

**Gruppenpolice**

# NET CPI Darlehen

GRUPPENPOLICE MIT FAKULTATIVER TEILNAHME UND FOLGENDEN VERSICHERUNGSSCHUTZLEISTUNGEN: " VORÜBERGEHEND FÜR DEN TODESFALL MIT ABNEHMENDEM KAPITAL",

" DAUERHAFT VOLLSTÄNDIGE INVALIDITÄT AUFGRUND EINES UNFALLS ODER EINER KRANKHEIT ",  
" VORÜBERGEHEND VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT AUFGRUND EINES UNFALLS ODER EINER KRANKHEIT " „BESCHÄFTIGUNGSVERLUST“

DIESES INFORMATIONSPAKET ENTHÄLT:

- VID LEBEN
- VID SCHADENSSPARTE
- ZUSATZ-VID MULTIRISIKO-POLICE
- GLOSSAR
- ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
- FAKSIMILE DES BEITRITTSANTRAGS

DIESE UNTERLAGEN SIND DEM VERSICHERUNGSNEHMER VOR DER VERTRAGSUNTERZEICHNUNG ZU ÜBERGEBEN.

REDAKTIONSdatum DIESES INFORMATIONSSETS 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) Gesellschaft: NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Produkt: NET CPI Darlehen

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. Es handelt sich um ein Multirisiko-Versicherungsprodukt, das drei verschiedene Versicherungspakete (Optionen) bietet. Jede Option sieht das gemeinsame Angebot einer Lebensversicherungsgarantie (auf die sich dieser VID Leben bezieht) und anderer Deckungen für die Schadenssparte (deren Hauptmerkmale in der VID Schadenssparte und VID Multirisiko enthalten sind).



### Was ist versichert? / Welche Leistungen sind vorgesehen?

Im Falle des Todes des Beteiligten / Versicherten garantiert NET INSURANCE LIFE S.p.A. die Zahlung eines Betrags in Höhe der Restschuld, die am Tag der Zahlung der Rate vor dem Tod vorgesehen ist, mit einer Höchstgrenze von 1.000.000 Euro für jeden Versicherten. 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.

Die vorgenannte Deckung aus der Lebensversicherungssparte wird zusammen mit den Deckungen der Schadenssparte (Vollständige und dauerhafte Invalidität nach Unfall oder Krankheit, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit nach Unfall oder Krankheit, Beschäftigungsverlust) von NET INSURANCE LIFE SpA bei Wahl der wie unten angegebenen Produktoptionen seitens des Mitglieds / Versicherten gewährt:

Vertragsoption	Deckungen			
	Tod	Dauerhafte und Vollständige Invalidität	Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit	Beschäftigungsverlust
Option 1	Ja	Ja	Nein	Nein
Option 2	Ja	Ja	Ja	Nein
Option 3	Ja	Ja	Nein	Ja

Die natürliche Person, die mit dem Versicherungsnehmer einen Darlehensvertrag abgeschlossen hat, ist versichert und kann auf der Grundlage des beruflichen Status zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses die folgenden Optionen wählen:

Option 1: kann von **allen Beteiligten / Versicherten** unterzeichnet werden.

Option 2: kann nur von **Einkommenserzeugern** unterzeichnet werden, **ausgenommen abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag**.

Option 3: kann nur von **abhängigen Arbeitnehmern des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag** unterzeichnet werden.



### Was ist NICHT versichert?

#### Nicht versicherungsfähig:

- ✗ wer seinen Hauptwohnsitz nicht in der Europäischen Gemeinschaft hat und seinen 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?


