages des Versicherten;
6. Verlust einer der Voraussetzungen gemäß Artikel 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen seitens des anfangs im Beitrittsantrag bestimmten Versicherten;
7. Ausübung des Rücktrittsrechts;
8. vorzeitige vollständige Ablösung der Finanzierung/des Leasings durch das Beitretende Unternehmen (falls dieses nicht die Fortsetzung des Versicherungsschutzes bis zum ursprünglichen Ablauf beantragt);
9. Umschuldung gemäß Art. 8 des Gesetzes Nr. 40 vom 2. April 2007 (falls das Beitretende Unternehmen nicht die Fortsetzung des Versicherungsschutzes beantragt).

Sind mehrere Versicherte vorhanden, führt die Beendigung des Versicherungsschutzes gegenüber einem von ihnen zu keiner Beeinträchtigung des Versicherungsschutzes zugunsten der anderen Versicherten. Die Gesellschaften erstatten für den ausgefallenen Versicherten den Anteil der Prämie, der für den verbleibenden Zeitraum bis zum ursprünglichen Ablauf gezahlt wurde.

Der zurückgezahlte Teil der Prämie entspricht der Summe aus:

- a) der auf Grundlage der zum Ablauf des Versicherungsschutzes fehlenden Jahre und Jahresabschnitte sowie auf Grundlage der verbleibenden Deckungssumme neu berechneten Risikoprämie;
- b) den Kosten im Verhältnis zur den bis Ablauf des Versicherungsschutzes fehlenden Jahre und Jahresabschnitte.

ART. 8 WIDERRUFS-, RÜCKTRITTS- UND KÜNDIGUNGSRECHT

Der Beitrittsantrag kann vom Beitretenden Unternehmen bis zum Datum des Inkrafttretens widerrufen werden.

Das Beitretende Unternehmen hat das Recht auf Rücktritt:

- vom Versicherungsschutz innerhalb von **60 (sechzig) Tagen** ab Datum des Inkrafttretens mit Rückzahlung der gezahlten Prämie (abzüglich Steuern, für die Schadensdeckung);
- jährlich von der Schadensdeckung im Falle der im Voraus bezahlbaren Einmalprämie mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen auf das Jahresende, mit Rückzahlung der gezahlten und nicht genutzten Prämie (nach Abzug von Steuern), berechnet auf der Grundlage der im nachfolgenden Art. 11 - Vorzeitige Ablösung und Umschuldung vorgesehenen Erstattungsformel.

Innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Eingang der Rücktrittserklärung erstatten die Gesellschaften, ggf. über den Broker oder den Versicherungsnehmer, die Prämie an das Beitretende Unternehmen.

Das Beitretende Unternehmen hat das Recht, den Vertrag im Falle einer Jahresprämie mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen auf das jährliche Fälligkeitsdatum zu kündigen.

Widerruf, Rücktritt und Kündigung sind den Gesellschaften schriftlich oder gegebenenfalls über die Zweigstelle des Versicherungsnehmers, in welcher der Beitrittsantrag unterzeichnet worden ist, per Einschreiben mit Rückschein unter Angabe der Eckdaten des Vertrags mitzuteilen und zu senden an:

NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.
c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand

Die Ausübung des Rücktrittsrechts befreit das Beitretende Unternehmende und die Versicherungsgesellschaften von jeder künftigen Verpflichtung aus dem Vertrag ab dem Tag des Eingangs der Rücktrittserklärung.

ART. 9 LEISTUNGSEMPFÄNGER

Der Empfänger der Versicherungsleistungen ist das Beitretende Unternehmen. Bei vorzeitiger Ablösung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrag bleibt das Beitretende Unternehmen der Leistungsempfänger, falls die Gesellschaften aufgefordert worden sind, den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten. Das Beitretende Unternehmen kann diese Bestimmung jederzeit widerrufen oder ändern.

Die Bestimmung des Leistungsempfängers und der etwaige Widerruf oder eine etwaige Änderung müssen den Gesellschaften entweder schriftlich oder anhand des von der Versicherungsgesellschaft bereitgestellten Formulars ggf. über den Broker oder den Versicherungsnehmer mitgeteilt werden.

ART. 10 ZAHLUNG DER PRÄMIE

Die Versicherung wird entweder gegen Vorauszahlung einer einmaligen Prämie oder durch Zahlung einer Jahresprämie mit stillschweigender Verlängerung für die gesamte Dauer der Finanzierung/des Leasings durch das Beitretende Unternehmen gewährt.

Die vorausgezogene Zahlung der Einmalprämie erfolgt stets per Banküberweisung. Nur im Fall der Jahresprämie wird in den auf



das erste Jahr folgenden Jahren die Prämie per SEPA-Lastschrift vom Girokonto des Versicherten abgebucht.

Die Prämie wird berechnet, indem die je nach Dauer des Versicherungsschutzes in Monaten differenzierten Sätze auf die Deckungssumme angewendet werden. Sollten aus der Antragsdokumentation bedeutende Erkrankungen hervorgehen, behält es sich die Gesellschaft vor, besondere Bedingungen für die Übernahme des Risikos, ggf. mit Berechnung einer gesundheitlich bedingten Zusatzprämie, festzulegen.

Die nicht teilbare Prämie wird vom Beitretenden Unternehmen bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrag zu dem mit der Finanzierung verknüpften Rahmenvertrag bezahlt.

Wenn das Beitretende Unternehmen bzw. der in seinem Namen handelnde Versicherungsnehmer bei jährlichen Prämien ein Jahr nach Beginn des Versicherungsschutzes zur jeweiligen jährlichen Fälligkeit die Prämie des Folgejahres nicht zahlt, wird der Versicherungsschutz um 24 Uhr des 60. (sechzigsten) Tages nach Fälligkeit ausgesetzt und am Tag der Zahlung um 24 Uhr erneut wirksam, unbeschadet der späteren Fristen und des Anspruchs der Gesellschaft auf Zahlung der fälligen Prämien. In keinem Fall werden Leistungen für Schadensfälle erbracht, die während der Sperrfrist auftreten.

ART. 11 VORZEITIGE ABLÖSUNG UND UMSCHULDUNG

Eine vorzeitige Ablösung, Neuverhandlung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrags führt, wenn das Beitretende Unternehmen nicht die Weiterführung des Versicherungsschutzes bis zum ursprünglichen Ablauf beantragt hat, zum Erlöschen des Versicherungsschutzes ab dem Datum der vorzeitigen Ablösung/Neuverhandlung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrags.

Der Versicherungsnehmer hat den Versicherungsgesellschaften eine Benachrichtigung hinsichtlich der vorzeitigen Ablösung/Neuverhandlung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrags samt Angabe der zur Berechnung der Rückerstattung erforderlichen Daten sowie des vom Beitretenden Unternehmen gewünschten Zahlungswegs zuzusenden.

Die Gesellschaften erstatten innerhalb von 15 Tagen nach Erhalt der Mitteilung den Prämienanteil zurück, welcher der nicht in Anspruch genommenen Versicherungsdauer entspricht und der nach der folgenden Formel berechnet wird:

$$R = \frac{C}{D} \times \left\{ P \times (1 - H) \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{(1 - (1 + J/12)^{-(N-K)})}{(1 - (1 + J/12)^{-N})} + P \times H \times \frac{(N - K)}{N} \right\}$$

wobei:

R = Rückzahlungsbetrag

C = zur Ablösung eingesetzte Kapitalquote

D = Restschuld am Tag unmittelbar vor dem Tag der vollständigen Ablösung

P = Gezahlte Prämie für die Schadensdeckung nach Abzug von Steuern, etwaigen Gebühren und etwaigen Erstattungen nach vorausgehenden partiellen Ablösungen

H = % der Gesamtkosten (Erwerbs- und Verwaltungskosten)

N = Versicherungsdauer in ganzen Monaten

K = Dauer der genutzten Deckungszeit in ganzen Monaten

J = ursprünglicher Tilgungssatz, der im Tilgungsplan der Finanzierung vereinbart wurde

Zu dem nicht genutzten Teil der Prämie hinzuzurechnen, der sich auf die Schadensdeckung (Bleibende Vollinvalidität) bezieht und wie folgt berechnet wird:

$$R = \frac{C}{D} \times \left\{ P \times (1 - H) \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{(1 - (1 + J/12)^{-(N-K)})}{(1 - (1 + J/12)^{-N})} + P \times H \times \frac{(N - K)}{N} \right\}$$

wobei:

R = Rückzahlungsbetrag

C = zur Ablösung eingesetzte Kapitalquote

D = Restschuld am Tag unmittelbar vor dem Tag der vollständigen Ablösung

P = Gezahlte Prämie für die Schadensdeckung nach Abzug von Steuern, etwaigen Gebühren und etwaigen Erstattungen nach vorausgehenden partiellen Ablösungen

H = % der Gesamtkosten (Erwerbs- und Verwaltungskosten)

N = Versicherungsdauer in ganzen Monaten

K = Dauer der genutzten Deckungszeit in ganzen Monaten

J = ursprünglicher Tilgungssatz, der im Tilgungsplan der Finanzierung vereinbart wurde

Der zurückgezahlte Teil der Prämie entspricht der Summe aus:

- der auf Grundlage der zum Ablauf des Versicherungsschutzes fehlenden Jahre und Jahresabschnitte sowie auf Grundlage der verbleibenden Deckungssumme neu berechneten Risikoprämie;
- der Kosten im Verhältnis zur den bis Ablauf des Versicherungsschutzes fehlenden Jahre und Jahresabschnitte, abzüglich der Ausstellungskosten.



Im Falle einer vorzeitigen partiellen Ablösung des Finanzierungsvertrags wird die erstattungsfähige Prämienrate wie oben angegeben berechnet und proportional zum zurückgezahlten Kapital im Verhältnis zur Restschuld umgestaltet. In den Fällen, in denen die vorzeitige partielle Ablösung zu Änderungen der grundlegenden Tarifparameter - z.B. der Laufzeit - führt, sodass es praktisch zu einer Neuverhandlung des Finanzierungsvertrags kommt, endet die Wirkung des Versicherungsvertrags gemäß den für die vollständige Ablösung angewandten Methoden. Gleichzeitig wird ein neuer Vertrag für die Restlaufzeit der Verschuldung anhand einer neuen Beantragung samt Gesundheitsbeurteilung für den Versicherten abgeschlossen. Sollte ursprünglich derselbe Versicherte dem mit den Versicherungsgesellschaften abgeschlossenen Rahmenvertrag beigetreten sein, werden hingegen weder eine neue Beantragung noch eine erneute Gesundheitsbeurteilung vorgenommen. Ebenso wenig kommt es, mit Ausnahme etwaiger höherer Summen, zur Anwendung vorgesehener Wartezeiten - abgesehen von einer etwaigen restlichen Wartezeit.

Stattdessen kann das Beitretende Unternehmen durch schriftliche Beantragung bei den Versicherungsgesellschaften den Versicherungsschutz bis zum ursprünglichen Vertragsende aufrechterhalten.

Es wird eigens darauf verwiesen, dass die Rückzahlung des nicht genutzten Prämienanteils infolge vollständiger oder partieller Ablösung nur für den Fall des Beitritts mit vorausbezahlter Einmalprämie vorgesehen ist.

Die Beantragung der Ablösung ist dem Versicherungsnehmer an folgende Adressen mitzuteilen:

- Für die Deckung Todesfall: NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand;
- für die Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität): NET INSURANCE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand. Für die Todesfalldeckung wird die Leistung an die Begünstigten ausgezahlt, die im Beitrittsantrag angegeben sind.
Für die Schadensdeckung (Bleibende Vollinvalidität) ist der Versicherte selbst der Begünstigte.

ART. 12 SCHADENSMELDUNG

Schadensmeldungen müssen unverzüglich an die Zweigstelle des Versicherungsnehmers gemeldet werden, indem entweder eine diesbezügliche Benachrichtigung gesendet oder - vorzugsweise - das Schadensmeldeformular ausgefüllt wird (erhältlich im Informationsset oder bei der Zweigstelle des Versicherungsnehmers, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat). Die Schadensmeldung ist zusammen mit den erforderlichen Unterlagen an die Versicherungsgesellschaften an folgende Adressen weiterzuleiten:

- Für die Lebensversicherungssparte (Tod): NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand;
- für die Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität): NET INSURANCE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand.

Für Informationen zu Schadensfällen kann sich das Beitretende Unternehmen wenden an:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand, E-Mail: info@valiabroker.com

Nur schriftlich übermittelte Schadensmeldungen gelten als gültig, sofern sie die erforderlichen Unterlagen enthalten, die im Schadensmeldeformular angeführt sind.

Die Versicherungsgesellschaften behalten sich das Recht vor, alle medizinischen Gutachten oder Unterlagen für eine korrekte Bewertung des Anspruchs sowie eine Kopie des Finanzierungsvertrags anzufordern. Der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger müssen darüber hinaus die behandelnden Ärzte aus jeglicher Schweigepflicht entbinden und zulassen, dass die erforderlichen Untersuchungen und Beurteilungen von vertrauenswürdigen medizinischen Beratern der Versicherungsgesellschaften durchgeführt werden, deren Kosten von letzteren getragen werden.

Die Zahlungen für die garantierten Leistungen erfolgen innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab dem Datum des Eingangs der vollständigen, unten angegebenen Dokumentation.

Für die Deckung Todesfall

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder bei der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Abwicklung, der die folgenden Informationen enthalten muss:
 - Personalien des/der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer);
 - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages;
 - Fotokopie eines gültigen Ausweises und des Kärtchens mit der Steuernummer des gesetzlichen Vertreters sowie ein Unternehmensdokument, das seine Vertretungsbefugnis belegt;
- Tilgungsplan/Prospekt der Leasingraten;
- Original/Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten mit Angabe des Geburtsdatums;
- Bericht des behandelnden Arztes über die Todesursachen, dem eine zeitnahe und weiter zurückreichende Anamnese beiliegt und in dem besonders auf die Erkrankung, die den Tod verursacht hat, eingegangen wird;



- Kopie von medizinischen Unterlagen und/oder zugehörigen Gesundheitsunterlagen;
- bei Krankenhausaufenthalt eine vollständige Kopie aller Krankenakten samt Krankengeschichte bezüglich der Krankenhausaufenthalte des Versicherten im Zusammenhang mit der Krankheit, die zum Tod geführt hat;
- bei Tod infolge eines Unfalls, Mordes oder Suizids:
 - Kopie des Autopsiebefunds und etwaiger toxikologischer Untersuchungen;
 - Protokoll der Polizeibehörden, die am Sterbeort tätig geworden sind;

Im Falle von Auszahlungsanträgen, die ohne Beteiligung des Vermittlers gestellt werden, und/oder unter besonderen Umständen behält sich die Gesellschaft das Recht vor, die Beglaubigung der Unterschrift des Antragstellers zu verlangen.

