

**Gruppenpolice**

# NET CPI Business

## GRUPPENPOLICE MIT FAKULTATIVER TEILNAHME

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

### DIESE INFORMATIONSSCHRIFT ENTHÄLT:

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

DIESE UNTERLAGEN SIND DEM VERSICHERUNGSNEHMER VOR DER VERTRAGSUNTERZEICHNUNG ZU ÜBERGEBEN.

REDAKTIONSdatum DIESER INFORMATIONSSCHRIFT 06/2019

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



## Temporäre Versicherung für den Todesfall



Vorvertragliches Informationsdokument für von  
Versicherungsinvestitionsprodukten verschiedene Versicherungsprodukte (VID Leben)

Versicherungsgesellschaft: NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Produkt: NET CPI BUSINESS

Erstellungsdatum: 06/2019

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

### UM WELCHE VERSICHERUNGSART HANDELT ES SICH?

NET CPI BUSINESS ist eine von der CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. - SPARKASSE (Versicherungsnehmer) abgeschlossene Gruppenpolice, der die Kunden, die einen Finanzierungsvertrag (ein Darlehen) mit derselben unterzeichnet haben, als Beteiligte/Versicherte, beitreten können. Die Teilnahme an der Gruppenpolice ist individuell und freiwillig und dient dem Schutz vor unvorhergesehenen Ereignissen, welche die versicherte Person betreffen und deren Fähigkeit, die Rückzahlung der Kreditraten zu leisten, 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.</p> <p>Der Wert der Deckungssumme ist gleich dem Gesamtbetrag der Finanzierung für die neu ausgegebenen Finanzierungen oder dem Betrag der Restschuld für bereits ausgezahlte Finanzierung oder einem Betrag, der auch niedriger sein kann als der Gesamtbetrag der Finanzierung oder die Restschuld. Dabei gilt eine Höchstgrenze von 1.000.000 Euro für jeden Versicherten.</p> <p>Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherten, die/der zu einer anerkannten und festgestellten Dauerhaften Vollständigen Invalidität von mindestens 60% seiner psychophysischen Integrität führt, garantiert die Gesellschaft dem Leistungsempfänger die Zahlung eines Betrags gleich der Deckungssumme.</p> <p>Es kann eine Person sein, die einer grundlegende Rolle innehat und die in dem an der Police teilnehmenden Unternehmen schwer zu ersetzen ist.</p>	<p><b>Nicht versicherungsfähig:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✗ wer seinen Hauptwohnsitz nicht in der Europäischen Gemeinschaft hat und seinen Nebenwohnsitz in Italien hat</li><li>✗ wer zum Zeitpunkt des Beitritts jünger als 18 Jahre oder älter als 65 Jahre ist.</li></ul> <p><b>Darüber hinaus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✗ Der Versicherungsschutz ist auf das vollendete 75. Lebensjahr begrenzt.</li></ul>
	Gibt es Deckungshöchstgrenzen?
	<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"><li>! Vorsatz des Leistungsempfängers und des Beteiligten/Versicherten.</li><li>! Aktive Beteiligung des Beteiligten/Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.</li><li>! aktive Teilnahme des Beteiligten/Versicherten an Kriegsereignissen, es sei denn, diese Teilnahme ergibt sich aus Verpflichtungen gegenüber dem italienischen Staat: In diesem Fall kann die Deckung auf Antrag des Versicherungsnehmers unter den vom zuständigen Ministerium festgelegten</li></ul>

Bedingungen gewährt werden.

- ! Flugunfall, wenn der Beteiligte/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.

### Sind Rückkäufe oder Minderungen vorgesehen?

Ja  NEIN

Dieser Vertrag sieht keinen Rückkauf und keine Minderung vor.

### Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Laufzeit der Deckungen ist gleich:

- der Laufzeit der Finanzierung bei neu ausgegebenen Finanzierungen.
- die Restlaufzeit der Finanzierung im Falle einer bereits ausgezahlten Finanzierung (mit einer Restlaufzeit von mindestens 60 Monaten).

Der Versicherungsschutz beträgt mindestens 9 Monate und höchstens 240 Monate, einschließlich des Zeitraums vor Tilgungsbeginn..



### Wie und wann muss ich bezahlen?

Die Versicherungsleistung wird gegen Zahlung einer einmaligen Prämie im Voraus und in einem Betrag oder einer jährlichen Prämie seitens dem Teilnehmenden Unternehmen, mit stillschweigender Verlängerung für die Dauer der Finanzierung seitens des Teilnehmenden Unternehmens in seinem Namen durch den Versicherungsnehmer, erbracht.

Die Zahlung der Einheits-Vorschussprämie erfolgt per Banküberweisung. Nur im Fall der jährlichen Prämie wird in den auf das erste Jahr folgenden Jahren die Prämie per SEPA-Lastschrift vom Girokonto des Versicherten überwiesen.



### Wie kann ich das Angebot widerrufen, vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag kündigen?

- Der Beteiligte/Versicherte hat das Recht, innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab dem Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurückzutreten (Widerrufsrecht).  
Die Ausübung des Widerrufsrechts 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).
- Der Beteiligte/Versicherte hat das Recht, den Vertrag im Falle einer jährlichen Prämie mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen in Bezug auf das jährliche Fälligkeitsdatum zu kündigen.

### Welche Verpflichtungen habe ich?

- **Bei Vertragsbeginn:** Bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrags muss der Beteiligte/Versicherte den vereinfachten medizinischen Fragebogen und gegebenenfalls den Anamnese-Fragebogen 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 Teilnehmende 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.

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

## UM WELCHE VERSICHERUNGSART HANDELT ES SICH?

Es handelt sich um eine von der CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. - SPARKASSE (Versicherungsnehmer) abgeschlossene Gruppenpolice im Namen ihrer als juristische Personen auftretenden Kunden, die einen Finanzierungsvertrag (ein Darlehen) mit derselben unterzeichnet haben und Rechtssubjekte als Versicherte bestimmen wollen, die eine grundlegende Rolle im Unternehmen innehaben, schwer zu ersetzen sind (Key Man) und der Gruppenpolice auf individueller und freiwilliger Basis beitreten.

Die Police hat den Zweck, den Versicherten vor dem Eintreten unvorhergesehener Ereignisse zu schützen, die während der Vertragsdauer die Möglichkeit beeinträchtigen können, die Raten der Finanzierung an die Bank zurückzuzahlen. Es handelt sich um ein Multirisiko-Versicherungsprodukt, welches das gemeinsame Angebot von Schadenversicherungsgarantien (auf die sich dieses Schadenssparten-VID bezieht) und einer Lebensversicherungsdeckung (deren Hauptmerkmale im VID Leben und im VID Multirisiko enthalten sind) vorsieht.



## Was ist versichert?

- ✓ **Vollständige und dauerhafte Invaldität in einem Grad von 60% oder mehr aufgrund von Unfall oder Krankheit** - Entschädigung in Höhe der Restkapitalschuld der Finanzierung zum Zeitpunkt des Schadensfalls. Bei mehr als einem Versicherten für ein und dieselbe Finanzierung (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zur Versicherungssumme für jeden Versicherten, basierend auf dem auf dem Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz.



## Was ist nicht versichert?

### Nicht versicherungsfähig:

- ✗ wer seinen Hauptwohnsitz nicht in der Europäischen Gemeinschaft hat und keinen Nebenwohnsitz in Italien hat
- ✗ wer zum Zeitpunkt des Beitritts jünger als 18 Jahre oder älter als 65 Jahre ist.

### Darüber hinaus:

- ✗ Der Versicherungsschutz ist auf das vollendete 75. Lebensjahr begrenzt.



## Gibt es

## Deckungshöchstgrenzen?

### Die wichtigsten Ausschlüsse für die Deckung Vollständige und dauerhafte Invaldität:

- ! 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.
- ! Flugunfälle durch Akrobatik, Ausstellungen, Aufzeichnungen oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation).
- ! aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegsereignissen.
- ! Aktive Beteiligung des Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.
- ! Vorsatz des Versicherten.
- ! freiwillige Selbstverletzungen des Versicherten oder wenn der Versicherte sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet.
- ! HIV-Infektion, erworbener Immundefizienzstatus (AIDS) oder verwandte Syndrome oder assimilierbare Zustände.

! freiwillige oder herbeigeführte Schwangerschaftsunterbrechung oder Komplikationen, die sich aus solchen Ereignissen ergeben.



## Wo gilt der Versicherungsschutz?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

- **Bei Vertragsbeginn:** Bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrag müssen Sie den vereinfachten medizinischen Fragebogen und gegebenenfalls den Anamnese-Fragebogen ausfüllen und dabei wahrheitsgemäße, genaue und vollständige Angaben über Ihren Gesundheitszustand machen. Falsche, ungenaue oder zurückhaltende Aussagen können zum Verlust des Anspruchs auf Schadensersatz führen.
- **Bei Einreichung einer Schadensmeldung:** Sie sind verpflichtet, eventuelle Schadensfälle so zeitnah wie möglich nach ihrem Auftreten zu melden und der Meldung alle von der Gesellschaft angeforderten Unterlagen beizufügen.



## Wann und wie muss ich bezahlen?

Sie haben zu bezahlen:

- eine einzige Prämie im Voraus und in einem Betrag; alternativ können Sie sich nur für den Fall einer bereits ausgezahlten Finanzierung für die Zahlung einer jährlichen wiederkehrenden Prämie mit stillschweigender Verlängerung für die Laufzeit der Finanzierung entscheiden.

Die Zahlung des Preises erfolgt per Banküberweisung. Nur im Fall der jährlichen Prämie wird in den auf das erste Jahr folgenden Jahren die Prämie per SEPA-Lastschrift vom Girokonto des Versicherten überwiesen.



## 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.
- Zeichnungsdatum im Beitrittsantrag, 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 Tilgungsbeginn).



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie haben das Recht, innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab dem Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurückzutreten (Widerrufsrecht).  
Im Falle einer Einzel Vorschussprämie haben Sie das Recht, jährlich und mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen vor Fälligkeit der Jahresprämie zurückzutreten.  
Innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Eingang der Rücktrittserklärung erstattet die Gesellschaft (auch über den Broker oder den Versicherungsnehmer), die gezahlte Prämie (nach Steuern) oder erstattet – bei Rücktritt nach Jahresablauf – den Teil der gezahlten und nicht genutzten Prämie (netto nach Steuern).
- Sie haben das Recht, den Vertrag im Falle einer jährlichen Prämie mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen in Bezug auf das jährliche Fälligkeitsdatum zu kündigen. In diesem Fall enden alle Versicherungsoptionen der aktivierten Option um 24:00 Uhr der nächsten Jahresfälligkeit.

**Vorliegendes Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen mit Bezug auf die Informationen im vorvertraglichen Informationsdokument für von Versicherungsinvestitionsprodukten verschiedenen Lebensversicherungsprodukten (VID Leben) und für die Versicherungsprodukte der Schadenssparte (VID Schadenssparte), die dem potentiellen Versicherungsnehmer als Verständnishilfe der Produkteigenschaften im Detail, der vertraglichen Pflichten und der Vermögenslage des Unternehmens dienen.**

**Der Beteiligte/Versicherte hat vor Unterzeichnung des Vertrags in die Versicherungsbedingungen Einsicht zu nehmen**

## **LEBENSVERSICHERUNGSZWEIG (Deckung Tod)**

**Net Insurance Life S.p.A.** – Aktiengesellschaft mit Einzelgesellschafter – ist Teil der Net Insurance Group - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Rom, Tel. 06 893261 - Fax 06 89326800; Website: [www.netinsurancelife.it](http://www.netinsurancelife.it); Email: [info@netinsurancelife.it](mailto:info@netinsurancelife.it); PEC: [netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it](mailto:netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it)

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

Das Nettokapital der Net Insurance Life S.p.A. beläuft sich auf € 16.314 Millionen. Der in Anwendung der Solvency-II-Verordnung ermittelte Solvabilitätsindex für die Solvenzkapitalanforderung beträgt 176,00% als Verhältnis zwischen dem Betrag der verfügbaren Solvabilitätsspanne und dem nach geltendem Recht geforderten Betrag der Solvabilitätsspanne sowie 592,87% als Verhältnis zwischen zu Sicherungszwecken zugelassenen Eigenmitteln und der Mindestkapitalanforderung. Alle Daten stammen aus dem statutarischen Jahresabschluss und aus dem Solvabilitätsbericht zum 31.12.2017, der auf der Website des Versicherungsunternehmens unter folgendem Link verfügbar ist: <http://www.netinsurance.it/documenti-societari.asp>.

## **SCHADENSSPARTE (Deckung Vollständige und dauerhafte Invaldität)**

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

Zugelassen als Versicherer in der Schadenssparte nach den IVASS-Bestimmungen n. 1756 vom 18.12.2000, Nr. 2131 vom 4.12.2002, Nr. 2444 vom 10.07.2006, Nr. 3213000422 vom 09.04.2013 und Nr. 231077 vom 20.12.2017. Eingetragen im IVASS Unternehmensregister Nr. 1.00136.

Das Nettokapital der Net Insurance S.p.A. beläuft sich auf € 46.411 Millionen. Der in Anwendung der Solvency-II-Verordnung ermittelte Solvabilitätsindex für die Solvenzkapitalanforderung beträgt 5,51 als Verhältnis zwischen dem Betrag der verfügbaren Solvabilitätsspanne und dem nach geltendem Recht geforderten Betrag der Solvabilitätsspanne.