Das Sterberisiko wird unabhängig von der Todesursache - ohne räumliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung von Berufswechseln des Beteiligten/Versicherten - gedeckt, es sei denn, der Tod wird durch spezifische Ereignisse verursacht, wie zum Beispiel:

- ! Vorsatz des Leistungsempfängers und des Beteiligten/Versicherten.
- ! Aktive Beteiligung des Beteiligten/Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.
- ! 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 Bedingungen gewährt werden.
- ! Flugunfall, wenn der Beteiligte/Versicherte an Bord eines


	<p>nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keine geeignete Lizenz verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist.</p> <p>! Suizid, wenn er in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten des Vertrags eintritt.</p>
--	---

 **Wo gilt der Versicherungsschutz?**


✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

 **Welche Verpflichtungen habe ich?**

- **Bei Vertragsbeginn:** Bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrag 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.
- **Während der Laufzeit des Vertrags:** Der Beteiligte / der Versicherte ist verpflichtet, dem Unternehmen Änderungen seines Profils (z. B. Änderungen seines beruflichen Status) mitzuteilen, die im Laufe des Vertrages eingetreten sind
- **Bei Einreichung einer Schadensmeldung:** Der Beteiligte/Versicherte ist verpflichtet, eventuelle Schadensfälle so zeitnah wie möglich nach ihrem Auftreten zu melden und der Meldung alle von der Gesellschaft angeforderten Unterlagen beizufügen.

 **Wie und wann muss ich bezahlen?**


Die Versicherungsleistung wird gegen Zahlung einer einmaligen Prämie im Voraus und in einem Betrag seitens des Beteiligten/Versicherten erbracht. Alternativ ist es nur für bereits gewährte Darlehen möglich, die Zahlung einer jährlichen wiederkehrenden Prämie mit stillschweigender Verlängerung für die gesamte Laufzeit des Darlehens zu wählen. 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?**

Die Laufzeit der Deckungen ist gleich:

- der Laufzeit des Darlehens bei neu ausgegebenen Darlehen.
- der Restlaufzeit des Darlehens bei bereits ausgegebenen Darlehen.

Der Versicherungsschutz beträgt mindestens 60 Monate und höchstens 360 Monate.

 **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.  
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. In diesem Fall enden alle Versicherungsoptionen der aktivierten Option um 24:00 Uhr der nächsten Jahresfälligkeit.

<b>Sind Rückkäufe oder Minderungen vorgesehen?</b>	<b>Ja</b>	<b>NEIN</b>
Dieser Vertrag sieht keinen Rückkauf und keine Minderung vor.		

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 CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. - SPARKASSE (Versicherungsnehmer) im Namen ihrer kreditnehmenden Kunden, die als **Beteiligte/Versicherte** der Gruppenpolice auf individueller und freiwilliger Basis beitreten können, abgeschlossene Versicherung. Die Police hat den Zweck, den Versicherten vor dem Eintreten unvorhergesehener Ereignisse zu schützen, die während der Vertragsdauer die Möglichkeit beeinträchtigen können, die Raten des Darlehens an die Bank zurückzuzahlen. Es handelt sich um ein Multirisiko-Versicherungsprodukt, das 3 verschiedene Versicherungspakete (Optionen) enthält. Jede Option sieht 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) vor.



### Was ist versichert?

**OPTION 1** (kann von allen Beteiligten / Versicherten unterzeichnet werden)

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

**OPTION 2** (kann nur von **Einkommenserzeugern** unterzeichnet werden, **ausgenommen abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag.**)

- ✓ **Vollständige und dauerhafte Invalidität in einem Grad von 60% oder mehr aufgrund von Unfall oder Krankheit** - Entschädigung in Höhe der Restkapitalschuld des Darlehens zum Zeitpunkt des Schadensfalls. Bei zwei Versicherten für ein und dasselbe Darlehen (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zur Versicherungssumme für jeden Versicherten, basierend auf dem auf dem Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz
- ✓ **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen Verletzung oder Krankheit** - Entschädigung in Höhe der monatlichen Raten des Darlehen, die während des gleichen Zeitraums fällig werden, mit Ausnahme der ersten und der letzten Entschädigung, die anteilig an den tatsächlichen Tagen der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit berechnet werden. Bei zwei Versicherten für ein und dasselbe Darlehen (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 Verbleib in der Deckung ist auf die Vollendung von 75 Jahren für die Deckung Vollständige und Dauerhafte Invalidität sowie auf die Zeit bis zum Eintritt in den Ruhestand für die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und den Beschäftigungsverlust begrenzt.