Die Gesellschaft nimmt die aufgrund vertraglicher Verpflichtungen geschuldete Zahlung zugunsten des Leistungsempfängers innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab Erhalt der vorgenannten Unterlagen und nach Feststellung der Auszahlungsbedingungen vor. Nach dieser Frist sind die gesetzlichen Zinsen an den Leistungsempfänger zu zahlen.

Darüber hinaus muss die Zweigstelle des Vermittlers, mit der die Finanzierung vereinbart wurde, und/oder der Begünstigte:

- alle weiteren Unterlagen beibringen, welche die Gesellschaft für notwendig zur Prüfung des Schadensfalls befindet;
- der Versicherungsgesellschaft erlauben, alle Untersuchungen durchzuführen, die sie für notwendig erachtet.

Für die Deckung Bleibende Vollinvalidität

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder bei der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Abwicklung, der die folgenden Informationen enthalten muss:
 - Personalien des/der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer);
 - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages;
 - Fotokopie eines gültigen Ausweises und des Kärtchens mit der Steuernummer des gesetzlichen Vertreters sowie ein Unternehmensdokument, das seine Vertretungsbefugnis belegt;
- Kopie des Beitrittsantrags sowie ggf. des vereinfachten Gesundheitsfragebogens oder Anamnesefragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank beglaubigte Verlusterklärung;
- Tilgungsplan/Prospekt der Leasingraten;
- vom behandelnden Arzt ausgefüllte Erklärung zum Schadensfall;
- Kopie der Krankenakte, falls nach dem Unfall ein Krankenhausaufenthalt erforderlich war;
- bei Schadensfall infolge eines Verkehrsunfalls Kopie des von den zuständigen Polizeibehörden erstellten Protokolls;
- von den zuständigen Stellen ausgestellte Bescheinigung der Bleibenden Invalidität (Unfallversicherer INAIL, Rentenversicherer INPS, Gesundheitsamt ASL usw.); andernfalls das Attest eines Rechtsmediziners, falls vorhanden.

ART. 13 VERPFLICHTUNGEN DES BEITRETENDEN UNTERNEHMENS IM SCHADENSFALL

Für die Deckung Todesfall

Im Todesfall können die Rechtsnachfolger das entsprechende Schadensmeldeformular (im Informationsset oder bei der Zweigstelle des Versicherungsnehmers, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat, erhältlich) ordnungsgemäß ausfüllen und per Einschreiben mit Rückschein an folgende Adresse senden:

NET INSURANCE LIFE S.p.A.
c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand

Als Anlage ist die Dokumentation nach Art. 12 („Schadensmeldung“) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entsprechend den dortigen Anweisungen beizufügen.

Für die Deckung Bleibende Vollinvalidität

Im Schadensfall muss das Beitretende Unternehmen die Gesellschaft spätestens bis zu der im folgenden Absatz angegebenen Frist benachrichtigen. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung kann zum Verlust des Anspruchs oder zu einer Kürzung der Erstattungen gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs führen.

Im Schadensfall muss das Beitretende Unternehmen innerhalb von sechzig Tagen ab Eintreten des Schadensfalls die Schadensmeldung per Einschreiben mit Rückschein an folgende Adresse senden:

NET INSURANCE S.p.A.
c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand

Als Anlage ist die Dokumentation gemäß Art. 12 („Schadensmeldung“) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entsprechend den dortigen Anweisungen beizufügen.

Die Filiale des Vermittlers, bei welcher der Beitrittsantrag gestellt wurde, steht ohne zusätzliche Kosten für die ggf. benötigte



Unterstützung bei der Erledigung zur Verfügung.

ART. 14 AUSZAHLUNG DER LEISTUNGEN

Nach Eintreten des Versicherungsfalls leisten die Versicherungsgesellschaften die Zahlung für die durch diesen Vertrag garantierten Leistungen gemäß den Bestimmungen in Artikel 12 („Schadensmeldung“).

Infolgedessen erkennt das Beitretende Unternehmen hiermit an, dass die Gesellschaften von ihren Verpflichtungen zur Entschädigungsleistung durch die Zahlung derselben an den Begünstigten befreit werden.

ART. 15 WEITERE VERSICHERUNGEN

Es gilt als vereinbart, dass der Versicherungsschutz mit anderen Versicherungspolice kombiniert werden kann; dieser Kumulierung wird für die Zwecke der Übernahmeregeln nach Art. 3.1 Rechnung getragen.

ART. 16 ABGABEN UND ANDERE STEUERLICHE BELASTUNGEN

Alle gegebenenfalls anfallenden Steuern und sonstigen künftigen Abgaben im Zusammenhang mit diesem Vertrag sind vom Beitretenden Unternehmen zu tragen. Änderungen der geltenden Steuergesetzgebung werden unverzüglich zur Anwendung gebracht und dem Beitretenden Unternehmen sowie dem Versicherungsnehmer mitgeteilt.

ART. 17 KOMMUNIKATION

Alle Mitteilungen des Beitretenden Unternehmens an die Versicherungsgesellschaften mit Bezug auf den Rahmenvertrag müssen per Einschreiben mit Rückschein erfolgen. Etwaige Benachrichtigungen der Versicherungsgesellschaften werden an die Adresse gesendet, die das Beitretende Unternehmen auf dem Beitrittsantrag angegeben hat.

ART. 18 DEM BEITRETENDEN UNTERNEHMEN AUSZUHÄNDIGENDE UNTERLAGEN

Der Versicherungsnehmer wird - bei Abschluss des Finanzierungsvertrags - über die Möglichkeit des Beitritts zum Rahmenvertrag informieren und dem Beitretenden Unternehmen eine Kopie dieser Versicherungsbedingungen aushändigen.

Es versteht sich, dass der Beitritt der Kunden des Versicherungsnehmers rein fakultativ ist und ihrem ausschließlichen Willen überlassen bleibt.

Der Versicherungsnehmer hält die Versicherungsgesellschaften schadlos gegenüber nachteiligen Folgen, die sich ggf. aus der Nichteinhaltung der vorstehenden Bestimmungen seitens des Versicherungsnehmers ergibt.

ART. 19 VERZICHT AUF RÜCKGRIFF

Die Versicherungsgesellschaften verzichten auf das Eintrittsrecht gemäß Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs.

ART. 20 ANWENDBARES RECHT

Das auf den Vertrag anwendbare Recht ist das italienische.

ART. 21 GERICHTSSTAND

Gerichtsstand ist der Geschäfts- oder Wohnsitz des Beitretenden Unternehmens oder der von diesem bevorzugte.

ART. 22 FREISTELLUNG

Der Versicherte entbindet die Ärzte, die ihn vor dem Schadensfall untersucht oder behandelt haben, von der Schweigepflicht in Bezug auf den Schadensfall, der Gegenstand dieser Versicherung ist.

ART. 23 REKLAMATIONEN

Reklamationen bezüglich des Vertragsverhältnisses oder der Abwicklung der Schadensfälle sind schriftlich zu richten an:

für die Deckung Todesfall:

- Papierpost (auch Einschreiben mit Rückschein): NET INSURANCE LIFE S.p.A.– Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 – 00161 ROM
- Per zertifizierter E-Mail: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it;
- Fax: 06.89326.570

für die Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität):

- Papierpost (auch Einschreiben mit Rückschein): NET INSURANCE S.p.A.– Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 – 00161 ROM
- Per zertifizierter E-Mail: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it;
- Fax: 06.89326.570

Reklamationen werden innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt bearbeitet.

Wird die Beschwerde durch die Versicherungsgesellschaft oder den Vermittler abgelehnt, nur zum Teil berücksichtigt oder nicht binnen 45 Tagen beantwortet, kann sich der Beigetretene/Versicherte an die Aufsichtsbehörde IVASS wenden, Via del Quirinale 21 -



ART. 24 ABTRETUNG VON RECHTEN

Das Beitretende Unternehmen darf in keiner Weise die Rechte aus der in diesem Rahmenvertrag genannten Deckung an Dritte abtreten oder an Dritte übertragen oder zu Gunsten von Dritten binden.

ART. 25 RECHTSSTREITIGKEITEN

Unbeschadet der Möglichkeit der Vertragsparteien, sich zur Beilegung von Rechtsstreitigkeiten an die Justiz zu wenden, können die Vertragsparteien Streitigkeiten über die Art und Bewertung der Ereignisse, die Gegenstand der von diesem Vertrag geleisteten Deckung ist, der Entscheidung eines aus drei Ärzten bestehenden Ausschusses anvertrauen. In diesem Fall beauftragen die Parteien mit einem Privatvertrag einen aus drei Ärzten bestehenden Ausschuss, von denen jeweils einer pro Partei bestellt wird und der dritte einvernehmlich oder andernfalls vom Vorsitzenden der Ärztekammer, die für den Ort zuständig ist, an dem der Ausschuss zusammentreten soll.

Der Ärzteausschuss ist in der am nächsten zum Wohnort des Beitretenden Unternehmens gelegenen Gemeinde, die Sitz eines Instituts für Rechtsmedizin ist, ansässig.

ART. 26 VERJÄHRUNGSFRISTEN

Jeglicher Anspruch gegenüber den Gesellschaften verjährt nach zehn Jahren.

Wenn die Rechtsnachfolger die Leistung nicht in Anspruch nehmen, sind die Versicherungsgesellschaften nicht verpflichtet, eine Entschädigung oder alternative Leistungen jeglicher Art als Ausgleich bereitzustellen.

ART. 27 SANKTIONEN

Die Gesellschaften sind in keinem Fall verpflichtet, Versicherungsschutz zu gewähren, Schadensersatzforderungen zu erfüllen, Zahlungen oder Entschädigungen auf Grundlage dieses Vertrags zu gewähren, sofern der besagte Schutz, die Zahlung oder Entschädigung die Gesellschaften Verboten, wirtschaftlichen Sanktionen oder Beschränkungen aufgrund von Resolutionen der Vereinten Nationen bzw. Wirtschafts- oder Handelssanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen sollte.

ART. 28 ÄNDERUNGEN AM BEITRITTSANTRAG

Jegliche Änderungen der Informationen, die der Versicherte im Beitrittsantrag mitteilt, müssen von den Versicherungsgesellschaften genehmigt werden.



VERSICHERUNGSSCHUTZ TODESFALL

ART. 29 GEGENSTAND DER DECKUNG IM TODESFALL

Im Todesfall des Versicherten zahlt die Gesellschaft eine Entschädigung in folgenden Fällen:

- Der Schadensfall ist während des Zeitraums entstanden, in dem die Deckung gemäß den im nachfolgenden Artikel 30 („Versicherungsleistung“) festgelegten Bedingungen wirksam ist.
- Der Schadensfall fällt nicht unter die im nachfolgenden Artikel 31 („Ausschlüsse“) genannten Ausschlüsse.
- Das Beitretende Unternehmen hat seine Verpflichtungen laut nachfolgendem Art. 33 („Schadensmeldung und entsprechende Verpflichtungen“) erfüllt.

ART. 30 VERSICHERTE LEISTUNG

Bei Tod des Versicherten vor Ablauf des Vertrages garantiert die Gesellschaft dem Begünstigten die Auszahlung der Deckungssumme. Der Versicherungsschutz umfasst in keinem Fall nicht bezahlte Tilgungsraten, die sich auf den Zeitraum vor dem Tod des Versicherten beziehen.

Der Wert der Deckungssumme entspricht dem Gesamtbetrag der Finanzierung bei neu gewährten Finanzierungen bzw. dem Betrag der Restschuld bei bereits ausgezahlten Finanzierungen oder einem Betrag, der auch niedriger als der Gesamtbetrag der Finanzierung oder die Restschuld sein kann.

Wenn mehrere Versicherte bestimmt werden, darf die Deckungssumme für jeden davon (maximal vier Personen) den Gesamtbetrag der Finanzierung (für neu ausgegebene Finanzierungen) oder den Betrag der Restschuld (bei bereits ausgezahlten Finanzierungen) bzw. den festgelegten abweichenden Betrag nicht überschreiten, der niedriger als der Gesamtbetrag/die Restschuld sein kann.

Die Deckungssumme wird innerhalb der Grenzen des Höchstbetrags von 1.000.000,00 Euro für jeden Versicherten und Schadensfall, entsprechend den Vorgaben in Art. 4 „Entschädigungsgrenzen“ gezahlt.

Falls der Versicherte während der Vertragslaufzeit nicht von einem Schadensfall betroffen wird, gilt der Vertrag zum Ablaufdatum als erloschen und die für die Todesfaldeckung gezahlte Prämie fällt an die Gesellschaft anheim.

Falls mehrere Versicherte vorhanden sind und die Entschädigung für den Tod eines der Versicherten ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für die anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung bestehen und die diesbezüglichen Entschädigungen werden nach den Beträgen des ursprünglichen Tilgungsplans der Finanzierung bemessen.

Bei vorzeitiger Ablösung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrags wird auf die Bestimmungen in Art. 11 („vorzeitige Ablösung und Umschuldung der Finanzierung“) verwiesen.

Die versicherte Leistung wird von der Versicherungsgesellschaft gemäß den vorstehenden Artikeln 9 („Leistungsempfänger“) und 14 („Auszahlung der Leistungen“) gezahlt.

ART. 31 AUSSCHLÜSSE

Das Sterberisiko wird unabhängig von der Todesursache - ohne räumliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung von Berufswechseln des Versicherten - gedeckt mit Ausnahme der Fälle, in denen der Tod verursacht wird durch:

- **Vorsatz des Begünstigten und des Versicherten;**
- **aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten, Terrorismus oder Revolution;**
- **aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegshandlungen, es sei denn diese Teilnahme ist auf Verpflichtungen gegenüber dem Italienischen Staat zurückzuführen: In diesem Fall kann die Deckung auf Antrag des Versicherungsnehmers zu dem vom zuständigen Ministerium festgelegten Bedingungen geleistet werden;**
- **Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keinen geeigneten Flugschein verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist;**
- **Suizid, wenn er in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten des Vertrags eintritt;**
- **Zustand der Trunkenheit/Intoxikation:**
 - **wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher ist als der durch die Straßenverkehrsordnung festgelegte und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt;**
 - **in jedem anderen Fall, wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher als 0,8 Gramm pro Liter beträgt;**
- **Flugunfälle durch Akrobatik, Vorfürhungen, Rekorde oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation);**
- **biologische und/oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist.**
- **Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht über die laut geltenden Vorschriften erforderliche Fahrerlaubnis verfügt;**
- **HIV-Infektion, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS), damit verbundene Syndrome oder assimilierbare Zustände;**
- **freiwillige Selbstverletzungen des Versicherten oder wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befand;**



- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen durch den Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen wurde zu therapeutischen Zwecken verordnet, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann;
- natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).

Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Todesfall in folgenden Fällen:

- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier;
- Ausübung jeder Art von Profisport mit Ausnahme der Teilnahme an Wettkämpfen oder dazugehörigen Probeläufen, die in den Rahmen des Freizeit- oder Firmensports fallen;
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor-/Segelbooten auch als Passagier in Wettkämpfen und den dazugehörigen Probeläufen, ausgenommen reine Zuverlässigkeitsrennen;
- Boxsport, Schwerathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern oder Eisklettern, Bergsteigen über 4.000 m oder mit Schwierigkeitsgrad über III der französischen Skala und/oder Bergsteigen in Eis oder Gletscher oder im Alleingang unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Ski- oder Wasserskispringen, akrobatisches Skifahren, Bob, Luftsport im Allgemeinen;
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
 - Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz;
 - Tätigkeit als Zirkusartist und Stuntman
 - Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang in Bergwerke

In diesen Fällen zahlt die Gesellschaft in partieller Abweichung von Artikel 30 (Versicherungsleistung) den Betrag, der von Jahr zu Jahr zur Deckung des Todesfallrisikos zurückgestellt wird, und der Vertrag wird vorzeitig aufgelöst.

Die für den Vertrag erforderlichen grundlegenden Gesundheitsuntersuchungen sind in Artikel 3 („Bedingungen für die Versicherbarkeit und Zulassungsformalitäten“) dieser Versicherungsbedingungen aufgeführt.

ART. 32 RÜCKKAUF UND DARLEHEN

32.1 Die Versicherung hat bzw. erzeugt keinen Rückkaufswert.

32.2. Darlehen sind im Zusammenhang mit dieser Police nicht verfügbar.

ART. 33 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE VERPFLICHTUNGEN

Für den Todesfall wird auf die Bestimmungen des vorhergehenden Artikels 12 („Schadensmeldung“) verwiesen.



VERSICHERUNG FÜR UNFALL- ODER KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT

ART. 34 VERSICHERTE LEISTUNG

Im Falle von Unfall oder Krankheit des Versicherten, die eine anerkannte und nachgewiesene Bleibende Vollinvalidität von 60% oder mehr hinsichtlich der psychischen und physischen Unversehrtheit zur Folge haben, garantiert die Versicherungsgesellschaft - unabhängig davon, ob der Versicherte einer Berufstätigkeit nachgeht oder nicht, - bei Auftreten im Gültigkeitszeitraum des Versicherungsschutzes und vor Erreichung des 75. Lebensjahrs des Versicherten, die Zahlung eines Betrags, welcher der Deckungssumme entspricht. Der Versicherungsschutz umfasst in keinem Fall nicht bezahlte Tilgungsraten, die sich auf den Zeitraum vor der Invalidität des Versicherten beziehen.

Die Bleibende Vollinvalidität wird im Sinne dieser Deckung anerkannt auf Grundlage der für die Sozialversicherung gegen Unfälle und Berufskrankheiten festgelegten Kriterien unter Bezugnahme auf die Bestimmungen der einschlägigen Gesetzessammlung gemäß Dekret des it. Staatspräsidenten D.P.R. Nr. 1124 vom 30.6.1965 - „Tabelle zur Bewertung des bleibenden Invaliditätsgrads - INDUSTRIE“.

Der Wert der Deckungssumme entspricht dem Gesamtbetrag der Finanzierung (bei neu gewährten Finanzierungen) bzw. dem Betrag der Restschuld (bei bereits ausgezahlten Finanzierungen) oder einem anderen Betrag, der unter dem Gesamtbetrag der Finanzierung oder der Restschuld liegt.

Wenn mehrere Versicherte bestimmt werden, darf die Deckungssumme für jeden davon (maximal vier Personen) den Gesamtbetrag der Finanzierung (für neu ausgegebenen Finanzierungen) oder den Betrag der Restschuld (bei bereits ausgezahlten Finanzierungen) bzw. den festgelegten abweichenden Betrag nicht überschreiten, der niedriger als der Gesamtbetrag/die Restschuld sein kann.

Die Deckungssumme darf den Betrag von 1.000.000,00 Euro für jeden Versicherten und Schadensfall, entsprechend den Vorgaben in Art. 4 („Entschädigungsgrenzen“) nicht überschreiten.

Falls der Versicherte während der Vertragslaufzeit nicht von einem Schadensfall betroffen wird, gilt der Vertrag zum Ablaufdatum als erloschen und die für die Deckung Bleibende Vollinvalidität gezahlte Prämie fällt an die Gesellschaft anheim.

Falls mehrere Versicherte vorhanden sind und die Entschädigung für Bleibende Vollinvalidität eines der Versicherten ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für die anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung bestehen und die diesbezüglichen Entschädigungen werden nach den Beträgen des ursprünglichen Tilgungsplans der Finanzierung bemessen.

Bei vorzeitiger vollständiger Ablösung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrags wird auf die Bestimmungen in Art. 11 („Vorzeitige Ablösung und Umschuldung der Finanzierung“) verwiesen.

Die versicherte Leistung wird von der Versicherungsgesellschaft gemäß den vorstehenden Artikeln 9 („Leistungsempfänger“) und 14 („Auszahlung der Leistungen“) gezahlt.

ART. 35 AUSSCHLÜSSE

Von der Deckung ausgeschlossen sind Fälle von Bleibender Vollinvalidität aufgrund folgender Ursachen:

- Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keinen geeigneten Flugschein verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist;
- Flugunfälle durch Akrobatik, Vorführungen, Rekorde oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation);
- aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegseignissen;
- aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten, Terrorismus oder Revolution;
- biologische und/oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist.
- Vorsatz des Versicherten;
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht über die laut geltenden Vorschriften erforderliche Fahrerlaubnis verfügt;
- HIV-Infektion, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS), damit verbundene Syndrome oder assimilierbare Zustände;
- Unfälle, die durch freiwillige Selbstverletzung des Versicherten oder, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befand, verursacht werden;
- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen durch den Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen wurde zu therapeutischen Zwecken verordnet, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann;
- Zustand der Trunkenheit/Intoxikation:
 - wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher ist als der durch die Straßenverkehrsordnung festgelegte und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt;
 - in jedem anderen Fall, wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher als 0,8 Gramm pro Liter beträgt;



- Unfälle durch Streiks, Unruhen, Krawalle oder Schlägereien, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat;
- Unfälle durch natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.);
- Ereignisse, die auf folgende geistige Beeinträchtigungen zurückzuführen sind: hirnnorganisches Psychosyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände;
- Behandlungen ästhetischer Art, die vom Versicherten aus psychologischen oder persönlichen Gründen beantragt werden, mit Ausnahme der plastischen Rekonstruktion nach einem Unfall, der während der Gültigkeitsdauer der Versicherung aufgetreten ist.

Ausgeschlossen ist darüber hinaus Unfälle mit folgenden Ursachen:

- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier;
- Ausübung jeder Art von Profisport mit Ausnahme der Teilnahme an Wettkämpfen oder dazugehörigen Probeläufen, die in den Rahmen des Freizeit- oder Firmensports fallen;
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor-/Segelbooten auch als Passagier in Wettkämpfen und den dazugehörigen Probeläufen, ausgenommen reine Zuverlässigkeitsrennen;
- Boxsport, Schwerathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern oder Eisklettern, Bergsteigen über 4.000 m und/oder mit Schwierigkeitsgrad über 3 der französischen Skala und/oder Bergsteigen in Eis oder Gletscher oder im Alleingang unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Ski- oder Wasserskispringen, akrobatisches Skifahren, Bob, Rugby, American Football, Gerätetauchen, Luftsport im Allgemeinen;
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
 - Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz;
 - Tätigkeit als Zirkusartist und Stuntman
 - Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang in Bergwerke

ART. 36 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE VERPFLICHTUNGEN

Im Schadensfall muss das Beitretende Unternehmen der Versicherungsgesellschaft innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab Datum des Unfalls oder der Krankheit oder ab dem Zeitpunkt, an dem er davon erfahren hat gemäß Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs den Vorfall schriftlich melden.

In der Schadensmeldung sind Ort, Tag, Uhrzeit und Ursache des Ereignisses anzugeben, und der Mitteilung oder dem Schadensmeldeformular muss die im obenstehenden Artikel 12 („Schadensmeldung“) angegebene Dokumentation beigelegt werden.



INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Information gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (EU) 679/2016

Die **Net Insurance Gruppe**, die aus den Unternehmen **Net Insurance S.p.A.** und **Net Insurance Life S.p.A.** (nachstehend auch der „Versicherer“) mit Satzungssitz in Via Giuseppe Antonio Guattani 4 – 00161 Rom besteht, erteilt hiermit gemäß Art. 13 der Verordnung (EU) 2016/679 vom 27. April 2016 (nachstehend auch einfach „die Verordnung“) unter Beachtung des Prinzips der Transparenz und im Bewusstsein der Eigenschaften und Methoden der Datenverarbeitung folgende Informationen.

1) Verantwortlicher der Datenverarbeitung

Der Verantwortliche der Datenverarbeitung und Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten ist die **Net Insurance Gruppe** mit Satzungssitz in Via Giuseppe Antonio Guattani 4 – 00161 Rom.

2) Rechtmäßigkeit und Zwecke der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung ist für die Ausführung eines Vertrags, an dem der Betroffene beteiligt ist, oder für vertragsvorbereitende Maßnahmen, die auf dessen Anfrage ergriffen werden, notwendig.

- a) Seitens des Versicherers ist sie auf die Ziele des Abschlusses und der Ausführung von Verträgen ausgerichtet, die ausschließlich im Zusammenhang mit der Ausübung der Versicherungstätigkeit, die dem Versicherer gemäß Gesetz erlaubt ist, stehen.
- b) Sie kann - mit Ausnahme der sensiblen Daten (z.B. Gesundheitszustand) - in der Vornahme durch den Versicherer mit Ihrer ausdrücklichen vorausgehenden Zustimmung der Verarbeitung personenbezogener Daten für „Direktmarketingzwecke“ über traditionelle und automatisierte Kontaktmittel für die geschäftliche Kommunikation, das Angebot von Produkten und Dienstleistungen, die Zusendung von Werbematerial für den Direktverkauf oder die Durchführung von Marktstudien durch den Versicherer bestehen. Für diese Zwecke kann der Versicherer sowohl automatisierte Kontaktinstrumente, wie Elektronikpost, Telefax, MMS- (Multimedia Messaging Service) oder SMS-Nachrichten (Short Message Service) als auch andere Mittel traditioneller Art, wie die herkömmliche Post oder Telefongespräche nutzen.

3) Methoden der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der personenbezogenen - einschließlich der sensiblen Daten:

- a) erfolgt anhand der Vorgänge oder Vorgangsguppen, die vom Gesetz vorgegeben werden;
- b) erfolgt manuell, per EDV und telematischen Mitteln auf der Grundlage einer Logik, die eng mit oben genannten Zwecken verbunden ist, sowie unter Gewährleistung der Sicherheit der Daten;
- c) wird direkt von der Organisation des Verantwortlichen und/oder anderen Stellen als Auftragsverarbeiter vorgenommen.

4) Empfänger der Daten

- a) Die personenbezogenen Daten können für die Zwecke laut Punkt 2, Buchstabe a) anderen Stellen der Versicherungskette mitgeteilt werden, z.B. Mitversicherern, Rückversicherern, Archivierungsunternehmen, mit der Schadensabwicklung beauftragten Gesellschaften, gutachterlichen Treuhändern und Rechtsbeiständen, Kontrollorganen (IVASS, COVIP, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Gerichtsbehörden und anderen Datenbanken, an welche die personenbezogenen Daten gemäß Gesetz obligatorisch oder für die Zwecke des Abschlusses /der Ausführung des Versicherungsvertrags mitzuteilen sind.
- b) Ferner können die personenbezogenen Daten ausschließlich für die Zwecke gemäß Punkt 2, Buchstabe a) an Gesellschaften der Zugehörigkeitsgruppe (Dachgesellschaften, kontrollierte und verbundene Gesellschaften) gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen mitgeteilt werden.

5) Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Der Versicherer ist dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten zu speichern:

- bezüglich Versicherungsverträgen über weitere fünf Jahre nach dem Datum, zu dem der Vertrag seine Wirkung beendet hat, und über weitere fünf Jahre ab dem Lösungsdatum ohne Zahlung von Entschädigungen oder der Zahlung sämtlicher als Schadensersatz und für Direktausgaben geschuldeten Beträge (Art. 8 der Verordnung ISVAP Nr. 27/2008);
- betreffend aller anderen Unterlagen / Verträge über zehn Jahre ab dem Datum der letzten Eintragung (Art. 2220 des italienischen Zivilgesetzbuchs).

6) Rechte des Betroffenen

6.1) Die Verordnung gestattet dem Betroffenen die Ausübung spezifischer Rechte in Verbindung mit den mitgeteilten Daten, die im Rahmen und in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben ausgeübt werden können:

Versicherungsbedingungen - NET CPI Business



- Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten (Art. 15);
- Recht auf Berichtigung (Art. 16);
- Recht auf Löschung (Recht auf Vergessenwerden) (Art. 17);
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18);
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20);
- Widerspruchsrecht (Art. 21);
- Das Recht, den Datenschutzbeauftragten (DSB) zu kontaktieren für alle Angelegenheiten, die die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ausübung der auf der Verordnung basierenden Rechte betreffen. Der DSB kann entsprechend der im nachstehenden Punkt erläuterten Vorgehensweise kontaktiert werden.

6.2) Zur Wahrnehmung Ihrer Rechte, wenden Sie sich bitte schriftlich an:

NET INSURANCE S.p.A.

Datenschutzbeauftragter

Via Giuseppe Antonio Guattani 4,

00161 Rom

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

6.3) Unbeschadet anderer verwaltungsrechtlicher oder gerichtlicher Schritte, haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Behörde einzureichen, die für die Kontrolle der Einhaltung dieser Verordnung zuständig ist - in Italien der **Datenschutzgarant** - anhand folgender Schritte:

- a) Einschreiben mit Rückschein an den Datenschutzgaranten, Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia 11 - 00187 Rom

zertifizierte E-Mail-Nachricht an die Adresse protocollo@pec.gpdp.it.



FAKSIMILE BEITRITTSANTRAG



Beitrittsantrag Nr.