Alle Daten stammen aus dem statutarischen Jahresabschluss und aus dem Solvabilitätsbericht zum 31.12.2017, der auf der Website des Unternehmens unter folgendem Link verfügbar ist: <http://www.netinsurance.it/documenti-societari.asp>.

Der Vertrag unterliegt italienischem Recht.



## Was ist versichert / was sind die Leistungen?

### Lebensversicherungssparte:

- **Tod:** Bei Tod des Versicherten vor Ablauf des Vertrages garantiert die Gesellschaft dem Begünstigten die Auszahlung der Deckungssumme. Der Wert der Deckungssumme ist gleich dem Gesamtbetrag der Finanzierung für die neu ausgegebenen Finanzierungen oder dem Betrag der Restschuld für bereits ausgezahlte Finanzierung oder einem Betrag, der auch niedriger sein kann als der Gesamtbetrag der Finanzierung oder die Restschuld.

### Schadenssparte

- **Vollständige und dauerhafte Invalidität von 60% oder mehr infolge eines Unfalls oder einer Krankheit**  
Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherten, die/der zu einer anerkannten und festgestellten Dauerhaften Vollständigen Invalidität von mindestens 60% seiner psychophysischen Integrität führt, unabhängig davon, ob die versicherte Person einer Berufstätigkeit nachgeht oder nicht, während der Gültigkeitsdauer des Versicherungsschutzes und vor dem 75. Geburtstag des Versicherten, garantiert die Gesellschaft dem Leistungsempfänger die Zahlung eines Betrags gleich der Deckungssumme.

Der Wert des versicherten Kapitals ist gleich dem Gesamtbetrag der Finanzierung (für die neu ausgegebenen Finanzierungen) oder dem Betrag der Restschuld (für bereits ausgezahlte Finanzierung) oder einem Betrag, der auch niedriger sein kann als der Gesamtbetrag der Finanzierung oder die Restschuld.

Wenn mehrere Versicherte bestimmt werden, darf das versicherte Kapital für jeden von ihnen - für maximal vier Subjekte - den Gesamtbetrag der Finanzierung (für neu ausgegebene Finanzierungen) oder den Betrag der Restschuld (bei bereits ausgezahlten Finanzierungen) nicht überschreiten beziehungsweise kann einen abweichenden Betrag nicht überschreiten, der auch niedriger als der Gesamtbetrag / die Restschuld selbst 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 Bestimmungen im VID Leben und/oder Schadenssparte hinausgehenden Informationen vor.



## Gibt es Deckungshöchstgrenzen?

### Lebensversicherungssparte:

Deckungsausschlüsse **Tod** (zusätzlich zu den im VID Leben angegebenen):

- 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.
- nichttherapeutische Verwendung von Arzneimitteln, Halluzinogenen und dergleichen.
- Flugunfälle durch Akrobatik, Ausstellungen, Aufzeichnungen 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 Beteiligte/Versicherte nicht über den laut geltenden Vorschriften erforderlichen Führerschein verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein, jedoch unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Moment des Schadensfalls

über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt und diese innerhalb von drei Monaten ab dem Schadensfall erhalten hat.

- HIV-Infektion, erworbener Immundefizienzstatus (AIDS) oder verwandte Syndrome oder assimilierbare Zustände.
- freiwillige Selbstverletzungen des Beteiligten/Versicherten oder wenn der Versicherte sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet.
- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum durch den Beteiligten/Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum wurde zu therapeutischen Zwecken verschrieben, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann.
- natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).

Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Tod in folgenden Fällen:

- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.
- Ausübung aller auf professioneller Ebene ausgeübten sportlichen Aktivitäten mit Ausnahme der Teilnahme an Amateur-Wettbewerben oder entsprechenden Probeläufen sowie von Firmen- und firmenübergreifenden Wettbewerben.
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor- / Segelbooten auch als Passagier bei nicht rein regelmäßigen Wettbewerben und den entsprechenden Probeläufen.
- Boxsport, schwere Leichtathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern auf Felsen oder Eis, Bergsteigen auf über 4.000 m oder mehr als der dritten Stufe der französischen Skala und / oder Klettern auf Eis oder Gletschern oder Solo-Klettern, unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Springen vom Sprungbrett mit Skiern oder Wasserskiern, akrobatisches Skifahren, Bob, Rugby, American Football, Tauchen, Luftsport im Allgemeinen.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
  - o Soldaten im aktiven Dienst mit Ausnahme derjenigen, die ausschließlich administrative Tätigkeiten in Italien ausüben
  - o Zirkus- und Stuntman-Aktivitäten
  - o Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Minen

### **Schadenssparte**

Deckungsausschlüsse **Dauerhafte Vollständige Invalidität** (zusätzlich zu den im VID Schäden 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 Beteiligte/Versicherte nicht über den laut geltenden Vorschriften erforderlichen Führerschein verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein, jedoch unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Moment des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt und diese innerhalb von drei Monaten ab dem Schadensfall erhalten hat.
- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum durch den Beteiligten/Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum wurde zu therapeutischen Zwecken verschrieben, 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 Krawalle, an denen der Beteiligte/Versicherte aktiv teilgenommen hat.
- Unfälle durch natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).
- Ereignisse, die auf folgende geistige Einschränkungen zurückzuführen sind: organisches Gehirnsyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände

- Anwendungen 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.
- Rückenschmerzen und ähnliche Erkrankungen, sofern sie nicht durch radiologische und klinische Untersuchungen nachgewiesen werden, die zu einer vollständigen Behinderung führen.
- Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Unfall in folgenden Fällen:
- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.
- Ausübung aller auf professioneller Ebene ausgeübten sportlichen Aktivitäten mit Ausnahme der Teilnahme an Amateur-Wettbewerben oder entsprechenden Probeläufen sowie von Firmen- und firmenübergreifenden Wettbewerben.
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor- / Segelbooten auch als Passagier bei nicht rein regelmäßigen Wettbewerben und den entsprechenden Probeläufen.
- Boxsport, Schwerathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern oder Eisklettern, Höhlenforschung, Springen vom Trampolin mit Skiern oder Wasserskiern, akrobatisches Skifahren, Bob, Rugby, American Football, Tauchen, Luftsport im Allgemeinen.
- Teilnahme an professionellen Wettbewerben - oder entsprechenden Probeläufen - Pferderennen, Fußball, Radfahren, Skifahren, Basketball, Volleyball, Kampfsport, es sei denn, es handelt sich um Freizeit- und Firmenwettbewerbe.

Die Gesellschaften sind in keinem Fall verpflichtet, Versicherungsschutz zu gewähren, Schadensersatzforderungen zu erfüllen, Zahlungen oder Entschädigungen auf der Grundlage dieses Vertrags zu garantieren, sofern die besagte Deckung, Zahlung oder Entschädigung dieselbe irgendwelchen Verboten, wirtschaftlichen Sanktionen oder Beschränkungen aufgrund von Resolutionen der Vereinten Nationen oder wirtschaftlichen oder kommerziellen Sanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen sollte (Ausschluss anwendbar sowohl auf die Lebensversicherungs- als auch auf 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?

**Schadensfallmeldung:** Schadensmeldungen müssen unverzüglich an die Zweigstelle des Versicherungsnehmers gemeldet werden, indem eine spezielle Benachrichtigung gesendet oder das Schadensmeldungsformular ausgefüllt wird (erhältlich auf der Website der Gesellschaft, [www.netinsurancelife.it](http://www.netinsurancelife.it), in stets aktualisierter Version im Informationsset oder in der Zweigstelle des Versicherungsnehmers, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat). Die Schadensmeldung ist zusammen mit den erforderlichen Unterlagen an die Versicherungsgesellschaften unter folgenden Adressen weiterzuleiten:

- Für die Deckung Tod: **NET INSURANCE LIFE S.p.A** c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand
- für die Schadenssparte (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust) **NET INSURANCE LIFE S.p.A** c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand

### **TOD:**

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular oder ein Abwicklungsantrag mit folgenden Angaben:
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.
  - Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Kopie des Beitrittsantrags und gegebenenfalls des Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte Verlusterklärung.
- 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 (zur Unterstützung steht das eigens vorgesehene Formular auf der Website [www.netinsurancelife.it](http://www.netinsurancelife.it) zur Verfügung).
- 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.
  - Protokolle der am Sterbeort aktivierten Justizbehörde.
- wenn ein Testament vorliegt: beglaubigte Kopie des von einem Amtsträger beglaubigten Originals des Berichts über die Veröffentlichung des bekannten Testaments, gültig und unbestritten.
- wenn kein Testament vorliegt: Von einem Amtsträger beglaubigte Erklärung, 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 UND VOLLSTÄNDIGE INVALIDITÄT:**

- Kopie des Beitrittsantrags und gegebenenfalls des Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte Verlusterklärung.
- Kopie eines gültigen Ausweises des Beteiligten/Versicherten.
- 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
- Vom Beteiligten/Versicherten unterzeichnete Erklärung mit angegebenem Bankkontoinhaber und IBAN-Code.

**Verjährung der Deckung LEBEN:** 10 Jahre ab dem Tag, an dem die Tatsache eingetreten ist, auf welcher 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 auf das Jahr, in dem der Anspruch verjährt, in den Entschädigungsfond für Sparer, die Opfer von Finanzbetrug wurden, umgebucht.

**Verjährung der Deckung SCHÄDEN:** 2 Jahre ab dem Tag, an dem die Tatsache eingetreten ist, auf welcher der Anspruch beruht.

**Auszahlung der Leistungen:** Die Versicherungsgesellschaft wird die im Vertrag vorgesehenen Leistungen innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen

	Schadensfallmeldung für jedes Dokument liquidieren
<b>Ungenau und unterlassene Angaben</b>	Bei ungenauen Angaben oder Unterlassungen bezüglich des Verhaltens des Beteiligten / Versicherten in Bezug auf Tatsachen oder Umstände, die eine Verschärfung des Risikos zur Folge haben, behält sich der Versicherer das Recht vor, die Bestimmungen der Artikel 1892 und 1893 des it. Bürgerlichen Gesetzbuchs anzuwenden.

 <b>Wann und wie muss ich bezahlen?</b>	
<b>Prämie</b>	<p>Die Versicherungsleistung wird gegen Zahlung einer einmaligen Prämie im Voraus und in einem Betrag oder einer jährlichen Prämie mit stillschweigender Verlängerung für die Dauer der Finanzierung seitens des Teilnehmenden Unternehmens oder in seinem Namen durch den Versicherungsnehmer erbracht.</p> <p>Die Prämie wird als Prozentsatz des Gesamtbetrags der angeforderten Finanzierung oder des Restbetrags der Hauptkapitalschuld 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 Teilnehmenden Unternehmen zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Beitrittsantrag zur Gruppenpolice in Verbindung mit dem Finanzierungsvertrag ausgezahlt.</p> <p>Wenn das Teilnehmende Unternehmen oder in dessen Namen der Versicherungsnehmer bei jährlichen Prämien nach einem Jahr ab dem Beginn des Versicherungsschutzes und am Ende eines jeden Jahres die Prämie des folgenden Jahres nicht zahlt, wird derselbe Versicherungsschutz ausgesetzt ab Mitternacht des 60. (sechzigsten) Tages nach Jahresende und wird am Tag der Zahlung um 24 Uhr wieder wirksam, unbeschadet der späteren Fristen und des Rechts der Gesellschaft auf Zahlung der überfälligen Prämien. In keinem Fall werden Ansprüche anerkannt, die während der Sperrfrist auftreten. Ab dem 61. (einundsechzigsten) Tag erlischt die Deckung und wird als unwirksam betrachtet.</p> <p>Darüber hinaus behalten sich die Versicherungsgesellschaft das Recht vor, für den Fall, dass aus den Gesundheitschecks oder dem Anamnese-Fragebogen signifikante Pathologien hervorgehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Risikoübernahme abzulehnen; beziehungsweise,</li> <li>– Festlegung besonderer Bedingungen für die Risikoakzeptanz, die die Anwendung etwaiger Gesundheitszuschläge vorsehen.</li> </ul>
<b>Erstattung</b>	<p>Der Beteiligte/Versicherte hat Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Prämie (abzüglich der anfallenden Steuern), wenn er innerhalb von 60 Tagen ab dem Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurücktritt</p> <p>Bei einer vorzeitigen Rückzahlung des Darlehens, es sei denn, der Beteiligte/der Versicherte hat die Aufrechterhaltung der Deckung bis zum ursprünglichen Ablauf nicht beantragt, erstatten die Unternehmen den Teil der Prämie, der für den verbleibenden Zeitraum in Bezug auf die ursprüngliche Ablauf gezahlt wurde, bei vollständiger Rückzahlung, oder in Bezug auf die proportionale Risikominderung im Falle der anteiligen Rückzahlung</p>
<b>Rabatte</b>	Für diesen Vertrag gelten keine Prämienrabatte



## Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

<b>Vertragslaufzeit</b>	<p>Diese Gruppenpolice ist ein Versicherungsvertrag mit Versicherungsschutz für eine variable Laufzeit von mindestens 9 Monaten bis maximal 240 Monaten, einschließlich des Zeitraums vor Tilgungsbeginn.</p> <p>Die Laufzeit der Deckungen ist gleich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Laufzeit der Finanzierung bei neu ausgegebenen Finanzierungen oder</li> <li>- der Restlaufzeit der Finanzierung bei bereits ausgegebenen Finanzierungen.</li> </ul> <p>Bei einer bereits ausgezahlten Finanzierung darf die Restlaufzeit zum Zeitpunkt der Teilnahme 60 Monate nicht unterschreiten.</p> <p>Die Deckungen gemäß dieser Gruppenpolice laufen ab dem Zeitpunkt des Abschlusses der Teilnahme, der um Mitternacht am Datum des Inkrafttretens eintritt und mit Folgendem zusammenfällt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datum der Auszahlung der Finanzierung bei neu ausgegebenen Finanzierungen.</li> <li>• Zeichnungsdatum im Beitrittsantrag, bei bereits ausgezahlten Finanzierungen;</li> </ul> <p>unter der Bedingung, dass:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. der Beitrittsantrag, der vereinfachte medizinische Fragebogen ausgefüllt, datiert und unterzeichnet wurde und, falls angefordert, der Anamnese-Fragebogens vom Versicherten allein oder mit Hilfe seines Hausarztes ausgefüllt, datiert und unterzeichnet wurde.</li> <li>2. zusätzliche Unterlagen vorgelegt wurden, die gegebenenfalls erforderlich sind.</li> <li>3. das Versicherungsunternehmen zugestimmt hat.</li> <li>4. die einmalige oder jährliche Vorausprämie gezahlt wurde.</li> </ol> <p>Im Falle einer Teilrückzahlung der Finanzierung, einer Änderung der Laufzeit oder einer Neuverhandlung derselben bleiben die Versicherungsdeckungen in Kraft und die Leistungen und Laufzeiten entsprechen dem ursprünglichen Tilgungsplan der Finanzierung.</p>
<b>Unterbrechung</b>	<p>Wenn das Teilnehmende Unternehmen oder in dessen Namen der Versicherungsnehmer bei jährlichen Prämien nach einem Jahr ab dem Beginn des Versicherungsschutzes und am Ende eines jeden Jahres die Prämie des folgenden Jahres nicht zahlt, wird derselbe Versicherungsschutz ausgesetzt ab Mitternacht des 60. (sechzigsten) Tages nach Jahresende und wird am Tag der Zahlung um 24 Uhr wieder wirksam, unbeschadet der späteren Fristen und des Rechts der Gesellschaft auf Zahlung der überfälligen Prämien.</p>

## Wie kann ich das Angebot widerrufen, vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag kündigen?

<b>Widerruf</b>	Der Beitrittsantrag kann vom Beteiligten/Versicherten bis zum Datum des Inkrafttretens widerrufen werden
<b>Rücktritt</b>	<i>Es gibt keine weiteren, über die Bestimmungen im VID Leben und/oder VID Schadenssparte hinausgehenden Informationen vor.</i>
<b>Auflösung</b>	<i>Es gibt keine weiteren, über die Bestimmungen im VID Leben und/oder VID Schadenssparte hinausgehenden Informationen vor.</i>



## An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Versicherungsprodukt richtet sich an juristische Personen, die Kunden der Bank sind, mit denen ein Finanzierungsvertrag (Darlehen) geschlossen wurde, und die beabsichtigen, Subjekte (natürliche Personen, die innerhalb des Teilnehmenden Unternehmens eine grundlegende, schwer zu ersetzende Rolle innehaben) als Versicherte zu bestimmen, die zum Zeitpunkt der Teilnahme zwischen 18 und 65 Jahre alt sind, wobei das Versicherungsalter auf das 75. Lebensjahr begrenzt ist.



## Welche Kosten muss ich übernehmen?

### Prämienkosten

Nachfolgend finden Sie detaillierte Informationen zu den Kosten:

	<b>Belastung</b>
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:

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

der Kosten selbst



## Sind Rückkäufe oder Minderungen vorgesehen? JA NEIN

**Rückkauf- und Minderungswert**

Dieser Vertrag sieht keine Rückkauf- oder Minderungswerte vor.

**Informationsanfragen**

Dieser Vertrag sieht keine Rückkauf- oder Minderungswerte vor.

## WIE KANN ICH REKLAMATIONEN EINREICHEN UND STREITIGKEITEN BEILEGEN?

**An die Versicherungsgesellschaft**

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

Für die Deckung Tod:

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](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it);
- Fax: 06.89326.570

für die Schadenssparte (Dauerhafte Vollständige Invalidität):

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](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it);
- Fax: 06.89326.570

Reklamationen werden innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt abgearbeitet.

**An IVASS**

Im Falle der verweigerten oder teilweisen Annahme der Reklamation oder des Fehlens einer Antwort seitens der Gesellschaft oder des Vermittlers innerhalb von 45 Tagen kann der Beteiligte / der Versicherte Kontakt aufnehmen mit IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Info unter: [www.ivass.it](http://www.ivass.it).

**VOR BESCHREITUNG DES RECHTSWEGS können Sie alternative Möglichkeiten für die Beilegung der Streitigkeiten in Anspruch nehmen, wie**

**Vermittlung**

Durch Einschaltung einer Vermittlungsstelle unter jenen, die im Verzeichnis des Justizministeriums aufgeführt sind und auf der Website [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (Gesetz Nr. 98 vom

	9.8.2013) konsultiert werden kann.
<b>Verhandlung mit Rechtsbeistand</b>	Über den eigenen Rechtsanwalt an die Unternehmen.
<b>Weitere alternative Möglichkeiten zur Beilegung von Rechtsstreitigkeiten</b>	Außerordentliche Schiedsgerichtsbarkeit für Streitigkeiten medizinischer Art, die durch Erteilung eines Mandats mit Entscheidungsbefugnis an ein aus drei Ärzten bestehendes Kollegium aktiviert werden kann, von denen jeweils einer von den beiden Parteien und der dritte einvernehmlich oder andernfalls vom Vorsitzenden des Rates der an dem Ort, an dem sich das Kollegium zusammenfinden soll, ansässigen Ärztekammer ernannt wird.

## STEUERVERANLAGUNG

<b>Auf den Vertrag anwendbare steuerliche Veranlagung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Teil der Prämie, der für den Geschäftsbereich Leben bestimmt ist, unterliegt keiner Besteuerung, während der Teil der Prämie für die Schadenssparte einer Steuer von 2,5% unterliegt.</li> <li>• Handelt es sich bei dem Beteiligten um eine Personen- oder Kapitalgesellschaft, sind die an den Versicherer gezahlten Prämien für die Risiken Tod und Vollständige und dauerhafte Invaldität aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit abzugsfähig, sofern diese gemäß der zutreffenden Steuergesetzgebung (Artikel 109 Absatz 5 Tuir) in einer Wechselbeziehung aufgrund eines Ursache-Wirkungs-Verhältnisses mit einer ein steuerpflichtiges Einkommen produzierenden Tätigkeit stehen. Es ist ratsam, eine sachkundige Steuerberatung für die korrekte Einstufung der Kosten heranzuziehen.</li> </ul>
---	---

**BEI VORZEITIGER RÜCKZAHLUNG ODER ABTRETUNG DER FINANZIERUNG IST DAS VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN ZUR RÜCKERSTATTUNG DES BEZAHLTEN PRÄMIENTEILS DES RESTZEITRAUMS IM VERHÄLTNISS ZUM URSPRÜNGLICHEN VERFALLDATUM VERPFLICHTET. ALTERNATIV KÖNNEN SIE BEI DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT DIE FORTSETZUNG DER POLICE BIS ZUR FÄLLIGKEIT BEANTRAGEN, AUCH DURCH BENENNUNG EINES NEUEN BEGÜNSTIGTEN.**

**DIE VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT HAT DIE VERPFLICHTUNG, BINNEN SECHZIG TAGEN NACH ABSCHLUSS JEDES KALENDERJAHRES JAHRESAUSZUG IHRES VERSICHERUNGSSTANDES ZU ÜBERMITTELN**

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

**FÜR DIESEN VERTRAG VERFÜGT DIE GESELLSCHAFT ÜBER EINEN DEM VERSICHERUNGSNEHMER VORBEHALTENEN INTERNETBEREICH (sog. HOME INSURANCE); SIE KÖNNEN DAHER NACH DER UNTERZEICHNUNG DIESEN BEREICH KONSULTIEREN.**

## Inhalt

<b>GLOSSAR</b> .....	1
<b>Art. 1 VERSICHERUNGSSCHUTZLEISTUNGEN</b> .....	3
<b>Art. 2 PFLICHTEN DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT</b> .....	3
<b>Art. 3 VERSICHERBARKEITSANFORDERUNGEN UND ZULASSUNGSFORMALITÄTEN</b> .....	3
<b>ART. 4 ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN</b> .....	4
<b>ART. 5 ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN</b> .....	4
<b>ART. 6 BESTIMMUNG DES VERSICHERTEN</b> .....	5
<b>ART. 7 DATUM DES INKRAFTTRETENS UND LAUFZEIT DES VERSICHERUNGSSCHUTZES</b> .....	5
<b>ART. 8 WIDERRUFS-, RÜCKTRITTS- UND KÜNDIGUNGSRECHT</b> .....	6
<b>ART. 9 LEISTUNGSEMPFÄNGER</b> .....	7
<b>ART. 10 ZAHLUNG DER PRÄMIE</b> .....	7
<b>ART. 11 VORZEITIGE RÜCKZAHLUNG UND ABTRETUNG DER FINANZIERUNG</b> .....	7
<b>ART. 12 SCHADENSMELDUNG</b> .....	9
<b>ART. 13 VERPFLICHTUNGEN DES TEILNEHMENDEN UNTERNEHMENS IM SCHADENSFALL</b> .....	10
<b>ART. 14 AUSZAHLUNG DER LEISTUNGEN</b> .....	10
<b>ART. 15 WEITERE VERSICHERUNGEN</b> .....	11
<b>ART. 16 ABGABEN UND ANDERE STEUERLICHE BELASTUNGEN</b> .....	11
<b>ART. 17 KOMMUNIKATIONEN</b> .....	11
<b>ART. 18 DEM TEILNEHMENDEN UNTERNEHMEN AUSZUHÄNDIGENDE UNTERLAGEN</b> .....	11
<b>ART. 19 VERZICHT AUF ENTSCHÄDIGUNG</b> .....	11
<b>ART. 20 ANWENDBARES RECHT</b> .....	11
<b>ART. 21 GERICHTSSTAND</b> .....	11
<b>ART. 22 HAFTUNGSAUSSCHLUSS</b> .....	11
<b>ART. 23 REKLAMATIONEN</b> .....	11
<b>ART. 24 ABTRETUNG VON RECHTEN</b> .....	12
<b>ART. 25 RECHTSSTREITIGKEITEN</b> .....	12
<b>ART. 26 VERJÄHRUNGSFRISTEN</b> .....	12
<b>ART. 27 SANKTIONEN</b> .....	12
<b>ART. 28 ÄNDERUNGEN AM BEITRITTSANTRAG</b> .....	12
<b>ART. 29 GEGENSTAND DER DECKUNG IM TODESFALL</b> .....	12
<b>ART. 30 VERSICHERUNGSLEISTUNG</b> .....	12
<b>ART. 31 AUSSCHLÜSSE</b> .....	13
<b>ART. 32 RÜCKKAUF UND DARLEHEN</b> .....	14
<b>ART. 33 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN</b> .....	14
<b>ART. 34 VERSICHERUNGSLEISTUNG</b> .....	14
<b>ART. 35 AUSSCHLÜSSE</b> .....	15
<b>ART. 36 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN</b> .....	16
<b>INFORMATION ZUM SCHUTZ DER PERSONENBEZOGENEN DATEN</b> .....	1
<b>FAKSIMILE BEITRITTSANTRAG</b> .....	1
<b>VEREINFACHTER ARZTFRAGEBOGEN</b> .....	1
<b>ANAMNESE-FRAGEBOGEN</b> .....	1
<b>FORMULAR FÜR SCHADENSMELDUNG</b> .....	2
<b>KONTAKTDATEN</b> .....	3



# GLOSSAR

## **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.

## **Beitrittsantrag**

Die vom Teilnehmenden Unternehmen und vom Versicherten im Zuge des mit dem Versicherungsnehmer abgeschlossenen Finanzierungsvertrag unterzeichnete Erklärung, mit welcher das Teilnehmende Unternehmen und der Versicherte der Gruppenpolice beitreten und die die für die Zwecke der Versicherung relevanten Erklärungen enthält.

## **Broker**

CBP Italia S.A.S. Viale Lancetti, 43 - 20158 Mailand

## **Datum des Inkrafttretens**

Datum, ab dem die Teilnahme wirksam ist:

- bei neu ausgegebenen Finanzierungen, sofern die vom Versicherungsnehmer gewährte Finanzierung auch nur teilweise effektiv ausgezahlt wurde, fällt das Datum des Inkrafttretens mit dem Datum der Auszahlung der Finanzierung zusammen. Falls das Datum der Unterzeichnung auf dem Antragsformular nicht mit dem Datum der Auszahlung der Finanzierung übereinstimmt, wird nur letzteres berücksichtigt, und die Teilnahme gilt erst ab dem Datum des Inkrafttretens mit den entsprechenden Auswirkungen als abgeschlossen.
- für bereits ausgezahlte Darlehen (Stock) fällt das Datum des Inkrafttretens mit dem Datum der Unterzeichnung zusammen, das im Beitrittsantrag enthalten ist.