### Gibt es Deckungshöchstgrenzen?

**Hauptausschlüsse für die Deckungen Vollständige Dauerhafte Invalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit:**

- ! 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.
- ! Flugunfälle durch Akrobatik, Ausstellungen, Aufzeichnungen oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation).
- ! Aktive Teilnahme des Beteiligten/Versicherten an Kriegshandlungen.
- ! Aktive Beteiligung des Beteiligten/Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.
- ! Vorsatz des Beteiligten/Versicherten
- ! freiwillige Selbstverletzungen des Beteiligten/Versicherten oder wenn der Versicherte sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet.

**OPTION 3** kann nur von **abhängigen Arbeitnehmern des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag** unterzeichnet werden)

- ✓ **Vollständige und dauerhafte Invalidität in einem Grad von 60% oder mehr aufgrund von Unfall oder Krankheit** - Entschädigung in Höhe der Restkapitalschuld des Darlehens zum Zeitpunkt des Schadensfalls. Bei zwei Versicherten für ein und dasselbe Darlehen (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zur Versicherungssumme für jeden Versicherten, basierend auf dem auf dem Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz
- ✓ **Beschäftigungsverlust** - Entschädigung in Höhe der monatlichen Raten des vom Versicherungsnehmer ausgezahlten Darlehens, die während des Zeitraums der Arbeitslosigkeit fällig werden, mit Ausnahme der ersten und letzten Entschädigung, die anteilig an den tatsächlichen Arbeitslosigkeitstagen berechnet wird. Bei zwei Versicherten für ein und dasselbe Darlehen (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zur Versicherungssumme für jeden Versicherten, basierend auf dem auf dem Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz

! HIV-Infektion, erworbener Immundefizienzstatus (AIDS) oder verwandte Syndrome oder assimilierbare Zustände.

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

#### **Hauptausschlüsse für die Deckung Beschäftigungsverlust**

! Der Beteiligte/Versicherte ist in den letzten 12 (zwölf) Monaten unmittelbar vor dem Datum, an dem das Schadensereignis eintrat, seiner Arbeitstätigkeit als Angestellter in der Privatwirtschaft nicht ununterbrochen und mit keinem unbefristeten Arbeitsvertrag mit einer Leistungsverpflichtung von mindestens 20 Stunden pro Woche nachgegangen. Im Sinne dieser Klausel unterbrechen jedoch Unterbrechungen des Arbeitsverhältnisses, die nicht länger als zwei Wochen dauern, nicht den Kontinuitätszeitraum des Arbeitsverhältnisses.

! Der Beteiligte/Versicherte fällt in die Fälle von Teilarbeitslosigkeit (sozial nützliche Arbeitsplätze).

! Die Arbeitslosigkeit ist das Ergebnis einer Kündigung aus wichtigem Grund

! Beendigung des Arbeitsverhältnisses auf Wunsch des Beteiligten / Versicherten

! Der Beteiligte/Versicherte erhält eine Lohnergänzungs-Sondervergütung.



### **Wo gilt der Versicherungsschutz?**

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
- ✓ Die Deckung Beschäftigungsverlust gilt für Schadensfälle aus Arbeitsverträgen, die nach italienischem Recht geregelt sind