Kollektivversicherung Nr. 814/815 „NET CPI Business“ abgeschlossen mit SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. (Versicherungsnehmer) mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Der Kollektivversicherung können in der Eigenschaft als Versicherte bis maximal vier versicherbare Personen beitreten. Jede Person ist für ein anteilmäßiges Kapital versichert, das mit den anderen summiert dem Betrag der gesamten Finanzierung bzw. dem der Deckungssumme entspricht, falls letztere unter dem gewährten Betrag liegt. Jeder Versicherte kann entweder für einen Anteil des Gesamtbetrags der Finanzierung bzw. der Deckungssumme, falls letztere unter dem gewährten Betrag liegt, oder für die gesamte Finanzierung bzw. Deckungssumme, falls letztere unter dem gewährten Betrag liegt, versichert sein. Der für jeden Versicherten gewählte Anteil wird im vorliegenden Beitrittsantrag angegeben.

Daten des beitretenden Unternehmens			
Bezeichnung/Firma USt.-IdNr.			
Anschrift	Ort	Provinz	PLZ
Telefon	E-Mail	Art der Finanzierung	
Nr. Finanzierung SAE (Wirtschaftsbranche) ATECO (Klassifikation der Wirtschaftstätigkeit) TAN (nominaler Jahreszins)			
Beantragte Finanzierung/Restschuld €		Dauer der Finanzierung (Monate)	
Einmalprämie €	Jahresprämie €	Deckungssumme €	

Daten des gesetzlichen Vertreters			
Nachname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer
Nationalität	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	
Hauptwohnsitz Ort		Provinz	PLZ
Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)			
Anschrift Ort		Provinz	PLZ
Ausweis Art	Nummer	Ausstellungsdatum und -ort	
Politisch exponierte Person: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			

Es können bis maximal vier natürliche Personen versichert werden. Die Deckungen gelten für den vom beitretenden Unternehmen in den hierfür vorgesehenen Feldern angegebenen Prozentsatz.

Hiermit wird zur Kenntnis genommen dass die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. gemäß Art. 1891 des it. Zivilgesetzbuchs mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. sowie in Zusammenarbeit mit dem Broker VALIA S.p.A. eine Kollektivversicherung abgeschlossen hat, der juristische Personen beitreten können, die Kunden der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. sowie von verbundenen oder Tochtergesellschaften sind.

ANTRAG AUF BEITRITT ZUR KOLLEKTIVVERSICHERUNG NR. 814/815

	Versicherungsdeckungen	Leistung/Entschädigung
<input checked="" type="checkbox"/>	A) Tod des Versicherten	A) Restschuld
<input type="checkbox"/>	B) Bleibende Vollinvalidität (unfall- oder krankheitsbedingt) des Versicherten	B) Restschuld



1) Daten des Versicherten Nr. 1			
Nachname		Vorname	
Anschrift Hauptwohnsitz		Ort	Provinz PLZ
Anschrift Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)		Ort	Provinz PLZ
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer
Ausweis Art	Nummer	Ausstellungsdatum und -ort	
Anteil an der Versicherungsdeckung: %		Einmalprämie €	
Deckungssumme €		Jahresprämie €	

Gesamtes Restkapital bzw. Anteil des Restkapitals bei Finanzierungen, die bereits über die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. bzw. deren verbundene oder Tochtergesellschaften bei NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. versichert sind _____ Euro

2) Daten des Versicherten Nr. 2			
Nachname		Vorname	
Anschrift Hauptwohnsitz		Ort	Provinz PLZ
Anschrift Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)		Ort	Provinz PLZ
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer
Ausweis Art	Nummer	Ausstellungsdatum und -ort	
Anteil an der Versicherungsdeckung: %		Einmalprämie €	
Deckungssumme €		Jahresprämie €	

Gesamtes Restkapital bzw. Anteil des Restkapitals bei Finanzierungen, die bereits über die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. bzw. deren verbundene oder Tochtergesellschaften bei NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. versichert sind _____ Euro

3) Daten des Versicherten Nr. 3			
Nachname		Vorname	
Anschrift Hauptwohnsitz		Ort	Provinz PLZ
Anschrift Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)		Ort	Provinz PLZ
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer
Ausweis Art	Nummer	Ausstellungsdatum und -ort	
Anteil an der Versicherungsdeckung: %		Einmalprämie €	
Deckungssumme €		Jahresprämie €	

Gesamtes Restkapital bzw. Anteil des Restkapitals bei Finanzierungen, die bereits über die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. bzw. deren verbundene oder Tochtergesellschaften bei NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. versichert sind _____ Euro

4) Daten des Versicherten Nr. 4	
Nachname	Vorname



Anschrift Hauptwohnsitz		Ort	Provinz	PLZ
Anschrift Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)		Ort	Provinz	PLZ
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer	
Ausweis Art	Nummer	Ausstellungsdatum und -ort		
Anteil an der Versicherungsdeckung: %			Einmalprämie €	
Deckungssumme €			Jahresprämie €	

Gesamtes Restkapital bzw. Anteil des Restkapitals bei Finanzierungen, die bereits über die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. bzw. deren verbundene oder Tochtergesellschaften bei NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. versichert sind
Euro

Begünstigte	
<input type="checkbox"/>	Der Begünstigte der Versicherungsdeckungen ist das beitretende Unternehmen.
<input type="checkbox"/>	Nur im Falle einer Einzelfirma ist der Begünstigte der Versicherungsdeckungen der/die vom beitretenden Unternehmen (Einzelfirma) genannte/n Person/en. Bitte füllen Sie das nachstehende Feld aus:
BESTIMMUNG DER BEGÜNSTIGTEN FÜR DIE TODESFALLDECKUNG	
HINWEISE	
<ul style="list-style-type: none"> Das beitretende Unternehmen hat die Wahl, die Begünstigten entweder namentlich zu nennen oder generell die rechtmäßigen und/oder testamentarischen Erben als Begünstigte einzusetzen. Die Änderung oder der Widerruf des/der Begünstigten sind der Gesellschaft schriftlich mitzuteilen. 	
Bezüglich der Todesfalldeckung ernennt das beitretende Unternehmen hiermit (<i>nur eines der Kästchen ankreuzen und bei namentlicher Nennung die betreffenden Felder ausfüllen</i>):	
<input type="checkbox"/>	<u>NAMENTLICH FOLGENDE PERSON/EN ZUM/ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DIESER LEISTUNG</u>
BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 1	
Nach- und Vorname / Firma _____	
Steuernummer _____	
Anschrift / Satzungssitz _____	
Telefon _____	E-Mail _____
Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden Unternehmen	
<input type="checkbox"/> Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft) <input type="checkbox"/> Sonstige	
BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 2	
Nach- und Vorname / Firma _____	
Steuernummer _____	
Anschrift / Satzungssitz _____	
Telefon _____	E-Mail _____
Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden Unternehmen	
<input type="checkbox"/> Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft) <input type="checkbox"/> Sonstige	
<input type="checkbox"/>	<u>GENERELL DIE (RECHTMÄSSIGEN UND/ODER TESTAMENTARISCHEN) ERBEN ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DER LEISTUNG</u>
ANGABE EINES DRITTEN ALS REFERENTEN (fakultativ)	
Im Falle besonderen Vertraulichkeitsbedarfs kann das Beitretende Unternehmen Name und Kontaktdaten (einschließlich E-Mail-Adresse und/oder Telefon) einer dritten Person (die nicht begünstigt wird) nennen, an welche sich die Versicherungsgesellschaft im Todesfall des Versicherten zu wenden hat, um den ernannten Begünstigten zu kontaktieren.	
Nach- und Vorname / Firma _____	



Anschrift / Satzungssitz _____ Telefon _____ E-Mail _____	
HINWEIS: Das Beitretende Unternehmen übernimmt die Pflicht zur Übergabe der laut geltenden Normen vorgeschriebenen Datenschutzinformation (Verordnung (EU) 2016/679) an die Person, auf welche sich die der Gesellschaft mitgeteilten Daten beziehen.	
Ort und Datum	UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES GESETZLICHEN VERTRETERS DES BEITRETENDEN UNTERNEHMENS

INFORMATION ZU DEN AUF DER PRÄMIE LASTENDEN KOSTEN

Auf die Prämie werden zu Lasten des beitretenden Unternehmens folgende Kosten berechnet:

Effektiv getragene Kosten im Verhältnis zur Einmalprämie	Effektiv für die Vermittlung erhaltener Kostenanteil
Euro % <u>66,00 (Deckung Leben) / 66,00 (Deckung Schäden)</u>	Euro % <u>65,15 (Deckung Leben) / 65,15 (Deckung Schäden)</u>

FÄLLIGKEIT DER PRÄMIE UND ZAHLUNGSMITTEL

Fälligkeit der Prämie	<ul style="list-style-type: none"> Im Voraus gezahlte Einmalprämie Jahresprämie
Zahlungsmittel	<ul style="list-style-type: none"> Banküberweisung im Falle der Jahresprämie werden die auf die erste folgenden Zahlungen mittels SEPA-Lastschrift vom Girokonto abgebucht.

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND DES/DER VERSICHERTEN

Zwecks Übernahme des Risikos erheben die Versicherungsgesellschaften bei jedem Versicherten Informationen über dessen Gesundheitszustand und Lebensstil anhand der Aufforderung zum Ausfüllen des VEREINFACHTEN GESUNDHEITSFRAGEBOGENS (fester Bestandteil dieses Beitrittsantrags) oder, falls laut Versicherungsbedingungen erforderlich, anhand des ANAMNESEFRAGEBOGENS, dem die von der Gesellschaft verlangten medizinischen Unterlagen beizulegen sind.

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN VON VEREINFACHTEM GESUNDHEITSFRAGEBOGEN UND ANAMNESEFRAGEBOGEN (WO VERLANGT)

- Nicht der Wahrheit entsprechende, ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Fakten durch die Person, die zur Erteilung der für den Beitritt erforderlichen Informationen legitimiert ist, können den Leistungsanspruch beeinträchtigen.
- Bevor sie den Fragebogen unterschreibt, hat die unter a) bezeichnete Person die Richtigkeit der im Fragebogen getätigten Angaben zu prüfen.
- Auch in nicht ausdrücklich von den Gesellschaften vorgeschriebenen Fällen kann die unter a) bezeichnete Person verlangen, einer ärztlichen Untersuchung unterzogen zu werden, um ihren effektiven Gesundheitszustand bestätigen zu lassen, wofür sie die Kosten selbst zu tragen hat.

WIDERRUF DES BEITRITTSANTRAGS UND RECHT AUF RÜCKTRITT VOM VERTRAG

- Der Antrag auf Beitritt zur Kollektivversicherung kann vom beitretenden Unternehmen bis zum Datum des Inkrafttretens des Vertrags widerrufen werden.
- Das beitretende Unternehmen hat das Recht, von den Versicherungsdeckungen, auf die sich sein Beitritt bezieht, zurückzutreten:
 - binnen 60 (sechzig) Tagen ab Datum des Inkrafttretens mit Anspruch auf Rückerstattung der bezahlten Prämie (abzüglich Steuer);
 - jährlich mit 60-tägiger (sechzig) Frist auf das Fälligkeitsdatum der Jahresprämie mit Anspruch auf Rückerstattung der etwa bezahlten und nicht genutzten Prämie (abzüglich Steuer), die auf Grundlage der in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Erstattungsformel berechnet wird.
- Widerruf und Rücktritt sind den Gesellschaften schriftlich ggf. über die Filiale der Versicherungsnehmerin, bei welcher der Beitrittsantrag unterzeichnet wurde, per Einschreiben mitzuteilen an:

NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.
 c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand



ERKLÄRUNGEN DES BEITRETENDEN UNTERNEHMENS

ERKLÄRUNG DES FAKULTATIVEN BEITRITTS ZUR KOLLEKTIVVERSICHERUNG UND ANNAHME DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Das unterzeichnende beitretende Unternehmen

NIMMT ZUR KENNNTNIS,

- dass die Versicherungsnehmerin im Auftrag Ihrer Kunden auf Grundlage der von diesen gewählten Option bei NET INSURANCE LIFE S.p.A. eine Versicherungsdeckung für den Todesfall und bei NET INSURANCE S.p.A. eine Versicherungsdeckung für Unfall- oder Krankheitsbedingte Bleibende Vollinvalidität beantragt hat;
- dass oben genannte Deckungen sich auf die Kollektivversicherung Nr. 814/815 beziehen, welche die Versicherungsnehmerin mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. abgeschlossen hat;
- dass oben genannte Deckungen in Kombination mit der oben angegebenen, bei der Versicherungsnehmerin beantragten Finanzierung dazu bestimmt sind, dafür zu sorgen, dass bei Eintreten eines von diesen Deckungen erfassten Ereignisses zu Lasten des/der Versicherten die vorgesehene Leistung auf Grundlage der in den Versicherungsbedingungen aufgeführten Kriterien erbracht wird;
- dass die Wirksamkeit der Versicherungsdeckung einerseits an die Gewährung/das Bestehen einer Finanzierung und andererseits an die erfolgte Zahlung der Prämie gebunden ist, dass sie um 24:00 Uhr des Datums des Inkrafttretens einsetzt und zum Ablaufdatum der Finanzierung oder bei Eintreten der anderen von den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Fällen endet. Die volle Wirksamkeit der Versicherungsdeckung ist auf jeden Fall abhängig von:
 - der Unterzeichnung des „VEREINFACHTEN GESUNDHEITSFrageBOGENS“ durch den Versicherten (dieser ist fester Bestandteil dieses Beitrittsantrags), wobei alle darin enthaltenen Fragen mit nein beantwortet worden sein müssen, oder
 - ggf. der Unterzeichnung des „ANAMNESEFRAGEBOGENS“ durch den Versicherten und/oder der Feststellung von dessen Gesundheitszustand anhand Anforderung weiterer medizinischer Unterlagen. In diesen Fällen behält es sich die Gesellschaft vor, über die Übernahme des Risikos nach Prüfung der Beantwortung des Fragebogens und der ggf. vorgelegten medizinischen Unterlagen zu entscheiden.

ERKLÄRT

- dass alle in diesem Beitrittsantrag abgegebenen Erklärungen und Antworten vollständig und richtig sind;
- die Versicherungsdeckung für den/die oben angegebenen Versicherten aktivieren zu wollen;
- als Beitretender der oben genannten Kollektivversicherung **beizutreten**, für welche eine Prämie zu entrichten ist, deren Bruttogesamtbetrag in diesem Beitrittsantrag angegeben ist;
- die Versicherungsbedingungen **GELESEN, VERSTANDEN und AKZEPTIERT** zu haben.