## **Dauerhafte Vollständige Invalidität**

Der vollständige, endgültige und unheilbare Verlust seiner geistigen und körperlichen Unversehrtheit durch den Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Krankheit. Im Falle einer Behinderung infolge eines Unfalls oder einer Krankheit wird die dauerhafte vollständige Invalidität im Sinne dieser Police anerkannt, wenn der Grad der dauerhaften Invalidität des Versicherten auf der Grundlage und gemäß den festgelegten Kriterien für die Sozialversicherung gegen Unfälle und Berufskrankheiten unter Hinweis auf die Bestimmungen des Einheitstextes gemäß Erlass des it. Staatspräsidenten D.P.R. 30.6.1965 Nr.° 1124 - "Tabelle der Bewertungen des prozentualen Grads der dauerhaften Invalidität - INDUSTRIE" 60% oder mehr der Vollinvalidität beträgt. Die Beurteilung der dauerhaften Invalidität erfolgt frühestens sechs Monate nach dem Datum der Meldung der Krankheit oder des Unfalls und in jedem Fall spätestens zwölf Monate nach diesem Datum.

## **Deckungssumme**

Leistung, die die Versicherungsgesellschaft dem Leistungsempfänger im Falle des Todes oder der vollständigen und dauerhaften Invalidität des Versicherten während der Laufzeit der Teilnahme zahlt. Die Deckungssumme entspricht der Restkapitalschuld, die aus dem vom Versicherten mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten und mit der Beteiligung an der Police verbundenen Finanzierungsvertrag resultiert und zum Zeitpunkt des Anspruchs berechnet wird, wobei die regelmäßige Rückzahlung auf der Grundlage des Originaltilgungsplans des Finanzierungsvertrags angenommen wird. Der gezahlte Betrag versteht sich daher netto nach den nicht gezahlten Raten oder Teilraten und den zwischenzeitlich aufgelaufenen Zinsen.

## **Entschädigung**

Der Betrag, den die Versicherungsgesellschaften aufgrund des in dieser Gruppenpolice festgelegten Versicherungsschutzes nach dem Eintreten eines Schadensfalls zahlen müssen.

## **Finanzierungsvertrag**

Der Finanzierungsvertrag ist der Vertrag, mit dem die Bank/das Kreditinstitut dem Kunden eine Finanzierung gewährt, die in den Geltungsbereich von **Hypothekendarlehen** oder **ungesicherten Darlehen** und **Privatkrediten** für einen vorher festgelegten Betrag fällt, der vom Versicherten nach einem französischen Tilgungsplan zurückzuzahlen ist, dessen Laufzeit mindestens 9 Monate und höchstens 240 Monate beträgt und auf den sich der in dieser Gruppenpolice genannte Versicherungsschutz bezieht

## **Gruppenpolice/n (oder Vertrag)**

Gruppenversicherungspolice mit optionaler Mitgliedschaft, unterzeichnet zwischen NET INSURANCE S.p.A., NET INSURANCE LIFE S.p.A. und der Versicherungsnehmer-Bank im Interesse mehrerer Teilnehmender Unternehmen, die sich gegen die in der Police selbst enthaltenen Risiken absichern wollen.

## **IVASS**

Versicherungsüberwachungsinstitut, das Aufsichtsfunktionen in Bezug auf Versicherungsunternehmen auf der Grundlage der von der Regierung festgelegten Versicherungspolitiken 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.

**Kreditinstitut**

Stimmt mit dem Versicherungsnehmer dieser Gruppenpolice überein

**Laufzeit des Versicherungsschutzes**

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

**Leistungsempfänger**

Leistungsempfänger ist das Teilnehmende Unternehmen

**Parteien**

Die Versicherungsgesellschaften und der Versicherungsnehmer.

**Prämie**

Betrag einschließlich Steuern, den das Beteiligte Unternehmen bei Unterzeichnung des Beitrittsantrag auf Versicherungsschutz zu zahlen hat.

**Restschuld**

Der im Verhältnis zur Finanzierung zu Gunsten des Versicherungsnehmers verbleibende Kapitalbetrag ergibt sich aus dem Tilgungsplan des Finanzierungsvertrags abzüglich etwaiger nicht bezahlter Raten.

**Schadensfall**

Schadensereignis, für das eine Versicherung besteht.

**Teilnahme**

Anwendung, die sich aus der Unterzeichnung des Beitrittsantrags zur Gruppenpolice (oder zum Vertrag) durch das Teilnehmende Unternehmen und den Versicherten ergibt.

**Teilnehmendes Unternehmen**

Juristische Person, die mit dem Versicherungsnehmer einen Finanzierungsvertrag abgeschlossen hat, die optional der Gruppenpolice beigetreten ist, indem sie die entsprechende Prämie gezahlt und den Beitrittsantrag unterzeichnet hat.

**Tod**

Tod des Versicherten.

**Unfall**

Der Unfall ist ein Ereignis aufgrund einer zufälligen und gewaltsamen äußeren Ursache, die den Tod des Versicherten oder objektiv feststellbare Körperverletzungen zur Folge hat, die zu einer Dauerhafte Vollständige Invalidität führen. Sie sind auch gleichbedeutend mit Verletzungen: Asphyxie nicht krankhaften Ursprungs, akute Vergiftung durch Verschlucken oder Resorption von Substanzen; Infektion und Vergiftung durch Tier-, Insekten- und Pflanzenbisse, ausgenommen Malaria und Tropenkrankheiten; Ertrinken; Erfrierungen oder Einfrieren; Sonnenstiche oder Hitze; Muskelverletzungen durch Verspannungen, mit Ausnahme von subkutanen Sehnenrissen, jeglicher Art von Infarkt, mit Ausnahme jeglicher anderer Art von Hernien; Unfälle in einem kranken oder leichtsinnigen Zustand.

**Vereinfachter Arztfragebogen/Anamnese-Fragebogen**

Dokumente, die der Versicherte vor Abschluss der Versicherung auf Verlangen der Gesellschaften ausfüllen muss, und die Fragen zu Gesundheitszustand und Lebensgewohnheiten des Versicherten enthalten. Die vom Erklärenden zur Verfügung gestellten Informationen dienen den Gesellschaften der Einschätzung des Risikos und der Festlegung der Versicherungsbedingungen.

**Versicherter**

Versichert ist die natürliche Person im Alter zwischen 18 und nicht vollendeten 65 Jahren, designiert vom Teilnehmenden Unternehmen, die im Besitz der Versicherbarkeitsvoraussetzungen ist und ihre Zustimmung zur Beteiligung an der Gruppenpolice nach Art. 1919 C.C. erteilt hat.

**Versicherungsgesellschaften/-unternehmen**

Für die Lebensversicherungssparte: NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand

Für die Schadenssparte: (Dauerhafte Vollständige Invalidität): NET INSURANCE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand

**Versicherungsnehmer**

Bank /Kreditinstitut, bei der/dem die Finanzierung beantragt wird, und die/das den Versicherungsvertrag mit den Gesellschaften abschließt.

**Versicherungsschutz**

Der von den Versicherungsgesellschaften gewährte Versicherungsschutz entsteht durch die Zahlung einer Prämie, gegenüber der die Versicherungsgesellschaften verpflichtet sind, die Entschädigung beim Eintreten eines Schadensfalls zu zahlen.

**Zeitraum vor der Tilgung**

Darunter versteht sich der Zeitraum vor Beginn des Ratenplans für die Darlehensrückzahlung mit einer Dauer von maximal 12 Monaten, während dessen der Kunde bereits die volle Verfügung über das Anfangskapital besitzt. Während dieses Zeitraums, dessen Dauer im Vertrag festgelegt wird, beschränkt sich der Kunde darauf zu den Fälligkeitsdaten lediglich die zum vertraglich vereinbarten Satz berechneten Zinsen für den Darlehensbetrag zu zahlen.



## ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN GRUPPENPOLICE NET CPI BUSINESS

Die vollständigen Texte der zwischen dem VERSICHERUNGSNEHMER und den VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN vereinbarten Gruppenpolicen sind am Sitz der Vertragspartei und in den Geschäftsräumen von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. niedergelegt.

### Art. 1 VERSICHERUNGSSCHUTZLEISTUNGEN

Dieser Vertrag enthält folgende Deckungen:

- Tod, geleistet von NET INSURANCE LIFE S.p.A.;
- Dauerhafte Vollständige Invalidität, geleistet von NET INSURANCE S.p.A.

Zum besseren Verständnis wird das folgende vereinfachende Schema wiedergegeben:

<u>Deckungen</u>		<u>Versicherungsfähige Personen</u>
<u>Tod</u>	<u>Dauerhafte und Vollständige Invalidität</u>	
<u>Ja</u>	<u>Ja</u>	Alle Personen, die eine grundlegende Rolle im Unternehmen spielen und schwer zu ersetzen sind.

Die Versicherungsschutzarten werden von den Versicherungsgesellschaften auf der Grundlage der Erklärungen des Teilnehmenden Unternehmens und der Versicherten geleistet.

Die Versicherungsschutzleistungen gelten ohne räumliche Begrenzung, aber die Versicherungsschutzleistungen Dauerhafte Vollständige Invalidität muss von einem Arzt beurteilt werden, der seine Tätigkeit in einem Mitgliedsland der Europäischen Union ausübt.

### Art. 2 PFLICHTEN DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

Die Pflichten der Versicherungsgesellschaften ergeben sich ausschließlich aus der Gruppenpolice, aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, aus 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 VERSICHERBARKEITSANFORDERUNGEN UND ZULASSUNGSFORMALITÄTEN

Um die wirksam der Gruppenpolice beitreten zu können, sind folgende Bedingungen zu erfüllen:

- a) Das Teilnehmende Unternehmen hat mit dem Versicherungsnehmer einen Finanzierungsvertrag für mindestens 9 Monate bis höchstens 240 Monaten abgeschlossen 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) Der Versicherte ist zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Antrags zwischen 18 und nicht vollendeten 65 Jahren alt, unbeschadet der Tatsache, dass das Versicherungsalter auf nicht vollendete 75 Jahre begrenzt ist.
- d) Das Teilnehmende Unternehmen hat die Einmalprämie im Voraus oder den Jahrespreis nach Annahme durch die Gesellschaften gezahlt



Zusätzlich zu den oben genannten Anforderungen muss jeder vom Teilnehmenden Unternehmen benannte Versicherte folgende Bedingungen erfüllen, um die Deckung wirksam zu aktivieren:

- a) ist der Gruppenpolice beigetreten und hat den vereinfachten medizinischen Fragebogen und auf Anfrage den Anamnese-Fragebogen entweder allein oder mit Hilfe seines Hausarztes unterschrieben.
- b) hat zusätzliche Unterlagen vorgelegt, die gegebenenfalls erforderlich sind.
- c) hat der Teilnahme an der Gruppenpolice gemäß Art 1919 C.C. zugestimmt.

Das Teilnehmende Unternehmen bekundet durch Unterzeichnung des Beitrittsformulars, das 6 Monate gültig ist, sein Interesse, an der Police teilzunehmen.

Jede Teilnahme muss mit den im nachstehenden Artikel 3.1 ("Übernahmegrenzen") angegebenen Unterlagen abgeschlossen werden.

Im Falle der Unterzeichnung des vereinfachten medizinischen Fragebogens mit allen negativen Antworten gilt der Versicherungsschutz nach der Unterzeichnung des Beitrittsformulars als seitens der Gesellschaften gewährt. Bei Unterzeichnung des Anamnese-Fragebogens behalten sich die Gesellschaften das Recht vor, über die Annahme oder Ablehnung des Versicherungsschutzes zu entscheiden oder weitere Gesundheitsunterlagen anzufordern. In solchen Fällen verpflichten sich die Gesellschaften, dem Versicherten und zur Information dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Annahme oder Ablehnung des Risikos mitzuteilen.

### **3.1 Übernahmeregeln**

Die Risikoübernahme erfolgt auf der Grundlage der Angaben im Beitrittsformular, das vom Teilnehmenden Unternehmen und vom Versicherten in allen Teilen ausgefüllt, datiert und unterschrieben sein muss, sowie, falls gefordert, des Anamnese-Fragebogens, der vom Versicherten alleine oder mit Hilfe des Hausarztes ausgefüllt, datiert und unterschrieben werden muss. Weitere angeforderte Unterlagen sind gegebenenfalls beizufügen.

Jeder Teilnahme muss mit den folgenden Unterlagen abgeschlossen werden:

- Für Kapital bis zu 200.000,00 Euro (zweihunderttausend / 00) muss die Unterzeichnung des im Beitrittsformular enthaltenen vereinfachten medizinischen Fragebogens vorgelegt werden. Bei mindestens einer positiven Antwort im oben bezeichneten Fragebogen muss der Anamnese-Fragebogen an das Unternehmen gesendet werden. Die Teilnahme kann nur mit Zustimmung der Gesellschaften abgeschlossen werden.
- Wenn das Alter des Versicherten zum Zeitpunkt der Teilnahme mehr als 55 Jahre beträgt oder, falls niedriger, für Kapital zwischen 200.000,01 (zweihunderttausend / 01) und 400.000,00 (vierhunderttausend / 00) zum Zeitpunkt der Teilnahme, muss der spezifische Anamnese-Fragebogen an die Gesellschaften gesendet werden. Die Teilnahme kann erst nach Zustimmung der Gesellschaften abgeschlossen werden.
- Bei einem Kapital von mehr als 400.000,00 € (vierhunderttausend / 00) sind zusätzlich zu dem spezifischen Anamnese-Fragebogen folgende Gesundheitsunterlagen an die Gesellschaften zu senden:
  - Blutanalyse: Blutbild - Blutplättchen - Blutsenkungsrate - Glykämie - Kreatinin - Urikämie - Gesamtcholesterin - HDL (High Density Lipoprotein) - LDL (Low Density Lipoprotein) - Triglycerid - GOT / GPT Transaminase - Gammaglutamyltransferase - Antikörper gegen HIV 1 und 2 - Virushepatitis-B-Serologie (HB-Antigene - Anti-HBs - Anti-HBc) - Virushepatitis-C-Serologie (Anti-VHC).
  - Herz-Kreislauf-Untersuchung mit ärztlichem Attest
  - EKG
  - PSA-Analyse (Semenogelase / Prostata-spezifisches Antigen) ausschließlich für Männer, deren Alter 50 Jahre überschreitet
  - Arztbericht

Die Teilnahme kann erst nach Zustimmung der Gesellschaften abgeschlossen werden.

Die Gesellschaften behalten sich das Recht vor, von Zeit zu Zeit zusätzliche Gesundheitsunterlagen anzufordern.

### **ART. 4 ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN**

Die maximale Entschädigung darf im Todesfall oder bei dauernder Invalidität 1.000.000,00 Euro für jeden Versicherten und für einen einzelnen Anspruch nicht überschreiten

### **ART. 5 ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN**

Falsche Angaben oder Verschweigen des Teilnehmenden Unternehmens und des Versicherten in Bezug auf Umstände, die die Risikobeurteilung der Versicherungsgesellschaften beeinflussen, können zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung sowie zum Erlöschen des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 1892, 1893 und 1894 des it.

Bürgerlichen Gesetzbuches (Codice Civile) führen.



Besonderes Augenmerk wird auf Informationen zum Gesundheitszustand gelegt, die auf Verlangen der Versicherungsgesellschaften im Zuge des Beitritts zur Gruppenpolice der Wahrheit und Richtigkeit entsprechen müssen.

#### **ART. 6 BESTIMMUNG DES VERSICHERTEN**

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

- Es können maximal 4 Subjekte versichert werden.
- In Bezug auf jeden vom Teilnehmenden Unternehmen bestimmten Versicherten entspricht das versicherte Kapital: dem Gesamtbetrag der Finanzierung für die neu ausgegebenen Finanzierungen oder dem Betrag der Restschuld für bereits ausgezahlte Finanzierung oder einem Betrag, der auch niedriger sein kann als der Gesamtbetrag der Finanzierung oder die Restschuld.

Die Nichtannahme der Zulassung zum Versicherungsschutz seitens der Versicherungsgesellschaften nur gegenüber einem der Versicherten hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit der Versicherung für den verbleibenden Versicherten, unter der Voraussetzung, dass die Bestimmungen für die Übernahme des Versicherungsschutzes eingehalten werden.

Für den Fall, dass der Versicherte nicht mehr der Key Man innerhalb des Teilnehmenden Unternehmens im Sinne von Artikel 3 Punkt b) der Versicherungsbedingungen ist, erlischt der diesbezügliche Versicherungsschutz gemäß den Bestimmungen des nachfolgenden Artikels 7 Punkt 7. Der Verlust der Rolle des Versicherten wird vom Teilnehmenden Unternehmen über den Versicherungsnehmer an folgende Adresse der Gesellschaften gemeldet:

**NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.  
c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand**

Dazu sind folgende Unterlagen beizufügen:

- eine Kopie des ursprünglich vom Beteiligten unterzeichneten Beitrittsantrags.
- Unterlagen, aus denen hervorgeht, dass die Rolle des Key Man, der ursprünglich vom Versicherten bei Teilnehmenden Unternehmen versichert war, seine Funktion verloren hat (z. B. Aufhebung des Beschlusses der Geschäftsführung, Kündigungsschreiben, Pensionierung usw.).

In diesem Fall hat das Teilnehmende Unternehmen unbeschadet des Rechts des Teilnehmenden Unternehmens auf Rückerstattung der nicht genutzten Prämie gemäß den Bestimmungen von Artikel 7, das Recht, gegen Zahlung einer neuen Prämie und nach den Kriterien des Beitrittsverfahrens gemäß Artikel 3 ("Anforderungen an die Versicherbarkeit und die Formalitäten für die Zulassung") einen neuen Versicherten zu aktivieren.

#### **ART. 7 DATUM DES INKRAFTTRETENS UND LAUFZEIT DES VERSICHERUNGSSCHUTZES**

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

Die Laufzeit der Deckungen ist gleich:

- 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 der Teilnahme 60 Monate nicht unterschreiten.

Die Deckungen, die von dieser Gruppenpolice garantiert werden, laufen ab dem Zeitpunkt der Vollendung der Mitgliedschaft.

Die Teilnahme gilt als abgeschlossen um 24 Uhr des Datums des Inkrafttretens, zusammenfallend mit:

- Datum der Auszahlung der Finanzierung bei neu ausgegebenen Finanzierungen.
- Zeichnungsdatum im Beitrittsantrag, bei bereits ausgezahlten Finanzierungen;

unter der Bedingung, dass:

- der Beitrittsantrag, der vereinfachte medizinische Fragebogen ausgefüllt, datiert und unterzeichnet wurde und, falls angefordert, der Anamnese-Fragebogens vom Versicherten allein oder mit Hilfe seines Hausarztes ausgefüllt, datiert und unterzeichnet wurde.
- zusätzliche Unterlagen vorgelegt wurden, die gegebenenfalls erforderlich sind.
- die Annahme seitens der Gesellschaften erfolgte.
- die einmalige oder jährliche Vorausprämie gezahlt wurde.



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

1. Tod des Versicherten: Für den Fall, dass es mehr als einen versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung gibt und die Entschädigung für den Tod eines von diesen ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für jeden anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung in Kraft, und die entsprechenden Entschädigungen werden nach den Beträgen des Tilgungsplans der Finanzierung selbst bemessen.
2. Dauerhafte Vollständige Invalidität des Versicherten: Für den Fall, dass es mehr als einen versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung gibt und die Entschädigung für Dauerhafte Vollständige Invalidität eines von diesen ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für jeden anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung in Kraft, und die entsprechenden Entschädigungen werden nach den Beträgen des Tilgungsplans der Finanzierung selbst bemessen.
3. Ablauf der Teilnahme
4. Ablauf der jährlichen Verlängerung bei Kündigung seitens des Kunden im Fall von Jahresteilnahmen.
5. Erreichen des 75. Geburtstages des Versicherten.
6. Seitens des ursprünglich im Beitrittsantrag bestimmten Versicherten Verlust einer der Anforderungen gemäß Artikel 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
7. Ausübung des Widerrufsrechts
8. vorzeitige vollständige Rückzahlung der Finanzierung durch den Kunden (falls das Teilnehmende Unternehmen nicht verlangt, den Versicherungsschutz bis zum ursprünglichen Ablauf der Teilnahme fortzusetzen).
9. Abtretung der Finanzierung gemäß Art. 8 des Gesetzes Nr. 40 vom 2. April 2007 (für den Fall, dass das Teilnehmende Unternehmen die Fortsetzung des Versicherungsschutzes nicht beantragt);

Bei mehr als einem Versicherten beeinträchtigt die Abtretung der Deckungen gegenüber einen von ihnen nicht die Fortsetzung des Versicherungsschutzes zugunsten der anderen Versicherten. Die Gesellschaften erstatten unter Bezugnahme auf den Versicherten ohne Deckung den Teil der Prämie, der für den verbleibenden Zeitraum in Bezug auf den ursprünglichen Ablauf gezahlt wurde.

Der zurückgezahlte Teil der Prämie entspricht der Summe:

- a) der neu proportionierten Risikoprämie in Abhängigkeit der fehlenden Jahre und Jahresabschnitte bei Fälligkeit der Deckungssumme und der verbleibenden Deckungssumme.
- b) der Kosten im Verhältnis zu den fehlenden Jahren und einem Teil eines Jahres, wenn die Deckung abläuft.

#### **ART. 8 WIDERRUFS-, RÜCKTRITTS- UND KÜNDIGUNGSRECHT**

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

Das Teilnehmende Unternehmen hat das Recht auf Rücktritt:

- innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab dem Datum des Inkrafttretens von den Deckungen in Bezug auf die Teilnahme, mit Rückzahlung der gezahlten Prämie (abzüglich Steuern für die Schadensdeckung).
- Jährlich von der Schadensdeckung im Falle einer einzelnen Vorschussprämie mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen ab Fälligkeit der Jahresprämie, mit Rückzahlung der gezahlten und nicht genutzten Prämie (nach Abzug von Steuern), berechnet auf der Grundlage der im nachfolgenden Art. 11 - Vorzeitige Rückzahlung und Abtretung der Finanzierung vorgesehenen Erstattungsformel.

Innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Eingang der Rücktrittserklärung erstatten die Gesellschaften, auch über den Broker oder den Versicherungsnehmer, die Prämie des Versicherten.

Die Teilnehmende Unternehmen hat das Recht, den Vertrag im Falle einer jährlichen Prämie mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen in Bezug auf das jährliche Fälligkeitsdatum zu kündigen.

Der Widerruf, der Rücktritt und die Kündigung sind den Gesellschaften schriftlich oder gegebenenfalls über die Zweigstelle des Versicherungsnehmers, in der das Antragsformular unterzeichnet wurde, per Einschreiben mit Rückschein unter Angabe der Vertragsstammdaten mitzuteilen und zu senden an:

NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.  
c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand

Die Ausübung des Widerrufsrechts befreit das Teilnehmende Unternehmen und die Versicherungsgesellschaften von



#### ART. 9 LEISTUNGSEMPFÄNGER

Leistungsempfänger der Versicherungsleistungen ist das Teilnehmende Unternehmen. Bei vorzeitiger Rückzahlung oder Abtretung des Finanzierungsvertrag, bei dem die Gesellschaften aufgefordert wurden, den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten, bleibt der Leistungsempfänger das Teilnehmende Unternehmen. Das Teilnehmende Unternehmen kann diese Bestimmungen jederzeit widerrufen oder ändern.

Die Bestimmung des Leistungsempfängers und ihr etwaiger Widerruf oder ihre etwaige Änderung müssen den Gesellschaften schriftlich mitgeteilt werden oder über die von den Unternehmen zur Verfügung gestellten Formulare, auch über den Broker oder den Versicherungsnehmer.

#### ART. 10 ZAHLUNG DER PRÄMIE

Die Versicherungsleistung wird gegen Zahlung einer einmaligen Prämie im Voraus und in einem Betrag oder einer jährlichen Prämie mit stillschweigender Verlängerung für die Dauer der Finanzierung seitens des Teilnehmenden Unternehmens in seinem Namen durch den Versicherungsnehmer erbracht.

Die Zahlung der Einheits-Vorschussprämie erfolgt per Banküberweisung. Nur im Fall der jährlichen Prämie wird in den auf das erste Jahr folgenden Jahren die Prämie per SEPA-Lastschrift vom Girokonto des Versicherten überwiesen.

Die Prämie wird als Prozentsatz des Gesamtbetrags der angeforderten Finanzierung oder des Restbetrags der Hauptkapitalschuld der Finanzierung im Falle bereits ausgezahlter Finanzierungen berechnet und basiert auf der Laufzeit des Finanzierungsvertrags (ausgedrückt in Monaten).

Die nicht teilbare Prämie wird vom Teilnehmenden Unternehmen zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Beitrittsantrag zur Gruppenpolice in Verbindung mit dem Finanzierungsvertrag per Banküberweisung gezahlt.

Wenn das Teilnehmende Unternehmen oder in dessen Namen der Versicherungsnehmer bei jährlichen Prämien nach einem Jahr ab dem Beginn des Versicherungsschutzes und am Ende eines jeden Jahres die Prämie des folgenden Jahres nicht zahlt, wird derselbe Versicherungsschutz ausgesetzt um 24 Uhr des 60. (sechzigsten) Tages nach Jahresende und wird am Tag der Zahlung um 24 Uhr wirksam, unbeschadet der späteren Fristen und des Rechts der Gesellschaft auf Zahlung der überfälligen Prämien. In keinem Fall werden Ansprüche anerkannt, die während der Sperrfrist auftreten.

Darüber hinaus behalten sich die Versicherungsgesellschaften das Recht vor, für den Fall, dass aus den Gesundheitschecks oder dem Anamnese-Fragebogen signifikante Pathologien hervorgehen:

- die Risikoübernahme abzulehnen; beziehungsweise
- Festlegung besonderer Bedingungen für die Risikoakzeptanz, die die Anwendung etwaiger Gesundheitszuschläge vorsehen.

#### ART. 11 VORZEITIGE RÜCKZAHLUNG UND ABTRETUNG DER FINANZIERUNG

Im Falle der vorzeitigen vollständigen Rückzahlung des Darlehensvertrags nicht im Anschluss an die Zahlung der Entschädigung für die Deckung Todesfall oder Dauerhafte Vollständige Invalidität oder im Falle des Abtretens der Finanzierung erlischt der Versicherungsschutz zum Zeitpunkt der vorzeitigen Rückzahlung/Abtretung des Finanzierungsvertrags.

Der Versicherungsnehmer muss den Unternehmen zusätzlich zu dem vom Teilnehmenden Unternehmen akzeptierten Erstattungsverfahren die vorzeitige Rückzahlung/Abtretung des Finanzierungsvertrags mitteilen.

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

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

mit:

R = Rückzahlungsbetrag

C = zur Tilgung eingesetzte Kapitalquote

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

P = Gezahlte Prämie für die Schadensdeckung nach Abzug von Steuern, etwaigen Rechten und etwaigen Erstattungen nach Rückzahlungen für vorhergehende Teiltilgungen.