Ort und Datum

UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES GESETZLICHEN
VERTRETERS DES BEITRETENDEN UNTERNEHMENS

EMPFANGSBESTÄTIGUNG DER VERTRAGLICHEN VORABINFORMATION

HINWEIS - Hiermit werden das Beitretende Unternehmen und jeder Versicherte darauf hingewiesen, dass sie innerhalb der Grenzen und entsprechend den Vorgaben der Regelung des Versicherungsvertriebs Anspruch auf Erhalt der Vorabinformation zum Kollektivvertrag Nr. 814/815 haben.

HIERMIT WIRD FERNER ERKLÄRT, dass vor der Unterzeichnung dieses Beitrittsantrags in Papierform folgende vorvertragliche und vertragliche Unterlagen der Kollektivversicherung Nr. 814/815 erhalten und vollständig eingesehen worden sind:

- a) Anhang 3 und 4 entsprechend Verordnung Nr. 40/2018 des Kontrollorgans IVASS: „Information über die Verhaltensvorschriften für Vermittler gegenüber Versicherungsnehmern“ und „Informationen, die dem Versicherungsnehmer vor Unterzeichnung des Angebots bzw., falls letzteres nicht vorgesehen ist, vor Vertragsabschluss bereitzustellen sind“;
- b) Informationsunterlagen (Dok. NL/NET/0124/01- Ausg. 07-2022) einschließlich: Infoblatt Schaden (Vorabinformation für Schadensversicherungsprodukte), Infoblatt Leben (Vorabinformation für Lebensversicherungsprodukte, die keine Anlageversicherungsprodukte sind); Zusatzinfoblatt Multirisik (Vorabinformation für Multirisik-Versicherungsprodukte) gemäß Verordnung Nr. 41/2018 des Kontrollorgans IVASS;
 - Versicherungsbedingungen (samt Glossar);
 - Beitrittsantrag (Faksimile).

Ort und Datum

UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES GESETZLICHEN
VERTRETERS DES BEITRETENDEN UNTERNEHMENS

Versicherungsbedingungen - NET CPI Business



HIERMIT ERKLÄRE/N ICH/WIR

- gemäß Art. 1341 und 1342 des it. Zivilgesetzbuchs folgende Artikel der oben genannten Versicherungsbedingungen ausdrücklich zu akzeptieren:

Art. 3 Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit und Aufnahmeformalitäten - Art. 4 Entschädigungsgrenzen - Art. 5 Erklärungen zu den Risikoumständen - Art. 7 Inkrafttreten und Dauer der Versicherungsdeckung - Art. 8 Rücktrittsrecht - Art. 12 Meldung des Schadensfalls - Art. 13 Verpflichtungen des Versicherten oder seiner Rechtsnachfolger im Schadensfall - Art. 21 Gerichtsstand - Art. 24 Abtretung der Ansprüche - Art. 30-34 Versicherte Leistungen - Art. 31-35 Ausschlüsse.

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 1	UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 2
UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 3	UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 4

Ich/wir, der/die Versicherte/n,

ERKLÄRE/N hiermit, sämtliche Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß Versicherungsbedingungen zu erfüllen; **WILLIGE/N** mit unserer nachstehenden Unterschrift in den Abschluss einer Lebensversicherung für mich/uns gemäß Art. 1919 des it. Zivilgesetzbuchs ein.

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 1 _____ UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 2 _____

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 3 _____ UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 4 _____

Der/die Versicherte/n erklärt/en, KEINE anderen Versicherungsdeckungen für den Todesfall bei Net Insurance Life S.p.A. zu unterhalten.

ORT UND DATUM

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 1 _____ UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 2 _____

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 3 _____ UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 4 _____

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN (EINSCHLIESSLICH DER DATEN BEZÜGLICH DES GESUNDHEITZUSTANDS)

Ich, der Unterzeichner, habe die Datenschutzinformation der für die Verarbeitung der Daten verantwortlichen Gesellschaften gelesen, die gemäß Verordnung (EU) 2016/679 (zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten) in den vertraglichen Vorabinformationsunterlagen enthalten ist, deren Empfang hiermit bestätigt wird, und erteile meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich jener Daten, die ggf. von mir bezüglich meines Gesundheitszustands übermittelt werden) zum Zwecke der Ausführung des Versicherungsvertrags. Dabei gilt, dass im Falle einer Verweigerung dieser Einwilligung das Vertragsverhältnis nicht zustande kommen kann.

Ort und Datum		
UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 1	UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 2	
UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 3	UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 4	



VEREINFACHTER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN



NET CPI PRESTITI 818/819

VORNAME: _____ NACHNAME: _____ GEBOREN AM: _____

BEITRIFF: _____

VEREINFACHTER MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN (vom Versicherten auszufüllen)	Kreuzen Sie das Kästchen JA oder NEIN an
1. Können Sie zurzeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls ganz oder teilweise nicht arbeiten oder waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 30 Tage in Folge krank?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie zurzeit unter einem Gebrechen, einer Invalidität oder chronischen Krankheit?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
3. Befinden Sie sich momentan mit > 30 Tage Dauer in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung oder unter ärztlicher Überwachung wegen einer beliebigen Krankheit oder eines Unfalls?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
4. Waren Sie in den letzten 10 Jahren betroffen von:	
Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, angeborene Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen (einschließlich Herzschrittmacher), arterielle Hypertonie	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Schlaganfall, Hirnblutung, Hirninfarkt, Subarachnoidalblutung, Neurose, Epilepsie, Schizophrenie, Depression, bipolare Störung, Alkoholismus	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungentuberkulose, Pneumokoniose	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Zwölffingerdarm- oder Magengeschwür, Colitis Ulcerosa (Crohn) Pankreatitis	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Hepatitis B, C, Leberzirrhose, Leberfunktionsstörung, Blasen- oder Gallenblasensteinen	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Nierenversagen, Nierenzysten, Nierensteine, Prostatastörungen	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Grauer Star, Glaukom, Netzhauterkrankung, Mittelohrentzündung, Empyem	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Uterusmyome, Endometriose, Ovarialzysten, Mastopathie	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Rheuma, Anämie, Purpura, Hypothyreose, Hyperthyreose	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Diabetes, insulinabhängig und nicht insulinabhängig	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Krebs oder bösartige Tumoren jeglicher Art	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
5. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert (mit Ausnahme der Entfernung von Blinddarm, Mandeln und/oder Adenoiden oder Gallenblase, Kaiserschnitt, Leisten- oder Nabelbruch) und/oder müssen Sie sich in den nächsten 12 Monaten einer Operation unterziehen, soweit Sie darüber Kenntnis haben?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
6. Waren oder sind Sie Inhaber einer Invalidenrente?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
7. Beträgt der Unterschied zwischen Ihrer Körpergröße in Zentimetern <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> und Ihrem Gewicht in Kilogramm <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> weniger als 80 oder mehr als 120?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
8. Wurden Sie in den letzten 3 Monaten:	
a) positiv auf Covid 19 getestet ODER	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
b) von Ihrem Arzt aufgrund des Vorliegens entsprechender Symptome zur häuslichen Isolation aufgefordert?	
9. Wurden Sie in den letzten 3 Monaten:	
a) zur häuslichen Isolation aufgrund von Covid 19 aufgefordert (unter Ausnahme der von der Regierung auferlegten allgemeinen Auflage, die Wohnung nicht zu verlassen) ODER	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
b) haben Sie hartnäckigen Husten, Fieber, erhöhte Temperatur gehabt oder sind Sie in Kontakt mit einer Person gekommen, bei der Verdacht auf eine Covid-19-Ansteckung besteht bzw. bei der dieser Verdacht bestätigt wurde?	

DER VERSICHERTE

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum ____/____/____
 Datum ____/____/____ Unterschrift (ausgeschrieben und gut lesbar) _____



ANAMNESEFRAGEBOGEN



ANAMNESEFRAGEBOGEN - NET CPI BUSINESS N° 814/815

VORNAME: _____ NACHNAME: _____

GEBOREN AM: _____

BEITRITT: _____

HINWEIS ZUR VERFAHRENSWEISE BEI DER ZUSENDUNG DIESES ANAMNESE-FRAGEBOGENS
<p>Dieser Anamnese-Fragebogen kann an die Versicherungsgesellschaften NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. gesendet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) über den Versicherungsnehmer oder b) direkt vom Versicherten an den Facharzt der Versicherungsunternehmen, und zwar in einem verschlossenen Umschlag adressiert an „Zu Händen des Facharztes von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano oder auf jegliche andere Weise nach Ihrer Wahl, sofern diese zur Gewährleistung der Vertraulichkeit der mitteilungspflichtigen Informationen geeignet ist. <p>WICHTIG - In jedem Fall ist der Anamnese-Fragebogen stets zusammen mit dem vom Beteiligten vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Antragsformular, einschließlich der Erteilung der Zustimmung zur Verarbeitung personenbezogener Daten, an die Versicherungsgesellschaften NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. zu senden. Wenn Sie der Verarbeitung personenbezogener Daten nicht zustimmen, können die Versicherungsunternehmen die Versicherungsposition nicht bearbeiten.</p>

HINWEIS ZUM AUSFÜLLEN DES ANAMNESE-FRAGEBOGENS
<p>Hinsichtlich des Ausfüllens des Anamnese-Fragebogens informieren wir Sie über Folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Unwahre, ungenaue oder unterlassende Erklärungen des Versicherten im Fragebogen können den Leistungsanspruch gemäß Artikel 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs beeinträchtigen. b) Vor der Unterzeichnung des Fragebogens muss der Versicherte die Richtigkeit und Übereinstimmung mit der Wahrheit der gegebenen Antworten überprüfen. c) Die Versicherungsgesellschaften NET INSURANCE S.p.A und NET INSURANCE LIFE S.p.A. behalten sich das Recht vor, nach Prüfung der im Fragebogen erteilten Antworten und der auf Anfrage vorgelegten Gesundheitsunterlagen über die Gewährung des Versicherungsschutzes zu entscheiden. <p>Die abgegebenen Erklärungen sind 6 Monate gültig. Der Fragebogen ist sorgfältig auszufüllen, wobei Flecken oder Löschungen zu vermeiden sind. Ein einfacher Strich wird nicht als gültige Antwort angesehen. Die Versicherungsunternehmen behalten sich das Recht vor, zusätzliche medizinische Unterlagen anzufordern.</p>

Körpergröße: cm Gewicht:..... kg Differenz (Körpergröße - Gewicht):	Bei positiver Antwort fügen Sie bitte die geforderten Detailangaben hinzu	
1 Ist dieser Unterschied kleiner als 80 oder größer als 120?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
2 Sind Sie zurzeit wegen Krankheit oder Unfall ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Seit wann? Aus welchem Grund?
3 Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung oder ärztlicher Überwachung?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Seit wann? Behandlung und Dosierung.....
4 Sind Sie von chronischen Krankheiten, Gebrechen, Behinderungen oder Nachwirkungen von Krankheiten oder Unfällen betroffen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Welcher Art? Seit wann?
5 Haben Sie eine Rente wegen Krankheit oder Unfall? Sind Sie Inhaber einer Arbeitsunfallrente von über 15%?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Prozentsatz(-sätze)?% Seit wann? (Kopie des Rentenbescheides beifügen)
6 Erhalten Sie Praxisgebühr-Befreiung aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Seit wann?
7 Mussten Sie in den letzten 5 Jahren an mehr als 30 aufeinander folgenden Tagen wegen Krankheit oder Unfall die Arbeit einstellen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Wann? Wie lange?
8 Haben Sie sich einem serologischen Nachweis unterzogen, der sich als positiv für Hepatitis B, C und/oder für: HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) erwiesen hat?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Welchem(n)? Wann?
9 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen folgender Erkrankungen medizinisch behandelt? • Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, angeborene Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen (einschließlich Herzschrittmacher), arterielle Hypertonie • Schlaganfall, Hirnblutung, Hirninfarkt, Subarachnoidalblutung,	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Wann? Dauer?

Versicherungsbedingungen - NET CPI Business



Neurose, Epilepsie, Schizophrenie, Depression, bipolare Störung, Alkoholismus • Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungentuberkulose, Pneumokoniose • Zwölffingerdarm- oder Magengeschwür, Colitis Ulcerosa (Crohn) Pankreatitis • Hepatitis B, C, Leberzirrhose, Leberfunktionsstörungen, Blasen- oder Gallenblasensteine • Nierenversagen, Nierenzysten, Nierensteine, Prostatastörungen • Grauer Star, Glaukom, Netzhauterkrankung, Mittelohrentzündung, Empyem • Uterusmyome, Endometriose, Ovarialzysten, Mastopathie • Rheuma, Anämie, Purpura, Hypothyreose, Hyperthyreose • Diabetes, insulinabhängig und nicht insulinabhängig • Krebs oder bösartige Tumoren jeglicher Art • Andere Pathologien, die nicht in der obenstehenden Liste enthalten sind.....	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
Wurden Sie in den letzten 10 Jahren aus einem anderen als den nachstehend genannten Gründen in ein Krankenhaus, eine Klinik oder ein Pflegeheim eingeliefert: Mutterschaft, Kaiserschnitt, Blinddarmentzündung, Entfernung von Mandeln, Adenoiden oder Gallenblase, Leistenbruch, Nabelbruch oder Hiatushernie, Krampfadern, Hämorrhoiden, freiwillige Schwangerschaftsunterbrechung, Zahnchirurgie, Abweichung des Nasenseptums?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Wann? Wie lange?
11 In den nächsten 12 Monaten müssen Sie: - sich einem CT-Scan, einer MRT oder einer sonstigen Krankenhausuntersuchungen unterziehen? - ins Krankenhaus aufgenommen werden? - sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen? - einer medizinischen Behandlung folgen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
12 Wurden Sie in den letzten 3 Monaten: a) positiv auf Covid 19 getestet ODER b) von Ihrem Arzt aufgrund des Vorliegens entsprechender Symptome zur häuslichen Isolation aufgefordert?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
13 Wurden Sie in den letzten 3 Monaten: a) zur häuslichen Isolation aufgrund von Covid 19 aufgefordert (unter Ausnahme der von der Regierung auferlegten allgemeinen Auflage, die Wohnung nicht zu verlassen) ODER b) haben Sie hartnäckigen Husten, Fieber, erhöhte Temperatur gehabt oder sind Sie in Kontakt mit einer Person gekommen, bei der Verdacht auf eine Covid-19-Ansteckung besteht bzw. bei der dieser Verdacht bestätigt wurde?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	

DEM VERSICHERTEN VORBEHALTENES FELD	DEM VERTRAUENSARZT VORBEHALTENES FELD	
Vorname: _____ Nachname: _____ <hr/> Ort: Datum: __/__/____ Gelesen und genehmigt, <hr/> (Der Versicherte, ausgeschriebene und lesbare Unterschrift)	Vorname: _____ Nachname: _____ <hr/> Ort: Datum: __/__/____	STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DES ARZTES Gelesen und genehmigt, <hr/> (Der Arzt, ausgeschriebene und lesbare Unterschrift)



SCHADENSMELDEFORMULAR



ABI	CAB	SCHALTER	POLICE IN RAHMENVERTRAG	TEILNAHME NR.:
-----	-----	----------	----------------------------	-------------------

SCHADENSFALLMELDUNG

Bitte füllen Sie dieses Formular in Druckbuchstaben aus und übergeben Sie es Ihrer Bank, die es zusammen mit den erforderlichen Unterlagen an die zuständige Gesellschaft sendet.