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 Teil der Prämie hinzuzurechnen, der nicht in Bezug auf die Schadensdeckung (Vollständige Dauerhafte Invalidität) genommen wurde, der wie folgt berechnet wird

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

mit:

R = Rückzahlungsbetrag

C = zur Tilgung eingesetzte Kapitalquote

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

P = Gezahlte Prämie für die Schadensdeckung nach Abzug von Steuern, etwaigen Rechten und etwaigen Erstattungen nach Rückzahlungen für vorhergehende Teiltilgungen.

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:

- der neu proportionierten Risikoprämie in Abhängigkeit der fehlenden Jahre und Jahresabschnitte bei Fälligkeit der Deckungssumme und der verbleibenden Deckungssumme.
- der Kosten, abzüglich der Emissionskosten, im Verhältnis zu den fehlenden Jahren und einem Teil eines Jahres, wenn die Deckung abläuft.

Im Falle einer vorzeitigen Teilrückzahlung des Finanzierungsvertrag wird die zurückzuzahlende Prämienrate wie oben angegeben berechnet und proportional zu dem in Bezug auf die Restschuld zurückgezahlten Kapital umgestaltet. Im Falle der teilweisen Rückzahlung, die Änderungen an den grundlegenden Parametern des Tarifs, wie z. B. der Laufzeit mit sich bringt, und somit de facto bei einer Neuverhandlung der Finanzierung verliert der Vertrag gemäß den für die vollständige Rückzahlung geltenden Verfahren seine Wirkung. Gleichzeitig wird ein neuer Vertrag für den restlichen Zeitraum der Schuldentilgung mit einem neuen Zeichnungsverfahren und einer Gesundheitsbewertung für den Versicherten ausgestellt. Sollte der Versicherte jedoch ursprünglich der mit den Gesellschaften abgeschlossenen Gruppenpolice beigetreten sein, wird auf ein neues Zeichnungsverfahren mit neuer Gesundheitsbewertung verzichtet. Desgleichen kommt eine ggf. vorgesehene Karenzzeit nicht zur Anwendung - unbeschadet einer noch laufenden restlichen Karenzzeit sowie unbeschadet der Karenzzeiten für etwaige größere Versicherungssummen.

Alternativ kann das Teilnehmende Unternehmen auf schriftlichen Antrag an die Versicherungsgesellschaften den Versicherungsschutz bis zum ursprünglichen Vertragsende aufrecht erhalten.

**Es ist zu präzisieren, dass die Rückzahlung der Prämienrückstellung, die nach der vollständigen oder teilweisen Tilgung gezahlt und nicht in Anspruch genommen wird, nur für den Fall der Teilnahme mit einer Einheits-Vorschussprämie vorgesehen ist.**

Der Antrag muss vom Teilnehmenden Unternehmen direkt per Einschreiben mit Rückschein oder über die Vertragspartei an die folgenden Adressen gestellt werden:

- Für die Deckung Tod: NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand
- für die Deckung Schaden (Dauerhafte Vollständige Invalidität): NET INSURANCE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand

Für die Todesfallversicherung wird die Leistung an die Begünstigten gezahlt, die im Beitrittsantrag angegeben sind. Für die Schadensdeckung (Dauerhafte Vollständige Invalidität) ist der Versicherte selbst der Begünstigte.



## ART. 12 SCHADENSMELDUNG

Schadensmeldungen müssen unverzüglich an die Zweigstelle des Versicherungsnehmers gemeldet werden, indem eine spezielle Benachrichtigung gesendet oder das Schadensmeldungsformular ausgefüllt wird (erhältlich im Informationsset oder in der Zweigstelle des Versicherungsnehmer, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat). Die Schadensmeldung ist zusammen mit den erforderlichen Unterlagen an die Versicherungsgesellschaften unter folgenden Adressen weiterzuleiten:

- Für die Lebensversicherungssparte (Tod): NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand
- für die Schadenssparte (Dauerhafte Vollständige Invalidität): NET INSURANCE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand

Bezüglich Informationen zu Schadensfällen kann sich das Teilnehmende Unternehmen wenden an:

CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand  
Mail: [sinistri-cbp@cbp-italia.eu](mailto:sinistri-cbp@cbp-italia.eu)  
Fax 02 / 688 269 40

Nur schriftlich übermittelte Schadensmeldungen gelten als gültig, sofern sie die erforderlichen Unterlagen enthalten, die im Schadensmeldungsformular 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 diesen getragen werden.

Versicherungsgesellschaften leisten Zahlungen für garantierte Leistungen innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab dem Datum des Eingangs der vollständigen, unten angegebenen Dokumentation zu jeder Deckung.

### Für die Deckung Tod

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder in der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, die den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Liquidation, das die folgenden Informationen enthalten muss:
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.
  - Fotokopie des gültigen Ausweises und des Steuerausweises des gesetzlichen Vertreters sowie ein Unternehmensdokument, das ihre rechtliche Vertretung bestätigt.
- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens oder eines Anamnese-Fragebogens oder, *falls dieser fehlt*, eine von der Bank beglaubigte *Verlusterklärung*.
- 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.
  - Protokolle der am Sterbeort aktivierten Justizbehörde.

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

Die Gesellschaft führt die Zahlung aus ihren vertraglichen Verpflichtungen zugunsten des Berechtigten innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Erhalt der vorgenannten Unterlagen nach Feststellung der Auszahlungsbedingungen aus. 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:

- jegliche weitere Unterlagen vorlegen, deren Anforderung die Gesellschaft für angebracht hält, um den Schadensfall zu überprüfen.
- der Versicherungsgesellschaft erlauben, alle Untersuchungen durchzuführen, die sie für notwendig erachtet

#### **Für die Deckung Vollständige und dauerhafte Invalidität**

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder in der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, die den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Liquidation, das die folgenden Informationen enthalten muss:
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.
  - Fotokopie des gültigen Ausweises und des Steuerausweises des gesetzlichen Vertreters sowie ein Unternehmensdokument, das ihre rechtliche Vertretung bestätigt.
- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens oder eines Anamnese-Fragebogens oder, *falls dieser fehlt*, eine von der Bank beglaubigte *Verlusterklärung*.
- 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

#### **ART. 13 VERPFLICHTUNGEN DES TEILNEHMENDEN UNTERNEHMENS IM SCHADENSFALL**

##### Für die Deckung Tod

Im Todesfall können die Rechtsnachfolger das entsprechende Schadensmeldeformular (im Informationsset oder in 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 CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand

Als Anlage ist die Dokumentation nach Art. 12 („Schadensmeldung“) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und nach den dort angegebenen Methoden beizufügen.

##### Für die Deckung Dauerhafte Vollständige Invalidität

Im Schadensfall muss das Teilnehmende Unternehmen die Gesellschaft spätestens bis zu der im folgenden Absatz angegebenen Frist benachrichtigen. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung kann zum Verlust des Rechts oder der damit verbundenen Kürzung der Erstattungen gemäß Art. 1915 C.C. führen.

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

**NET INSURANCE S.p.A.**  
c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand

Als Anlage ist die Dokumentation nach Art. 12 („Schadensmeldung“) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und nach den dort angegebenen Methoden beizufügen.

Die Filiale des Vermittlers, bei welcher der Beitrittsantrag gestellt wurde, steht ohne zusätzliche Kosten für die Unterstützung zur Verfügung, die zur Erledigung des Falls erforderlich ist.

#### **ART. 14 AUSZAHLUNG DER LEISTUNGEN**

Sobald der Versicherungsfall bestätigt wurde, leisten die Versicherungsgesellschaften die Zahlung für die durch diesen Vertrag garantierten Leistungen gemäß den Bestimmungen des Artikels. 12 („Schadensmeldung“).



In der Folge erkennt das Teilnehmende Unternehmen ab sofort an, dass die Gesellschaften von ihren Verpflichtungen zur Zahlung einer Entschädigung durch die Zahlung derselben an den Begünstigten befreit werden.

#### **ART. 15 WEITERE VERSICHERUNGEN**

Es gilt als vereinbart, dass der Versicherungsschutz mit anderen Versicherungspolicen 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 Teilnehmenden Unternehmen zu tragen. Änderungen der für den Tarif geltenden Steuergesetzgebung werden unverzüglich zur Kenntnis genommen und dem Teilnehmenden Unternehmen und dem Versicherungsnehmer mitgeteilt.

#### **ART. 17 KOMMUNIKATIONEN**

Alle Mitteilungen seitens des Teilnehmenden Unternehmens an die Versicherungsunternehmen in Bezug auf die Gruppenpolicen müssen per Einschreiben mit Rückschein erfolgen. Eventuelle Mitteilungen der Versicherungsgesellschaften sind an die Adresse zu richten, die das Teilnehmende Unternehmen auf dem Beitrittsantrag angegeben hat.

#### **ART. 18 DEM TEILNEHMENDEN UNTERNEHMEN AUSZUHÄNDIGENDE UNTERLAGEN**

Der Versicherungsnehmer wird - bei Abschluss des Finanzierungsvertrags - die Möglichkeit der Einhaltung der Gruppenpolice mitteilen und dem Versicherten eine Kopie dieser Versicherungsbedingungen aushändigen.

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

Der Versicherungsnehmer stellt die Versicherungsgesellschaften von jeglichen nachteiligen Konsequenzen frei, die sich aus der Nichteinhaltung der vorstehenden Bestimmungen durch den Versicherungsnehmer selbst ergeben können.

#### **ART. 19 VERZICHT AUF ENTSCHÄDIGUNG**

Die Versicherungsgesellschaften verzichten auf das Recht des Eintritts gemäß Art. 1916 des C.C.

#### **ART. 20 ANWENDBARES RECHT**

Das auf den Vertrag anwendbare Recht ist das italienische.

#### **ART. 21 GERICHTSSTAND**

Gerichtsstand ist der Sitz oder Wohnsitz des Teilnehmenden Unternehmens oder das von diesem bevorzugte Sitz.

#### **ART. 22 HAFTUNGSAUSSCHLUSS**

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 Tod:*

- 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](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it);
- Fax: 06.89326.570

*für die Schadenssparte (Dauerhafte Vollständige Invalidität):*

- 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](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it);
- Fax: 06.89326.570

Reklamationen werden innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt abgearbeitet.



Im Falle der verweigerten oder teilweisen Annahme der Reklamation oder des Fehlens einer Antwort seitens der Gesellschaft oder des Vermittlers innerhalb von 45 Tagen kann der Beteiligte / der Versicherte Kontakt aufnehmen mit IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it Info unter: www.ivass.it

#### **ART. 24 ABTRETUNG VON RECHTEN**

Das Teilnehmende Unternehmen darf in keiner Weise die Rechte aus der in dieser Police 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 Justizbehörde zu wenden, haben die Vertragsparteien das Recht, auf die Entscheidung eines Kollegiums aus drei Ärzten Bezug zu nehmen, wenn es um Streitigkeiten über die Art und Bewertung der Ereignisse geht, die Gegenstand der von diesem Vertrag geleisteten Deckung ist. In diesem Fall erteilen die Vertragsparteien mit einem Privatvertrag ein Mandat an ein Kollegium aus drei Ärzten, von denen jeweils einer pro Partei und der dritte einvernehmlich oder andernfalls vom Rat der Ärztekammer, der für den Ort zuständig ist, an dem sich das Kollegium treffen soll, nominiert wird.

Das Ärztekollegium ist in der Gemeinde, im Sitz des Rechtsmedizinischen Instituts in der Nähe des Sitzes des Teilnehmenden Unternehmens 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 der Grundlage dieses Vertrags zu garantieren, sofern die besagte Deckung, Zahlung oder Entschädigung dieselbe irgendwelchen Verboten, wirtschaftlichen Sanktionen oder Beschränkungen aufgrund von Resolutionen der Vereinten Nationen oder wirtschaftlichen oder kommerziellen Sanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen sollte.

## **VERSICHERUNGSSCHUTZ TODESFALL**

#### **ART. 28 ÄNDERUNGEN AM BEITRITTSANTRAG**

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

#### **ART. 29 GEGENSTAND DER DECKUNG IM TODESFALL**

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

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

#### **ART. 30 VERSICHERUNGSLEISTUNG**

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 Rückzahlungsraten, die sich auf den Zeitraum vor dem Tod des Versicherten beziehen.

Der Wert der Deckungssumme ist gleich dem Gesamtbetrag der Finanzierung für die neu ausgegebenen Finanzierungen oder dem Betrag der Restschuld für bereits ausgezahlte Finanzierung oder einem Betrag, der auch niedriger sein kann als der



Gesamtbetrag der Finanzierung oder die Restschuld.

Wenn mehrere Versicherte bestimmt werden, darf das versicherte Kapital für jeden von ihnen - für maximal vier Subjekte - den Gesamtbetrag der Finanzierung (für neu ausgegebene Finanzierungen) oder den Betrag der Restschuld (bei bereits ausgezahlten Finanzierungen) nicht überschreiten beziehungsweise kann einen abweichenden Betrag nicht überschreiten, der auch niedriger als der Gesamtbetrag / die Restschuld selbst sein kann.

Die Entschädigung wird im Rahmen des Höchstbetrags von 1.000.000,00 Euro für jeden Versicherten gezahlt, wie vorgesehen in Art.4 „Entschädigungsgrenzen“.

Falls der Versicherte während der Vertragslaufzeit nicht von einem Schadensfall betroffen ist, gilt der Vertrag zum Ablaufdatum als gekündigt und die für die Todesfalldeckung gezahlte Prämie bleibt bei der Gesellschaft.

Für den Fall, dass es mehrere Versicherte gibt und die Entschädigung für den Tod eines von diesen ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für jeden anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung in Kraft, und die entsprechenden Entschädigungen werden nach den Beträgen des Tilgungsplans der Finanzierung selbst bemessen.

Für den Fall vorzeitiger Kündigung und Abtretung des Finanzierungsvertrag wird auf die Bestimmungen des Art. 11 („Vorzeitige Rückzahlung und Abtretung 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, es sei denn, der Tod wird verursacht durch:**

- **Vorsatz des Begünstigten und des Versicherten.**
- **Aktive Beteiligung des Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.**
- **aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegereignissen, es sei denn, diese Teilnahme ergibt sich aus Verpflichtungen gegenüber dem italienischen Staat: In diesem Fall kann die Deckung auf Antrag des Versicherungsnehmers unter den vom zuständigen Ministerium festgelegten Bedingungen gewährt 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.**
- **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.**
- **nichttherapeutische Verwendung von Arzneimitteln, Halluzinogenen und dergleichen.**
- **Flugunfälle durch Akrobatik, Ausstellungen, Aufzeichnungen 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 den laut geltenden Vorschriften erforderlichen Führerschein verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein, jedoch unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Moment des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt und diese innerhalb von drei Monaten ab dem Schadensfall erhalten hat.**
- **HIV-Infektion, erworbener Immundefizienzstatus (AIDS) oder verwandte Syndrome oder assimilierbare Zustände.**
- **freiwillige Selbstverletzungen des Versicherten oder wenn der Versicherte sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet.**
- **Missbrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum durch den Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum wurde zu therapeutischen Zwecken verschrieben, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann.**
- **natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).**



Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Tod in folgenden Fällen:

- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.
- Ausübung aller auf professioneller Ebene ausgeübten sportlichen Aktivitäten mit Ausnahme der Teilnahme an Amateur-Wettbewerben oder entsprechenden Probeläufen sowie von Firmen- und firmenübergreifenden Wettbewerben.
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor- / Segelbooten auch als Passagier bei nicht rein regelmäßigen Wettbewerben und den entsprechenden Probeläufen.
- Boxsport, schwere Leichtathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern auf Felsen oder Eis, Bergsteigen auf über 4.000 m oder mehr als der dritten Stufe der französischen Skala und / oder Klettern auf Eis oder Gletschern oder Solo-Klettern, unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Springen vom Sprungbrett mit Skiern oder Wasserskiern, akrobatisches Skifahren, Bob, Rugby, American Football, Tauchen, Luftsport im Allgemeinen.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
  - Soldaten im aktiven Dienst mit Ausnahme derjenigen, die ausschließlich administrative Tätigkeiten in Italien ausüben
  - Zirkus- und Stuntman-Aktivitäten
  - Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Minen

**In diesen Fällen zahlt die Gesellschaft als teilweise Ausnahme von Artikel 30 (Versicherungsleistung) den Betrag, der von Jahr zu Jahr zur Deckung des Todesrisikos zurückgestellt wird, und der Vertrag wird vorzeitig aufgelöst.**

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

#### **ART. 32 RÜCKKAUF UND DARLEHEN**

- 32.1 Die Versicherung hat oder liefert keinen Rückkaufswert.
- 32.2. Darlehen sind im Zusammenhang mit dieser Police nicht verfügbar.

#### **ART. 33 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN**

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

## **VERSICHERUNG DAUERHAFTE VOLLSTÄNDIGE INVALIDITÄT NACH UNFALL ODER KRANKHEIT**

#### **ART. 34 VERSICHERUNGSLEISTUNG**

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherten, die/der zu einer anerkannten und festgestellten Dauerhaften Vollständigen Invalidität von mindestens 60% seiner psychophysischen Integrität führt, unabhängig davon, ob die versicherte Person einer Berufstätigkeit nachgeht oder nicht, während der Gültigkeitsdauer des Versicherungsschutzes und vor dem 75. Geburtstag des Versicherten, garantiert die Gesellschaft dem Leistungsempfänger die Zahlung eines Betrags gleich dem versicherten Kapital. Der Versicherungsschutz umfasst in keinem Fall nicht bezahlte Rückzahlungsraten, die sich auf den Zeitraum vor der Invalidität des Versicherten beziehen.

Die Dauerhafte Vollständige Invalidität wird für die Zwecke dieser Deckung auf der Grundlage und nach den Kriterien anerkannt, die für die Sozialversicherung gegen Unfälle und Berufskrankheiten unter Bezugnahme auf die Bestimmungen im Einheitstext gemäß Erlass des it. Staatspräsidenten D.P. 30.6.1965 Nr. 1124 - "Tabelle der Bewertungen des prozentualen Grads der dauerhaften Behinderung - INDUSTRIE" festgelegt wurden..

Der Wert der Deckungssumme ist gleich dem Gesamtbetrag der Finanzierung (für die neu ausgegebenen Finanzierungen) oder dem Betrag der Restschuld (für bereits ausgezahlte Finanzierung) oder einem Betrag, der auch niedriger sein kann als der Gesamtbetrag der Finanzierung oder die Restschuld.

Wenn mehrere Versicherte bestimmt werden, darf das versicherte Kapital für jeden von ihnen - für maximal vier Subjekte - den Gesamtbetrag der Finanzierung (für neu ausgegebene Finanzierungen) oder den Betrag der Restschuld (bei bereits ausgezahlten Finanzierungen) nicht überschreiten beziehungsweise kann einen abweichenden Betrag nicht überschreiten, der auch niedriger als der Gesamtbetrag / die Restschuld selbst sein kann.



Die Entschädigung kann den Betrag von 1.000.000,00 Euro pro Versichertem und Schadensfall gemäß Artikel 4 („Entschädigungsgrenzen“) nicht überschreiten.

Falls der Versicherte während der Vertragslaufzeit nicht von einem Schadensfall betroffen ist, gilt der Vertrag zum Ablaufdatum als gekündigt und die für die Deckung Dauerhafte Vollständige Invalidität gezahlte Prämie bleibt bei der Gesellschaft.

Für den Fall, dass es mehrere Versicherte gibt und die Entschädigung für Dauerhafte Vollständige Invalidität eines von diesen ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für jeden anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung in Kraft, und die entsprechenden Entschädigungen werden nach den Beträgen des Tilgungsplans der Finanzierung selbst bemessen.

Für den Fall vorzeitiger Kündigung und Abtretung des Finanzierungsvertrag wird auf die Bestimmungen des Art. 11 („Vorzeitige Rückzahlung und Abtretung 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 Dauerhafter Vollständiger Invalidität aufgrund folgender Ursachen:**

- **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.**
- **Flugunfälle durch Akrobatik, Ausstellungen, Aufzeichnungen oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation).**
- **aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegereignissen**
- **Aktive Beteiligung des Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.**
- **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 den laut geltenden Vorschriften erforderlichen Führerschein verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein, jedoch unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Moment des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt und diese innerhalb von drei Monaten ab dem Schadensfall erhalten hat. .**
- **HIV-Infektion, erworbener Immundefizienzstatus (AIDS) oder verwandte Syndrome oder assimilierbare Zustände.**
- **freiwillige Selbstverletzungen des Versicherten oder wenn der Versicherte sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet.**
- **Missbrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum durch den Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum wurde zu therapeutischen Zwecken verschrieben, 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 Krawalle, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat.**
- **freiwillige oder herbeigeführte Abtreibung oder Komplikationen, die sich aus solchen Ereignissen ergeben.**
- **Unfälle durch natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).**
- **Ereignisse, die auf folgende geistige Einschränkungen zurückzuführen sind: organisches Gehirnsyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände**
- **Anwendungen 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.

- Rückenschmerzen und ähnliche Erkrankungen, sofern sie nicht durch radiologische und klinische Untersuchungen nachgewiesen werden, die zu einer vollständigen Behinderung führen.

Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Unfall in folgenden Fällen:

- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.
- Ausübung aller auf professioneller Ebene ausgeübten sportlichen Aktivitäten mit Ausnahme der Teilnahme an Amateur-Wettbewerben oder entsprechenden Probeläufen sowie von Firmen- und firmenübergreifenden Wettbewerben.
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor- / Segelbooten auch als Passagier bei nicht rein regelmäßigen Wettbewerben und den entsprechenden Probeläufen.
- Boxsport, schwere Leichtathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern auf Felsen oder Eis, Bergsteigen auf über 4.000 m oder mehr als der dritten Stufe der französischen Skala und / oder Klettern auf Eis oder Gletschern oder Solo-Klettern, unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Springen vom Sprungbrett mit Skiern oder Wasserskiern, akrobatisches Skifahren, Bob, Rugby, American Football, Tauchen, Luftsport im Allgemeinen.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
  - Soldaten im aktiven Dienst mit Ausnahme derjenigen, die ausschließlich administrative Tätigkeiten in Italien ausüben
  - Zirkus- und Stuntman-Aktivitäten
  - Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Minen

#### **ART. 36 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN**

Im Schadensfall muss das Teilnehmende Unternehmen oder dessen Vertreter der Versicherungsgesellschaft innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab dem Datum des Unfalls oder der Krankheit oder ab dem Zeitpunkt, an dem er / sie die Gelegenheit gemäß Art. 1913 des C.C. hatte, schriftlich Bescheid geben.

Die Schadensmeldung muss einen Hinweis auf den Ort, den Tag, die Uhrzeit und die Ursache des Ereignisses enthalten, und die im obenstehenden Artikel 12 („Schadensmeldung“) angegebene Dokumentation muss der entsprechenden Mitteilung oder dem Schadensmeldeformular beigelegt sein.



# INFORMATION ZUM SCHUTZ DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

## 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. (im Weiteren auch "der Versicherer") mit Sitz in der Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 Rom, gemäß und im Sinne von Artikel 13 der EU-Verordnung 2016/679 vom 27. April 2016 (später, auch die "Verordnung"), und im Einklang mit dem Grundsatz der Transparenz und Kenntnis der Merkmale und Methoden der Datenverarbeitung, erteilt diese Information.

### 1) Inhaber der Datenverarbeitung

Der Inhaber der Datenverarbeitung und Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten ist die Net Insurance Gruppe mit Rechtssitz 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, Buchstaben a) anderen Stellen der Versicherungskette mitgeteilt werden, z.B. Mitversicherern, Rückversicherern, Archivierungsunternehmen, mit der Schadensabwicklung beauftragte Gesellschaften, gutachterliche Treuhänder und Rechtsbeistände, Kontrollorgane (IVASS, COVIP, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Gerichtsbehörden und andere Datenbanken, an welche die personenbezogenen Daten obligatorisch mitzuteilen sind, oder für die Zwecke des Abschlusses /der Ausführung des Versicherungsvertrags.



- 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 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 verleiht 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:

- Recht auf Ihre personenbezogenen Daten zuzugreifen (Art. 15).
- Recht auf Berichtigung (Art. 16).
- Recht auf Löschung (Recht auf Vergessen) (Art. 17).
- Recht auf Beschränkung der Verarbeitung (Art. 18).
- Recht auf Übertragung der Daten (Art. 20).
- Widerspruchsrecht (Art. 21).
- Recht, den Datenschutzbeauftragten 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 an [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it)



# FAKSIMILE BEITRITTSANTRAG



## Richiesta di adesione n°

Polizza Collettiva n. 634/635 "NET CPI Business" stipulata da CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. (Contraente) con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Possono aderire alla Polizza Collettiva, assumendo la qualifica di Assicurato, fino a un massimo di quattro persone assicurabili. Ciascuna persona è assicurata per un capitale pro quota la cui somma copre l'intero importo del Mutuo, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato. Ciascun Assicurato potrà essere coperto per una quota parte dell'importo totale del Mutuo, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato, o per il totale del Mutuo stesso, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato. La quota prescelta relativa a ciascun Assicurato è indicata nella presente Richiesta di Adesione.

Dati dell'Impresa Aderente			
Denominazione/Ragione Sociale			Partita IVA
Indirizzo	Località	Provincia	AP
Telefono	E-mail		
Nr. finanziamento	SAE	ATI	TAN
Finanziamento richiesto/Debito residuo €		Durata finanziaria pari a (mesi)	
Premio unico €	Premio annuale	Capitale Assicurato €	

Dati del Legale Rappresentante			
Cognome	Nome		
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Nazionalità	Cittadinanza		Sesso
Residenza	Località	Provincia	CAP
Domicilio (diverso da residenza)			
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione	
Persona politicamente esposta:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Possono essere assicurati fino ad un massimo di quattro persone fisiche. Le garanzie saranno operanti per la percentuale definita dall'Impresa Aderente negli appositi campi.

Preso atto che la CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. e in collaborazione con il Broker CBP Italia S.A.S. una polizza collettiva di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone giuridiche della CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A., o delle sue partecipate o controllate.