VERSICHERTER (Nachname und Name): _____
Steuernummer: _____

Daten zum Versicherten/Rechtsnachfolger

Nachname und Name _____ Steuer-ID. _____
Geburtsdatum und -ort _____ Geschlecht _____
Wohnsitz _____
Ausweisdokument (Typ und Nummer) _____
Ausgestellt am _____ Ort und Datum _____

Auszufüllen bei Tod des Versicherten

Der Rechtsnachfolger erklärt, dass es zum Tod des Versicherten gekommen ist am: _____

Zuständige Gesellschaft beim Tod des Versicherten: **NET INSURANCE LIFE S.p.A.**

Für alle von Ihnen benötigten Informationen:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano
mail: info@valiabroker
Tel. 02 30567814

Auszufüllen bei ANDEREN Schadensfällen als dem Tod des Versicherten:

Der Versicherte erklärt:

- Angestellter Privatssektor mit unbefristetem Arbeitsvertrag zu sein.
- Beschäftigter im Öffentlichen Dienst zu sein.
- Beschäftigter mit einem befristeten Projektvertrag zu sein.
- selbstständig/freiberuflich tätig zu sein.
- nicht arbeitstätig, Student, Hausfrau, Rentner zu sein.

Schadensereignis eingetreten am _____ in Folge von (kurze Beschreibung des Schadensfalls): _____

Zuständige Gesellschaft bei vom Tod des Versicherten VERSCHIEDENEN Schadensfällen: **NET INSURANCE S.p.A.**

Für alle von Ihnen benötigten Informationen:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano
mail: info@valiabroker
Tel. 02 30567814

BANKVERBINDUNG

IBAN _____ Auf den Namen _____

Mod.DENSIN CPI ed.10-2021



JE NACH ART DES SCHADENSFALLS BEIZUFÜGENDE UNTERLAGEN:

Für alle Schadensfälle:

- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens und/oder eines Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte, beglaubigte Verlusterklärung.
- vollständige Kopie des Tilgungsplans des Finanzierungsvertrag in Bezug auf den Versicherten, unterzeichnet vom Leiter der Zweigstelle, bei welcher die Finanzierung aufgenommen wurde.

TOD des Versicherten – gültig für alle Versicherten:

- Original / Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten mit Angabe des Geburtsdatums.
- BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES über die Todesursachen, der eine nahe und entfernte pathologische Vorgeschichte enthält, unter besonderer Bezugnahme auf die Pathologie, die den Tod verursacht hat.
- Kopie von medizinischen Unterlagen und / oder zugehörigen Gesundheitsunterlagen.
- bei Krankeneinlieferungen eine vollständige Kopie aller Krankenakten mit Krankengeschichte im Zusammenhang mit den Krankenhausaufenthalten des Versicherten im Zusammenhang mit der Krankheit, die den Tod verursacht hat.
- im Todesfall nach einem Unfall, Mord oder Suizid:
 - Kopie des Autopsie-Berichts und etwaiger toxikologischer Untersuchungen.
 - Protokoll der am Sterbeort aktivierten Justizbehörde.
- wenn ein Testament vorliegt: beglaubigte Kopie des von einem Amtsträger beglaubigten Originals des Berichts über die Veröffentlichung des Testaments.
- Wenn kein Testament vorliegt:
 - Von einem Amtsträger beglaubigte Erklärung anstelle der öffentlichen Beweisurkunde, aus der hervorgeht, dass kein Testament vorliegt, und wenn der Begünstigte in allgemeiner Form angegeben ist (z. B. Kinder, Ehepartner, Erben usw.), welche die Angabe der rechtmäßigen Erben und den Verwandtschaftsgrad enthält.
- einen Auszahlungsantrag, der von allen Begünstigten im Todesfall in Anwesenheit des Vermittlers oder mit einer beglaubigten Unterschrift eines Amtsträgers unterzeichnet wird und folgende Informationen enthalten muss:
 - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
 - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages an jeden der Leistungsempfänger
 - Fotokopie des gültigen Ausweisdokuments und des Steuerausweises aller Begünstigten, unterzeichnet von den Inhabern der Dokumente.
 - Bei juristischen Personen als Begünstigte eine Fotokopie des gültigen Ausweises und des Steuerausweises des gesetzlichen Vertreters sowie ein Unternehmensdokument, das ihre rechtliche Vertretung bestätigt.
 - Bei Minderjährigen oder betreuten Personen als Begünstigten: von einem Amtsträger beglaubigte übereinstimmende Kopie des Originals des Beschlusses des Vormundschaftsberichts zur Zweckbestimmung des Kapitals.

DAUERHAFT VOLLSTÄNDIGE INVALIDITÄT

- Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- vom behandelnden Arzt ausgefüllte Schadensfallerklärung.
- Kopie der Krankenakte, falls nach dem Unfall ein Krankenhausaufenthalt erforderlich war.
- Im Falle eines Schadensfalls nach einem Verkehrsunfall Kopie des von den eingesetzten Behörden herausgegebenen Protokolls.
- von den zuständigen Behörden ausgestellte Bescheinigung der dauerhaften Invalidität (INAIL, INPS, ASL usw.).
Andernfalls ein ärztliches Attest, falls vorhanden



VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT (nur für Produkte mit dieser Deckung):

- Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Erklärung der Bank über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate vom behandelnden Arzt ausgefüllte Schadensfallerklärung.
- Kopie der Erste-Hilfe-Bescheinigung
- Kopie der medizinischen Berichte und etwaiger Krankenakten
- Kopie der ärztlichen Bescheinigungen, aus denen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bis zu derjenigen hervorgeht, die die Genesung bescheinigt.
- spätere ärztliche Atteste, die nach Ablauf des vorherigen ausgestellt werden (wenn nach Ablauf des vorherigen Attests kein Attest versandt wird, endet der Zeitraum für die Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit).

BESCHÄFTIGUNGSVERLUST (nur für Produkte mit dieser Deckung):

- Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Erklärung des Versicherungsnehmers über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate.
- Kopie des Kündigungsschreibens des Arbeitgebers.
- Kopie des Einstellungsschreibens oder gleichwertige Bescheinigung.
- Kopie der Registrierung in der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur und des möglichen Aufenthalts in dieser Abteilung von Monat zu Monat.
- Bescheinigung über die "Verfügbarkeit zur Arbeit" (Selbstbescheinigung des Arbeitnehmers, die von der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur abgestempelt wurde).
- Kopie des CIGS-Antrags des Arbeitgebers (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt)
- Bescheinigung des CIGS-Zeitraums mit entsprechender Zahlung (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt).

Dem Auszahlungsantrag ist neben den oben genannten Unterlagen stets die vom Versicherten unterzeichnete Erklärung mit Angabe des Kontoinhabers und des IBAN-Codes beizufügen

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Ich, der Unterzeichnete, habe die Datenschutzrichtlinie der Datenschutzbeauftragten gelesen, die gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 (zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten) im vorvertraglichen Informationssatz erstellt wurde. Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abwicklung des Versicherungsvertrages bin ich einverstanden. Es versteht sich, dass es bei einer Ablehnung der Zustimmung nicht möglich ist, den Vertrag abzuschließen.

(Unterschrift des Versicherten oder des Rechtsnachfolgers)

Ort und Datum _____

Sichtvermerk der Bank zur Identifizierung
des Versicherten / Rechtsnachfolgers

Unterschrift des Versicherten oder des
Rechtsnachfolgers



KONTAKTDATEN

Website www.netinsurance.it

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF:

- Für die Lebensversicherungssparte (Tod): NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano
Mail: info@valiabroker.com
- Für die Schadenssparte (Dauerhafte Vollständige Invalidität): NET INSURANCE S.p.A c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano
Mail: info@valiabroker.com

FÜR ALLE SONSTIGEN INFORMATIONEN

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano
mail: info@valiabroker.com
Tel. 02 30567814

ÜBERMITTLUNG EINER BESCHWERDE

NET INSURANCE S.p.A. – z.Hd. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROM
Fax +39 06 89326570
PEC (zertifizierte E-Mail-Adresse) ufficio.reclami@pec.netinsurance.it



FAKSIMILE BEITRITTSANTRAG



Beitrittsantrag Nr.

Kollektivversicherung Nr. 814/815 „NET CPI Business“ abgeschlossen mit SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. (Versicherungsnehmer) mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Der Kollektivversicherung können in der Eigenschaft als Versicherte bis maximal vier versicherbare Personen beitreten. Jede Person ist für ein anteilmäßiges Kapital versichert, das mit den anderen summiert dem Betrag der gesamten Finanzierung bzw. dem der Deckungssumme entspricht, falls letztere unter dem gewährten Betrag liegt. Jeder Versicherte kann entweder für einen Anteil des Gesamtbetrags der Finanzierung bzw. der Deckungssumme, falls letztere unter dem gewährten Betrag liegt, oder für die gesamte Finanzierung bzw. Deckungssumme, falls letztere unter dem gewährten Betrag liegt, versichert sein. Der für jeden Versicherten gewählte Anteil wird im vorliegenden Beitrittsantrag angegeben.

Daten des beitretenden Unternehmens			
Bezeichnung/Firma USt.-IdNr.			
Anschrift	Ort	Provinz	PLZ
Telefon	E-Mail	Art der Finanzierung	
Nr. Finanzierung SAE (Wirtschaftsbranche) ATECO (Klassifikation der Wirtschaftstätigkeit) TAN (nominaler Jahreszins)			
Beantragte Finanzierung/Restschuld €		Dauer der Finanzierung (Monate)	
Einmalprämie €	Jahresprämie €	Deckungssumme €	

Daten des gesetzlichen Vertreters			
Nachname		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer
Nationalität	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	
Hauptwohnsitz Ort		Provinz PLZ	
Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)			
Anschrift Ort		Provinz PLZ	
Ausweis Art	Nummer	Ausstellungsdatum und -ort	
Politisch exponierte Person: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			

Es können bis maximal vier natürliche Personen versichert werden. Die Deckungen gelten für den vom beitretenden Unternehmen in den hierfür vorgesehenen Feldern angegebenen Prozentsatz.

Hiermit wird zur Kenntnis genommen dass die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. gemäß Art. 1891 des it. Zivilgesetzbuchs mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. sowie in Zusammenarbeit mit dem Broker VALIA S.p.A. eine Kollektivversicherung abgeschlossen hat, der juristische Personen beitreten können, die Kunden der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. sowie von verbundenen oder Tochtergesellschaften sind.

ANTRAG AUF BEITRITT ZUR KOLLEKTIVVERSICHERUNG NR. 814/815

	Versicherungsdeckungen	Leistung/Entschädigung
<input checked="" type="checkbox"/>	A) Tod des Versicherten	A) Restschuld
	B) Bleibende Vollinvalidität (unfall- oder krankheitsbedingt) des Versicherten	B) Restschuld



1) Daten des Versicherten Nr. 1			
Nachname		Vorname	
Anschrift Hauptwohnsitz		Ort	Provinz PLZ
Anschrift Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)		Ort	Provinz PLZ
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer
Ausweis Art		Nummer	Ausstellungsdatum und -ort
Anteil an der Versicherungsdeckung: %		Einmalprämie €	
Deckungssumme €		Jahresprämie €	

Gesamtes Restkapital bzw. Anteil des Restkapitals bei Finanzierungen, die bereits über die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. bzw. deren verbundene oder Tochtergesellschaften bei NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. versichert sind
Euro

2) Daten des Versicherten Nr. 2			
Nachname		Vorname	
Anschrift Hauptwohnsitz		Ort	Provinz PLZ
Anschrift Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)		Ort	Provinz PLZ
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer
Ausweis Art		Nummer	Ausstellungsdatum und -ort
Anteil an der Versicherungsdeckung: %		Einmalprämie €	
Deckungssumme €		Jahresprämie €	

Gesamtes Restkapital bzw. Anteil des Restkapitals bei Finanzierungen, die bereits über die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. bzw. deren verbundene oder Tochtergesellschaften bei NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. versichert sind
Euro

3) Daten des Versicherten Nr. 3			
Nachname		Vorname	
Anschrift Hauptwohnsitz		Ort	Provinz PLZ
Anschrift Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)		Ort	Provinz PLZ
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer
Ausweis Art		Nummer	Ausstellungsdatum und -ort
Anteil an der Versicherungsdeckung: %		Einmalprämie €	
Deckungssumme €		Jahresprämie €	

Gesamtes Restkapital bzw. Anteil des Restkapitals bei Finanzierungen, die bereits über die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. bzw. deren verbundene oder Tochtergesellschaften bei NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. versichert sind
Euro

4) Daten des Versicherten Nr. 4	
Nachname	Vorname



Anschrift Hauptwohnsitz		Ort	Provinz	PLZ
Anschrift Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)		Ort	Provinz	PLZ
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer	
Ausweis Art		Nummer	Ausstellungsdatum und -ort	
Anteil an der Versicherungsdeckung: %			Einmalprämie €	
Deckungssumme €			Jahresprämie €	

Gesamtes Restkapital bzw. Anteil des Restkapitals bei Finanzierungen, die bereits über die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. bzw. deren verbundene oder Tochtergesellschaften bei NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. versichert sind
Euro