### RICHIEDE DI ADERIRE ALLA POLIZZA COLLETTIVA N. 634/635

	Coperture Assicurative	Prestazione/Indennizzo
<input checked="" type="checkbox"/>	A) Decesso dell'Assicurato	A) Debito Residuo del Mutuo
	B) Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) dell'Assicurato	B) Debito Residuo del Mutuo



**1) Dati dell'Assicurato N. 1**

Cognome		Nome	
Indirizzo di Residenza	Località	Provincia	CAP
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione	
Quota di copertura assicurativa: %	Premio unico €		Premio annuo €
Capitale assicurato €			

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. e tramite CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. o sue partecipate o controllate \_\_\_\_\_ Euro

**2) Dati dell'Assicurato N. 2**

Cognome		Nome	
Indirizzo di Residenza	Località	Provincia	CAP
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione	
Quota di copertura assicurativa: %	Premio unico €		Premio annuo €
Capitale assicurato €			

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. e tramite CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. o sue partecipate o controllate \_\_\_\_\_ Euro

**3) Dati dell'Assicurato N. 3**

Cognome		Nome	
Indirizzo di Residenza	Località	Provincia	CAP
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione	
Quota di copertura assicurativa: %	Premio unico €		Premio annuo €
Capitale assicurato €			

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. e tramite CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. o sue partecipate o controllate \_\_\_\_\_ Euro



#### 4) Dati dell'Assicurato N. 4

Cognome	Nome		
Indirizzo di Residenza	Località	Provincia	CAP
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione	
Quota di copertura assicurativa: %	Premio unico €		Premio annuo €
Capitale assicurato €			

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. o sue partecipate o controllate \_\_\_\_\_ Euro

#### Beneficiari

Beneficiario delle Coperture Assicurative è sempre l'Impresa Aderente.

#### INFORMATIVA SUI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi, a carico dell'Impresa Aderente:

Costi effettivamente sostenuti sul Premio unico	Costi effettivamente sostenuti e percepiti per l'Assicurato
Euro	Euro
% 71,00 (garanzia vita) / 71,00 (garanzie danni)	% 67,60 (garanzia vita) / 67,60 (garanzie danni)

#### PERIODICITÀ E METODI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	<ul style="list-style-type: none"><li>Premio unico anticipato</li><li>Premio annuale</li></ul>
Metodo di pagamento del premio	<ul style="list-style-type: none"><li>Bonifico bancario</li><li>in caso di Premio Annuo, i rinnovi successivi al primo verranno corrisposti tramite addebito diretto SEPA sul c/c.</li></ul>

#### INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'/DEGLI ASSICURATO/I

Le Compagnie assumono il rischio raccogliendo da ciascun Assicurato informazioni sullo stato di salute ed abitudini di vita, mediante richiesta di compilazione del QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (parte integrante della presente Richiesta di Adesione) oppure, ove necessario in base alle Condizioni di Assicurazione, del QUESTIONARIO ANAMNESTICO, allegando la documentazione medica richiesta dalla Compagnia.

#### AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO E DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO (OVE PREVISTO)

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'Adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalle Compagnie, il soggetto di cui alla lettera a) può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

#### REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

- La Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva è revocabile dall'Impresa Aderente sino alla Data di Decorrenza del contratto.
- L'Impresa Aderente ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione:
  - entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con diritto alla restituzione del premio pagato (al netto delle imposte);



- annualmente, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) calcolato sulla base della formula di rimborso prevista dalle Condizioni di Assicurazione.
- La revoca ed il recesso devono essere comunicati per iscritto alle Compagnie, anche per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata inviata a:

**NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.**  
c/o CBP ITALIA, Viale V. Lancetti 43, 20158 Milano

## DICHIARAZIONI DELL'IMPRESA ADERENTE

### DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLA POLIZZA COLLETTIVA ED ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**La sottoscritta Impresa Aderente  
PRESO ATTO**

- che la Contraente ha richiesto, per conto dei propri Clienti e secondo l'opzione da essi prescelta, a NET INSURANCE LIFE S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di Decesso ed a NET INSURANCE S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia;
- che le suddette garanzie si riferiscono alla Polizza Collettiva n. 634/635 che la Contraente ha stipulato con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinate al Finanziamento sopra indicato sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi sul/i soggetto/i Assicurato/i un evento coperto dalle suddette garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'esistenza, al momento di un Finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio, decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza, termina alla Data di Scadenza del Finanziamento o negli altri casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione. La sua efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del "QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO" (parte integrante della presente Richiesta di Adesione), con risposta negativa a tutte le domande in esso contenuto; oppure
  - alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato dell'eventuale "QUESTIONARIO ANAMNESTICO", e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso, tramite la richiesta di ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, la Compagnia si riserva il diritto di accettare il rischio a seguito dell'esame delle risposte al questionario e della eventuale documentazione sanitaria prodotta.

**DICHIARA**

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Richiesta di Adesione sono complete ed esatte;
- di voler attivare la copertura assicurativa sul/i soggetto/i Assicurato/i come sopra indicato/i;
- di **aderire**, in qualità di Aderente, alla Polizza Collettiva suindicata, che prevede il versamento di un Premio il cui ammontare lordo totale è quello indicato nella presente Richiesta di Adesione;
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

<b>Luogo e Data</b>
<b>FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE</b>

### DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

**AVVERTENZA – Si informa l'Impresa Aderente e ciascun Assicurato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale della Polizza Collettiva n. 634/635, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.**

**SI DICHIARA ALTRESI' di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Richiesta di Adesione, in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale della Polizza Collettiva n. 634/635 e di averne preso piena visione:**

- Allegati 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018: "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento degli intermediari nei confronti dei contraenti" e "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto";
- Set Informativo comprensivo di: DIP Danni (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni), DIP Vita (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi); DIP Aggiuntivo Multirischi (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018;
  - Condizioni di Assicurazione (comprensive di Glossario);



- Richiesta di Adesione (fac-simile).

Luogo e Data
FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE

**DICHIARO/IAMO**

- di approvare specificatamente, ai sensi dell'art. 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle sopraindicate Condizioni di Assicurazione:

Art. 3 Requisiti di assicurabilità e formalità di ammissione - Art. 4 Limiti di indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Art. 7 Decorrenza e durata della copertura assicurativa - Art. 8 Diritto di recesso - Art. 12 Denuncia del sinistro - Art. 13 Obblighi dell'Assicurato o dei suoi aventi causa in caso di sinistro - Art. 21 Foro competente - Art. 24 Cessione dei diritti - Artt. 30 - 34 Prestazioni assicurate - Artt. 31 - 35 Esclusioni.

FIRMA DELL'ASSICURATO 1	FIRMA DELL'ASSICURATO 2
FIRMA DELL'ASSICURATO 3	FIRMA DELL'ASSICURATO 4

**Io/noi sottoscritto/i Assicurato/i**

**DICHIARO/IAMO** di possedere tutte le condizioni di assicurabilità come previste nelle Condizioni di Assicurazione; **PRESTO/IAMO** il consenso, con l'apposizione della firma in calce alla stipula di un'assicurazione sulla mia/nostra vita, ai sensi dell'art. 1919 Cod. Civ.

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 \_\_\_\_\_

L'Assicurato/i dichiara/i di non avere in corso con Net Insurance Life S.p.A. altre coperture assicurative per il caso morte.

LUOGO DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO 1 \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSICURATO 3 \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO 4 \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INCLUSI QUELLI SULLO STATO DI SALUTE)**

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy delle compagnie Titolari del Trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), contenuta all'interno del Set informativo precontrattuale, della quale confermo ricezione, presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi quelli eventualmente da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ASSICURATO 1	FIRMA DELL'ASSICURATO 2
FIRMA DELL'ASSICURATO 3	FIRMA DELL'ASSICURATO 4



# VEREINFACHTER ARZTFRAGEBOGEN



## NET CPI BUSINESS N° 634/635

NAME: \_\_\_\_\_ NACHNAME: \_\_\_\_\_  
 TEILNAHME: \_\_\_\_\_ GEBOREN AM: \_\_\_\_\_

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 Krankheit, Behinderung oder chronischer Krankheit?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
3. Befinden Sie sich zurzeit > 30 Tage in ärztlicher Behandlung, Therapie oder Überwachung wegen irgendwelcher Krankheiten oder Unfälle?	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, 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"/>

### DER VERSICHERTE

Name \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift (ausgeschrieben und gut lesbar) \_\_\_\_\_

### DATEN DES BEHANDELNDEN ARZTES

Name \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_



# ANAMNESE-FRAGEBOGEN



## ANAMNESE-FRAGEBOGEN NET CPI BUSINESS 634/635

NAME: \_\_\_\_\_ NACHNAME: \_\_\_\_\_

TEILNAHME: \_\_\_\_\_ GEBOREN AM: \_\_\_\_\_

**HINWEIS ZUR VERFAHRENSWEISE BEI DER ZUSENDUNG DIESES ANAMNESE-FRAGEBOGENS**

Dieser Anamnese-Fragebogen kann an die Versicherungsgesellschaften von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. gesendet werden:

- über den Versicherungsnehmer oder
- 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 CBP ITALIA, Viale V. Lancetti 43, 20158 Mailand" oder auf jegliche andere Weise nach Ihrer Wahl, sofern diese zur Gewährleistung der Vertraulichkeit der mitteilungsspflichtigen Informationen geeignet ist.

**WICHTIG - In jedem Fall ist der Anamnese-Fragebogen an die NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. stets zusammen mit dem vom Beteiligten vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Antragsformular, einschließlich der Erteilung der Zustimmung zur Verarbeitung personenbezogener Daten, zu senden. Wenn Sie der Verarbeitung personenbezogener Daten nicht zustimmen, können die Versicherungsunternehmen die Versicherungsposition nicht bearbeiten.**

**HINWEIS ZUM AUSFÜLLEN DES ANAMNESE-FRAGEBOGENS**

Hinsichtlich des Ausfüllens des Anamnese-Fragebogens informieren wir Sie über Folgendes:

- Unwahre, ungenaue oder unterlassende Erklärungen des Versicherten im Fragebogen können den Anspruch auf die Leistung gemäß den Artikeln beeinträchtigen 1892, 1893 und 1894 c.c. (it. BGB)
- Vor der Unterzeichnung des Fragebogens muss der Versicherte die Richtigkeit und Übereinstimmung mit der Wahrheit der gegebenen Antworten überprüfen.
- NET INSURANCE S.p.A. Versicherungsgesellschaften und NET INSURANCE LIFE S.p.A. behalten sich das Recht vor, den Versicherungsschutz nach Prüfung der im Fragebogen gegebenen Antworten und der auf Anfrage vorgelegten Gesundheitsunterlagen bereitzustellen oder nicht.

Die gelieferten Erklärungen sind 6 Monate gültig. Der Fragebogen muss sorgfältig ausgefüllt werden, wobei Flecken oder Löschungen zu vermeiden sind. Ein einfacher Strich wird nicht als gültige Antwort angesehen. Versicherungsunternehmen behalten sich das Recht vor, zusätzliche medizinische Unterlagen anzufordern.

Körpergröße: ..... cm    Gewicht: ..... kg    Differenz (Körpergröße - Gewicht): .....		Bei positiver Antwort machen Sie bitte die geforderten Detailangaben
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 Verletzung ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Seit wann? ..... Aus welchem Grund? .....
3 Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung, Behandlung und ärztlicher Überwachung?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchem Grund/Gründen? ..... Seit wann? ..... Behandlung und Dosierung.....
4 Sind Sie von chronischen Krankheiten, Gebrechen, Behinderungen oder Nachwirkungen von Krankheiten oder Verletzungen betroffen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Welcher Art? ..... Seit wann? .....
5 Haben Sie eine Rente wegen Krankheit oder Verletzung? 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 welchem Grund/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 welchem Grund/Gründen? ..... Seit wann? .....
7 Mussten Sie in den letzten 5 Jahren an mehr als 30 aufeinander folgenden Tagen wegen Krankheit oder Verletzung die Arbeit einstellen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchem Grund/Gründen? ..... Wann? ..... Für wieviel Zeit? .....
8 Haben Sie sich einem serologischen Nachweis, der sich als positiv für Hepatitis B, C und / oder Serologie erwies, unterzogen und/oder: HIV (Human Immunodeficiency Virus) unterzogen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Welchem(n)? ..... Wann? ..... Ergebnis?    Negativ <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/>
9 In den letzten 10 Jahren wurden Sie wegen folgender Erkrankungen medizinisch behandelt:		Aus welchem Grund/Gründen? .....    Wann? Dauer? .....





# FORMULAR FÜR SCHADENSMELDUNG



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

KONVENTIONEN	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:

CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand

Mail: [sinistri-cbp@cbp-italia.eu](mailto:sinistri-cbp@cbp-italia.eu)

Fax 02 / 688 269 40

### 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:

CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand

Mail: [sinistri-cbp@cbp-italia.eu](mailto:sinistri-cbp@cbp-italia.eu)

Fax 02 / 688 269 40

### BANKVERBINDUNG

IBAN \_\_\_\_\_ Auf den Namen \_\_\_\_\_

Mod.DENSIN CPI ed.06-19.0



#### 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 Schadensfallklärung.
- 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](http://www.netinsurance.it)

## ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF:

- Für die Lebensversicherungssparte (Tod):  
NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand  
Mail: [sinistri-cbp@cbp-italia.eu](mailto:sinistri-cbp@cbp-italia.eu)  
Fax 02 / 688 269 40
- für die Schadenssparte (Dauerhafte Vollständige Invalidität):  
NET INSURANCE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand  
Mail: [sinistri-cbp@cbp-italia.eu](mailto:sinistri-cbp@cbp-italia.eu)  
Fax 02 / 688 269 40

## FÜR ALLE SONSTIGEN INFORMATIONEN BEZÜGLICH DES BEITRITTS ZUR VERSICHERUNG

CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand  
Mail: [applicazioni-cbp@cbp-italia.eu](mailto:applicazioni-cbp@cbp-italia.eu)  
Fax 02 / 688 269 40

## 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](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it)