Begünstigte	
<input type="checkbox"/>	Der Begünstigte der Versicherungsdeckungen ist das beitretende Unternehmen.
<input type="checkbox"/>	Nur im Falle einer Einzelfirma ist der Begünstigte der Versicherungsdeckungen der/die vom beitretenden Unternehmen (Einzelfirma) genannte/n Person/en. Bitte füllen Sie das nachstehende Feld aus:
BESTIMMUNG DER BEGÜNSTIGTEN FÜR DIE TODESFALLDECKUNG	
HINWEISE	
<ul style="list-style-type: none"> Das beitretende Unternehmen hat die Wahl, die Begünstigten entweder namentlich zu nennen oder generell die rechtmäßigen und/oder testamentarischen Erben als Begünstigte einzusetzen. Die Änderung oder der Widerruf des/der Begünstigten sind der Gesellschaft schriftlich mitzuteilen. 	
Bezüglich der Todesfalldeckung ernennt das beitretende Unternehmen hiermit (<i>nur eines der Kästchen ankreuzen und bei namentlicher Nennung die betreffenden Felder ausfüllen</i>):	
<input type="checkbox"/>	<u>NAMENTLICH FOLGENDE PERSON/EN ZUM/ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DIESER LEISTUNG</u>
BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 1	
Nach- und Vorname / Firma _____	
Steuernummer _____	
Anschrift / Satzungssitz _____	
Telefon _____ E-Mail _____	
Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden Unternehmen	
<input type="checkbox"/> Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft) <input type="checkbox"/> Sonstige	
BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 2	
Nach- und Vorname / Firma _____	
Steuernummer _____	
Anschrift / Satzungssitz _____	
Telefon _____ E-Mail _____	
Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden Unternehmen	
<input type="checkbox"/> Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft) <input type="checkbox"/> Sonstige	
<input type="checkbox"/>	<u>GENERELL DIE (RECHTMÄSSIGEN UND/ODER TESTAMENTARISCHEN) ERBEN ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DER LEISTUNG</u>
ANGABE EINES DRITTEN ALS REFERENTEN (fakultativ)	
Im Falle besonderen Vertraulichkeitsbedarfs kann das Beitretende Unternehmen Name und Kontaktdaten (einschließlich E-Mail-Adresse und/oder Telefon) einer dritten Person (die nicht begünstigt wird) nennen, an welche sich die Versicherungsgesellschaft im Todesfall des Versicherten zu wenden hat, um den ernannten Begünstigten zu kontaktieren.	
Nach- und Vorname / Firma _____	



Anschrift / Satzungssitz _____ Telefon _____ E-Mail _____	
HINWEIS: Das Beitretende Unternehmen übernimmt die Pflicht zur Übergabe der laut geltenden Normen vorgeschriebenen Datenschutzinformation (Verordnung (EU) 2016/679) an die Person, auf welche sich die der Gesellschaft mitgeteilten Daten beziehen.	
Ort und Datum	UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES GESETZLICHEN VERTRETERS DES BEITRETENDEN UNTERNEHMENS

INFORMATION ZU DEN AUF DER PRÄMIE LASTENDEN KOSTEN

Auf die Prämie werden zu Lasten des beitretenden Unternehmens folgende Kosten berechnet:

Effektiv getragene Kosten im Verhältnis zur Einmalprämie	Effektiv für die Vermittlung erhaltener Kostenanteil
Euro % <u>66,00 (Deckung Leben) / 66,00 (Deckung Schäden)</u>	Euro % <u>65,15 (Deckung Leben) / 65,15 (Deckung Schäden)</u>

FÄLLIGKEIT DER PRÄMIE UND ZAHLUNGSMITTEL

Fälligkeit der Prämie	<ul style="list-style-type: none"> • Im Voraus gezahlte Einmalprämie • Jahresprämie
Zahlungsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Banküberweisung • im Falle der Jahresprämie werden die auf die erste folgenden Zahlungen mittels SEPA-Lastschrift vom Girokonto abgebucht.

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND DES/DER VERSICHERTEN

Zwecks Übernahme des Risikos erheben die Versicherungsgesellschaften bei jedem Versicherten Informationen über dessen Gesundheitszustand und Lebensstil anhand der Aufforderung zum Ausfüllen des VEREINFACHTEN GESUNDHEITSFrageBOGENS (fester Bestandteil dieses Beitrittsantrags) oder, falls laut Versicherungsbedingungen erforderlich, anhand des ANAMNESEFRAGEBOGENS, dem die von der Gesellschaft verlangten medizinischen Unterlagen beizulegen sind.

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN VON VEREINFACHTEM GESUNDHEITSFrageBOGEN UND ANAMNESEFRAGEBOGEN (WO VERLANGT)

- Nicht der Wahrheit entsprechende, ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Fakten durch die Person, die zur Erteilung der für den Beitritt erforderlichen Informationen legitimiert ist, können den Leistungsanspruch beeinträchtigen.
- Bevor sie den Fragebogen unterschreibt, hat die unter a) bezeichnete Person die Richtigkeit der im Fragebogen getätigten Angaben zu prüfen.
- Auch in nicht ausdrücklich von den Gesellschaften vorgeschriebenen Fällen kann die unter a) bezeichnete Person verlangen, einer ärztlichen Untersuchung unterzogen zu werden, um ihren effektiven Gesundheitszustand bestätigen zu lassen, wofür sie die Kosten selbst zu tragen hat.

WIDERRUF DES BEITRITTSANTRAGS UND RECHT AUF RÜCKTRITT VOM VERTRAG

- Der Antrag auf Beitritt zur Kollektivversicherung kann vom beitretenden Unternehmen bis zum Datum des Inkrafttretens des Vertrags widerrufen werden.
- Das beitretende Unternehmen hat das Recht, von den Versicherungsdeckungen, auf die sich sein Beitritt bezieht, zurückzutreten:
 - binnen 60 (sechzig) Tagen ab Datum des Inkrafttretens mit Anspruch auf Rückerstattung der bezahlten Prämie (abzüglich Steuer);
 - jährlich mit 60-tägiger (sechzig) Frist auf das Fälligkeitsdatum der Jahresprämie mit Anspruch auf Rückerstattung der etwa bezahlten und nicht genutzten Prämie (abzüglich Steuer), die auf Grundlage der in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Erstattungsformel berechnet wird.
- Widerruf und Rücktritt sind den Gesellschaften schriftlich ggf. über die Filiale der Versicherungsnehmerin, bei welcher der Beitrittsantrag unterzeichnet wurde, per Einschreiben mitzuteilen an:

NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.
c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand



ERKLÄRUNGEN DES BEITRETENDEN UNTERNEHMENS

ERKLÄRUNG DES FAKULTATIVEN BEITRITTS ZUR KOLLEKTIVVERSICHERUNG UND ANNAHME DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Das unterzeichnende beitretende Unternehmen

NIMMT ZUR KENNNTNIS,

- dass die Versicherungsnehmerin im Auftrag Ihrer Kunden auf Grundlage der von diesen gewählten Option bei NET INSURANCE LIFE S.p.A. eine Versicherungsdeckung für den Todesfall und bei NET INSURANCE S.p.A. eine Versicherungsdeckung für Unfall- oder Krankheitsbedingte Bleibende Vollinvalidität beantragt hat;
- dass oben genannte Deckungen sich auf die Kollektivversicherung Nr. 814/815 beziehen, welche die Versicherungsnehmerin mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. abgeschlossen hat;
- dass oben genannte Deckungen in Kombination mit der oben angegebenen, bei der Versicherungsnehmerin beantragten Finanzierung dazu bestimmt sind, dafür zu sorgen, dass bei Eintreten eines von diesen Deckungen erfassten Ereignisses zu Lasten des/der Versicherten die vorgesehene Leistung auf Grundlage der in den Versicherungsbedingungen aufgeführten Kriterien erbracht wird;
- dass die Wirksamkeit der Versicherungsdeckung einerseits an die Gewährung/das Bestehen einer Finanzierung und andererseits an die erfolgte Zahlung der Prämie gebunden ist, dass sie um 24:00 Uhr des Datums des Inkrafttretens einsetzt und zum Ablaufdatum der Finanzierung oder bei Eintreten der anderen von den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Fällen endet. Die volle Wirksamkeit der Versicherungsdeckung ist auf jeden Fall abhängig von:
 - der Unterzeichnung des „VEREINFACHTEN GESUNDHEITSFrageBOGENS“ durch den Versicherten (dieser ist fester Bestandteil dieses Beitrittsantrags), wobei alle darin enthaltenen Fragen mit nein beantwortet worden sein müssen, oder
 - ggf. der Unterzeichnung des „ANAMNESEFRAGEBOGENS“ durch den Versicherten und/oder der Feststellung von dessen Gesundheitszustand anhand Anforderung weiterer medizinischer Unterlagen. In diesen Fällen behält es sich die Gesellschaft vor, über die Übernahme des Risikos nach Prüfung der Beantwortung des Fragebogens und der ggf. vorgelegten medizinischen Unterlagen zu entscheiden.

ERKLÄRT

- dass alle in diesem Beitrittsantrag abgegebenen Erklärungen und Antworten vollständig und richtig sind;
- die Versicherungsdeckung für den/die oben angegebenen Versicherten aktivieren zu wollen;
- als Beitretender der oben genannten Kollektivversicherung **beizutreten**, für welche eine Prämie zu entrichten ist, deren Bruttogesamtbetrag in diesem Beitrittsantrag angegeben ist;
- die Versicherungsbedingungen GELESEN, VERSTANDEN und AKZEPTIERT zu haben.

Ort und Datum

UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES GESETZLICHEN
VERTRETERS DES BEITRETENDEN UNTERNEHMENS

EMPFANGSBESTÄTIGUNG DER VERTRAGLICHEN VORABINFORMATION

HINWEIS - Hiermit werden das Beitretende Unternehmen und jeder Versicherte darauf hingewiesen, dass sie innerhalb der Grenzen und entsprechend den Vorgaben der Regelung des Versicherungsvertriebs Anspruch auf Erhalt der Vorabinformation zum Kollektivvertrag Nr. 814/815 haben.

HIERMIT WIRD FERNER ERKLÄRT, dass vor der Unterzeichnung dieses Beitrittsantrags in Papierform folgende vorvertragliche und vertragliche Unterlagen der Kollektivversicherung Nr. 814/815 erhalten und vollständig eingesehen worden sind:

- Anhang 3 und 4 entsprechend Verordnung Nr. 40/2018 des Kontrollorgans IVASS: „Information über die Verhaltensvorschriften für Vermittler gegenüber Versicherungsnehmern“ und „Informationen, die dem Versicherungsnehmer vor Unterzeichnung des Angebots bzw., falls letzteres nicht vorgesehen ist, vor Vertragsabschluss bereitzustellen sind“;
- Informationsunterlagen (Dok. NL/NET/0124/01- Ausg. 07-2022) einschließlich: Infoblatt Schaden (Vorabinformation für Schadensversicherungsprodukte), Infoblatt Leben (Vorabinformation für Lebensversicherungsprodukte, die keine Anlageversicherungsprodukte sind); Zusatzinfoblatt Multirisik (Vorabinformation für Multirisik-Versicherungsprodukte) gemäß Verordnung Nr. 41/2018 des Kontrollorgans IVASS;
 - Versicherungsbedingungen (samt Glossar);
 - Beitrittsantrag (Faksimile).

Ort und Datum

UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES GESETZLICHEN
VERTRETERS DES BEITRETENDEN UNTERNEHMENS



HIERMIT ERKLÄRE/N ICH/WIR

• gemäß Art. 1341 und 1342 des it. Zivilgesetzbuchs folgende Artikel der oben genannten Versicherungsbedingungen ausdrücklich zu akzeptieren:

Art. 3 Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit und Aufnahmeformalitäten - Art. 4 Entschädigungsgrenzen - Art. 5 Erklärungen zu den Risikoumständen - Art. 7 Inkrafttreten und Dauer der Versicherungsdeckung - Art. 8 Rücktrittsrecht - Art. 12 Meldung des Schadensfalls - Art. 13 Verpflichtungen des Versicherten oder seiner Rechtsnachfolger im Schadensfall - Art. 21 Gerichtsstand - Art. 24 Abtretung der Ansprüche - Art. 30-34 Versicherte Leistungen - Art. 31-35 Ausschlüsse.

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 1	UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 2
UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 3	UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 4

Ich/wir, der/die Versicherte/n,

ERKLÄRE/N hiermit, sämtliche Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß Versicherungsbedingungen zu erfüllen; **WILLIGE/N** mit unserer nachstehenden Unterschrift in den Abschluss einer Lebensversicherung für mich/uns gemäß Art. 1919 des it. Zivilgesetzbuchs ein.

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 1 _____ UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 2 _____

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 3 _____ UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 4 _____

Der/die Versicherte/n erklärt/en, KEINE anderen Versicherungsdeckungen für den Todesfall bei Net Insurance Life S.p.A. zu unterhalten.

ORT UND DATUM

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 1 _____ UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 2 _____

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 3 _____ UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 4 _____

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN (EINSCHLIESSLICH DER DATEN BEZÜGLICH DES GESUNDHEITZUSTANDS)

Ich, der Unterzeichner, habe die Datenschutzinformation der für die Verarbeitung der Daten verantwortlichen Gesellschaften gelesen, die gemäß Verordnung (EU) 2016/679 (zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten) in den vertraglichen Vorabinformationsunterlagen enthalten ist, deren Empfang hiermit bestätigt wird, und erteile meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich jener Daten, die ggf. von mir bezüglich meines Gesundheitszustands übermittelt werden) zum Zwecke der Ausführung des Versicherungsvertrags. Dabei gilt, dass im Falle einer Verweigerung dieser Einwilligung das Vertragsverhältnis nicht zustande kommen kann.

Ort und Datum		
UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 1	UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 2	
UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 3	UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN 4	



VEREINFACHTER ARZTFRAGEBOGEN



NET CPI BUSINESS N° 814/815

VORNAME: _____ NACHNAME: _____ GEBOREN AM: _____

BEITRITT: _____

VEREINFACHTER MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN (vom Versicherten auszufüllen)	Kreuzen Sie das Kästchen JA oder NEIN an
1. Können Sie zurzeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls ganz oder teilweise nicht arbeiten oder waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 30 Tage in Folge krank?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie zurzeit unter einem Gebrechen, einer Invalidität oder chronischen Krankheit?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
3. Befinden Sie sich momentan mit > 30 Tage Dauer in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung oder unter ärztlicher Überwachung wegen einer beliebigen Krankheit oder eines Unfalls?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
4. Waren Sie in den letzten 10 Jahren betroffen von:	
Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, angeborene Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen (einschließlich Herzschrittmacher), arterielle Hypertonie	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Schlaganfall, Hirnblutung, Hirninfarkt, Subarachnoidalblutung, Neurose, Epilepsie, Schizophrenie, Depression, bipolare Störung, Alkoholismus	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungentuberkulose, Pneumokoniose	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Zwölffingerdarm- oder Magengeschwür, Colitis Ulcerosa (Crohn) Pankreatitis	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Hepatitis B, C, Leberzirrhose, Leberfunktionsstörung, Blasen- oder Gallenblasensteinen	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Nierenversagen, Nierenzysten, Nierensteine, Prostatastörungen	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Grauer Star, Glaukom, Netzhauterkrankung, Mittelohrentzündung, Empyem	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Uterusmyome, Endometriose, Ovarialzysten, Mastopathie	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Rheuma, Anämie, Purpura, Hypothyreose, Hyperthyreose	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Diabetes, insulinabhängig und nicht insulinabhängig	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Krebs oder bösartige Tumoren jeglicher Art	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
5. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert (mit Ausnahme der Entfernung von Blinddarm, Mandeln und/oder Adenoiden oder Gallenblase, Kaiserschnitt, Leisten- oder Nabelbruch) und/oder müssen Sie sich in den nächsten 12 Monaten einer Operation unterziehen, soweit Sie darüber Kenntnis haben?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
6. Waren oder sind Sie Inhaber einer Invalidenrente?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
7. Beträgt der Unterschied zwischen Ihrer Körpergröße in Zentimetern _____ und Ihrem Gewicht in Kilogramm _____ weniger als 80 oder mehr als 120?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
8. Wurden Sie in den letzten 3 Monaten:	
a) positiv auf Covid 19 getestet ODER	
b) von Ihrem Arzt aufgrund des Vorliegens entsprechender Symptome zur häuslichen Isolation aufgefordert?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
9. Wurden Sie in den letzten 3 Monaten:	
a) zur häuslichen Isolation aufgrund von Covid 19 aufgefordert (unter Ausnahme der von der Regierung auferlegten allgemeinen Auflage, die Wohnung nicht zu verlassen) ODER	
b) haben Sie hartnäckigen Husten, Fieber, erhöhte Temperatur gehabt oder sind Sie in Kontakt mit einer Person gekommen, bei der Verdacht auf eine Covid-19-Ansteckung besteht bzw. bei der dieser Verdacht bestätigt wurde?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

DER VERSICHERTE

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____

Datum _____ Unterschrift (ausgeschrieben und gut lesbar) _____



ANAMNESE-FRAGEBOGEN



ANAMNESEFRAGEBOGEN - NET CPI BUSINESS N° 814/815

VORNAME: _____ NACHNAME: _____ GEBOREN AM: _____
 BEITRITT: _____

HINWEIS ZUR VERFAHRENSWEISE BEI DER ZUSENDUNG DIESES ANAMNESE-FRAGEBOGENS
<p>Dieser Anamnese-Fragebogen kann an die Versicherungsgesellschaften NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. gesendet werden:</p> <p>a) über den Versicherungsnehmer oder</p> <p>b) direkt vom Versicherten an den Facharzt der Versicherungsunternehmen, und zwar in einem verschlossenen Umschlag adressiert an „Zu Händen des Facharztes von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. c / o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano“ oder auf jegliche andere Weise nach Ihrer Wahl, sofern diese zur Gewährleistung der Vertraulichkeit der mitteilungspflichtigen Informationen geeignet ist.</p> <p>WICHTIG - In jedem Fall ist der Anamnese-Fragebogen stets zusammen mit dem vom Beteiligten vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Antragsformular, einschließlich der Erteilung der Zustimmung zur Verarbeitung personenbezogener Daten, an die Versicherungsgesellschaften NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. zu senden. Wenn Sie der Verarbeitung personenbezogener Daten nicht zustimmen, können die Versicherungsunternehmen die Versicherungsposition nicht bearbeiten.</p>

HINWEIS ZUM AUSFÜLLEN DES ANAMNESE-FRAGEBOGENS
<p>Hinsichtlich des Ausfüllens des Anamnese-Fragebogens informieren wir Sie über Folgendes:</p> <p>a) Unwahre, ungenaue oder unterlassende Erklärungen des Versicherten im Fragebogen können den Leistungsanspruch gemäß Artikel 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs beeinträchtigen.</p> <p>b) Vor der Unterzeichnung des Fragebogens muss der Versicherte die Richtigkeit und Übereinstimmung mit der Wahrheit der gegebenen Antworten überprüfen.</p> <p>c) Die Versicherungsgesellschaften NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. behalten sich das Recht vor, nach Prüfung der im Fragebogen erteilten Antworten und der auf Anfrage vorgelegten Gesundheitsunterlagen über die Gewährung des Versicherungsschutzes zu entscheiden.</p> <p>Die abgegebenen Erklärungen sind 6 Monate gültig. Der Fragebogen ist sorgfältig auszufüllen, wobei Flecken oder Löschungen zu vermeiden sind. Ein einfacher Strich wird nicht als gültige Antwort angesehen. Die Versicherungsunternehmen behalten sich das Recht vor, zusätzliche medizinische Unterlagen anzufordern.</p>

Körpergröße: cm Gewicht: kg Differenz (Körpergröße - Gewicht): kg		Bei positiver Antwort fügen Sie bitte die geforderten Detailangaben hinzu
1 Ist dieser Unterschied kleiner als 80 oder größer als 120?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
2 Sind Sie zurzeit wegen Krankheit oder Unfall ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Seit wann? Aus welchem Grund?
3 Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung oder ärztlicher Überwachung?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Seit wann? Behandlung und Dosierung:
4 Sind Sie von chronischen Krankheiten, Gebrechen, Behinderungen oder Nachwirkungen von Krankheiten oder Unfällen betroffen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Welcher Art? Seit wann?
5 Haben Sie eine Rente wegen Krankheit oder Unfall? Sind Sie Inhaber einer Arbeitsunfallrente von über 15%?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Prozentsatz(-sätze)? % Seit wann? (Kopie des Rentenbescheides beifügen)
6 Erhalten Sie Praxisgebühr-Befreiung aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Seit wann?
7 Mussten Sie in den letzten 5 Jahren an mehr als 30 aufeinander folgenden Tagen wegen Krankheit oder Unfall die Arbeit einstellen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Wann? Wie lange?
8 Haben Sie sich einem serologischen Nachweis unterzogen, der sich als positiv für Hepatitis B, C und/oder für: HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) erwiesen hat?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Welchem(n)? Wann?
9 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen folgender Erkrankungen medizinisch behandelt? • Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, angeborene Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen (einschließlich Herzschrittmacher), arterielle Hypertonie • Schlaganfall, Hirnblutung, Hirninfarkt, Subarachnoidalblutung, Neurose, Epilepsie, Schizophrenie, Depression, bipolare Störung,	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? Wann? Dauer?



SCHADENSMELDEFORMULAR



ABI	CAB	SCHALTER
-----	-----	----------

POLICE IN RAHMENVERTRAG	TEILNAHME NR.:
----------------------------	-------------------

SCHADENSFALLMELDUNG

Bitte füllen Sie dieses Formular in Druckbuchstaben aus und übergeben Sie es Ihrer Bank, die es zusammen mit den erforderlichen Unterlagen an die zuständige Gesellschaft sendet.

VERSICHERTER (Nachname und Name): _____

Steuernummer: _____

Daten zum Versicherten/Rechtsnachfolger

Nachname und Name _____ Steuer-ID: _____

Geburtsdatum und -ort _____ Geschlecht _____

Wohnsitz _____

Ausweisdokument (Typ und Nummer) _____

Ausgestellt am _____ Ort und Datum _____

Auszufüllen bei Tod des Versicherten

Der Rechtsnachfolger erklärt, dass es zum Tod des Versicherten gekommen ist am: _____

Zuständige Gesellschaft beim Tod des Versicherten: **NET INSURANCE LIFE S.p.A.**

Für alle von Ihnen benötigten Informationen:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

mail: info@valiabroker

Tel. 02 30567814

Auszufüllen bei ANDEREN Schadensfällen als dem Tod des Versicherten:

Der Versicherte erklärt:

- Angestellter Privatsektor mit unbefristetem Arbeitsvertrag zu sein.
- Beschäftigter im Öffentlichen Dienst zu sein.
- Beschäftigter mit einem befristeten Projektvertrag zu sein.
- selbstständig/freiberuflich tätig zu sein.
- nicht arbeitstätig, Student, Hausfrau, Rentner zu sein.

Schadensereignis eingetreten am _____ in Folge von (kurze Beschreibung des Schadensfalls): _____

Zuständige Gesellschaft bei vom Tod des Versicherten VERSCHIEDENEN Schadensfällen: **NET INSURANCE S.p.A.**

Für alle von Ihnen benötigten Informationen:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

mail: info@valiabroker

Tel. 02 30567814

BANKVERBINDUNG

IBAN _____ Auf den Namen _____

Mod.DENSIN CPI ed.10-2021



JE NACH ART DES SCHADENSFALLS BEIZUFÜGENDE UNTERLAGEN:

Für alle Schadensfälle:

- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens und/oder eines Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte, beglaubigte Verlusterklärung.
- vollständige Kopie des Tilgungsplans des Finanzierungsvertrag in Bezug auf den Versicherten, unterzeichnet vom Leiter der Zweigstelle, bei welcher die Finanzierung aufgenommen wurde.

TOD des Versicherten – gültig für alle Versicherten:

- Original / Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten mit Angabe des Geburtsdatums.
- BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES über die Todesursachen, der eine nahe und entfernte pathologische Vorgeschichte enthält, unter besonderer Bezugnahme auf die Pathologie, die den Tod verursacht hat.
- Kopie von medizinischen Unterlagen und / oder zugehörigen Gesundheitsunterlagen.
- bei Krankeneinlieferungen eine vollständige Kopie aller Krankenakten mit Krankengeschichte im Zusammenhang mit den Krankenhausaufenthalten des Versicherten im Zusammenhang mit der Krankheit, die den Tod verursacht hat.
- im Todesfall nach einem Unfall, Mord oder Suizid:
 - Kopie des Autopsie-Berichts und etwaiger toxikologischer Untersuchungen.
 - Protokoll der am Sterbeort aktivierten Justizbehörde.
- wenn ein Testament vorliegt: beglaubigte Kopie des von einem Amtsträger beglaubigten Originals des Berichts über die Veröffentlichung des Testaments.
- Wenn kein Testament vorliegt:
 - Von einem Amtsträger beglaubigte Erklärung anstelle der öffentlichen Beweisurkunde, aus der hervorgeht, dass kein Testament vorliegt, und wenn der Begünstigte in allgemeiner Form angegeben ist (z. B. Kinder, Ehepartner, Erben usw.), welche die Angabe der rechtmäßigen Erben und den Verwandtschaftsgrad enthält.
- einen Auszahlungsantrag, der von allen Begünstigten im Todesfall in Anwesenheit des Vermittlers oder mit einer beglaubigten Unterschrift eines Amtsträgers unterzeichnet wird und folgende Informationen enthalten muss:
 - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
 - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages an jeden der Leistungsempfänger
 - Fotokopie des gültigen Ausweisdokuments und des Steuerausweises aller Begünstigten, unterzeichnet von den Inhabern der Dokumente.
 - Bei juristischen Personen als Begünstigte eine Fotokopie des gültigen Ausweises und des Steuerausweises des gesetzlichen Vertreters sowie ein Unternehmensdokument, das ihre rechtliche Vertretung bestätigt.
 - Bei Minderjährigen oder betreuten Personen als Begünstigten: von einem Amtsträger beglaubigte übereinstimmende Kopie des Originals des Beschlusses des Vormundschaftsberichts zur Zweckbestimmung des Kapitals.

DAUERHAFT VOLLSTÄNDIGE INVALIDITÄT

- Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- vom behandelnden Arzt ausgefüllte Schadensfallklärung.
- Kopie der Krankenakte, falls nach dem Unfall ein Krankenhausaufenthalt erforderlich war.
- Im Falle eines Schadensfalls nach einem Verkehrsunfall Kopie des von den eingesetzten Behörden herausgegebenen Protokolls.
- von den zuständigen Behörden ausgestellte Bescheinigung der dauerhaften Invalidität (INAIL, INPS, ASL usw.). Andernfalls ein ärztliches Attest, falls vorhanden



VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT *(nur für Produkte mit dieser Deckung):*

- Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Erklärung der Bank über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate vom behandelnden Arzt ausgefüllte Schadensfallerklärung.
- Kopie der Erste-Hilfe-Bescheinigung
- Kopie der medizinischen Berichte und etwaiger Krankenakten
- Kopie der ärztlichen Bescheinigungen, aus denen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bis zu derjenigen hervorgeht, die die Genesung bescheinigt.
- spätere ärztliche Atteste, die nach Ablauf des vorherigen ausgestellt werden (wenn nach Ablauf des vorherigen Attests kein Attest versandt wird, endet der Zeitraum für die Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit).

BESCHÄFTIGUNGSVERLUST *(nur für Produkte mit dieser Deckung):*

- Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Erklärung des Versicherungsnehmers über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate.
- Kopie des Kündigungsschreibens des Arbeitgebers.
- Kopie des Einstellungsschreibens oder gleichwertige Bescheinigung.
- Kopie der Registrierung in der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur und des möglichen Aufenthalts in dieser Abteilung von Monat zu Monat.
- Bescheinigung über die "Verfügbarkeit zur Arbeit" (Selbstbescheinigung des Arbeitnehmers, die von der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur abgestempelt wurde).
- Kopie des CIGS-Antrags des Arbeitgebers (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt)
- Bescheinigung des CIGS-Zeitraums mit entsprechender Zahlung (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt).

Dem Auszahlungsantrag ist neben den oben genannten Unterlagen stets die vom Versicherten unterzeichnete Erklärung mit Angabe des Kontoinhabers und des IBAN-Codes beizufügen

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Ich, der Unterzeichnete, habe die Datenschutzrichtlinie der Datenschutzbeauftragten gelesen, die gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 (zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten) im vorvertraglichen Informationssatz erstellt wurde. Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abwicklung des Versicherungsvertrages bin ich einverstanden. Es versteht sich, dass es bei einer Ablehnung der Zustimmung nicht möglich ist, den Vertrag abzuschließen.

(Unterschrift des Versicherten oder des Rechtsnachfolgers)

Ort und Datum _____

Sichtvermerk der Bank zur Identifizierung
des Versicherten / Rechtsnachfolgers

Unterschrift des Versicherten oder des
Rechtsnachfolgers



NÜTZLICHE KONTAKTE

Website www.netinsurance.it

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF:

- Für die Lebensversicherungssparte (Tod): NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand;
per E-Mail: info@valiabroker.com.
- für die Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität): NET INSURANCE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand;
per E-Mail: info@valiabroker.com.

FÜR ALLE SONSTIGEN INFORMATIONEN ÜBER DEN BEITRITT ZU DER VERSICHERUNG

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand
per E-Mail: info@valiabroker.com.
Tel. 02 30567814

ZUR EINSENDUNG EINER BESCHWERDE

Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM
Fax +39 06 89326570
PEC (zertifizierte E-Mail-Adresse) ufficio.reclami@pec.netinsurance.it