### **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.
- **Im Verlauf der Vertragsdauer:** Wenn sich Ihr Arbeitsstatus ändert, müssen Sie dies dem Unternehmen mitteilen. Dabei ist zu beachten: (i) Die Deckung Dauerhafte Vollständige Invalidität (in allen drei Optionen vorhanden) bleibt unverändert in Kraft. (ii) Die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust (abhängig von Ihrem Beschäftigungsstatus je nach der gezeichneten Option) erlöschen, und das Unternehmen erstattet dem Versicherten den nicht genutzten Teil der Prämie. Alternativ können Sie sich gegen Zahlung der entsprechenden Prämie für die Aktivierung der neuen Deckung entscheiden, die dem neuen beruflichen Status entspricht
- **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 bereits ausgezahlter Darlehen für die Zahlung einer jährlichen wiederkehrenden Prämie mit stillschweigender Verlängerung für die Laufzeit des Darlehens entscheiden.
- Beschränkt auf die Deckung Beschäftigungsverlust sieht die Deckung im Falle eines Darlehens über mehr als 10 Jahre die Zahlung einer einzigen Vorauszahlung für die ersten 10 Jahre vor. Ab dem elften Jahr ist die Zahlung einer jährlichen wiederkehrenden Prämie mit stillschweigender Verlängerung gemäß den nach dem Beitritt vereinbarten Tarifbedingungen für die verbleibende Restlaufzeit des Darlehens und bis zu Ihrer Versetzung in den Ruhestand (sofern vor diesem Zeitpunkt) vorgesehen

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 Darlehen.
- Zeichnungsdatum im Beitrittsantrag, bei bereits ausgezahlten Finanzierungen;

Die Laufzeit der vorgesehenen Deckungen entspricht der Laufzeit des Darlehens (von mindestens 60 Monaten bis höchstens 360 Monaten).



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Der Beteiligte/Versicherte hat 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.
- im Falle einer einzelnen Vorschussprämie haben Sie ab dem 11. Jahr und begrenzt auf die Garantie für den Verlust des Arbeitsverhältnisses das Recht zur Kündigung mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen in Bezug auf das jährliche Fälligkeitsdatum.



**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 89326.1 - Fax 06 89326.800; Website: [www.netinsurancelife.it](http://www.netinsurancelife.it) 06 893261 – Fax 06 89326800; Website: [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it);  
E-Mail: [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 Unternehmens unter folgendem Link verfügbar ist: <http://www.netinsurance.it/documenti-societari.asp>.

## **SCHADENSSPARTE (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust)**

**Net Insurance S.p.A.** - Aktiengesellschaft, Teil der Net Insurance Gruppe - Via Giuseppe Antonio Guattani Nr 4, 00161 Rom, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800 Website: [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it);  
Email: [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 04.12.2002, 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 (ALLE OPTIONEN):** Der maximal auszahlbare Betrag beträgt € 1.000.000,00 für jeden Versicherten. Die Berechnung der Restschuld des Darlehens schließt Zinsen sowie jeden anderen der Bank zustehenden Betrag aus (z. B. nicht bezahlte Raten, Vertragsstrafen oder Gebühren für die vorzeitige Kündigung usw.).

### Schadenssparte

- **Vollständige und dauerhafte Invalidität von 60% oder mehr infolge eines Unfalls oder einer Krankheit (ALLE OPTIONEN):** Der maximal auszahlbare Betrag beträgt € 1.000.000,00 für jeden Versicherten. Die Berechnung der Restschuld der Finanzierung schließt Zinsen sowie jeden anderen der Bank zustehenden Betrag aus (z. B. nicht bezahlte Raten oder Teilraten).
- **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit nach Unfall oder Krankheit (OPTION 2):** Die Entschädigung unterliegt den folgenden Obergrenzen: maximal € 2.000,00 für jede entschädigte Rate; maximal 18 entschädigte Raten, wenn derselbe Schadensfall ununterbrochen länger als 30 Tage besteht; maximal 36 entschädigte Raten über die gesamte Versicherungsdauer, falls sich mehrere Unfälle hintereinander ereignen
- **Beschäftigungsverlust (OPTION 3):** Die Entschädigung unterliegt den folgenden Obergrenzen: maximal € 2.000,00 für jede entschädigte Rate; maximal 18 entschädigte Raten, wenn derselbe Schadensfall ununterbrochen länger als 30 Tage besteht; maximal 36 entschädigte Raten über die gesamte Versicherungsdauer, falls sich mehrere Unfälle hintereinander ereignen



## Was ist NICHT versichert?

### **Ausgeschlossene Risiken**

Es gibt keine weiteren, über die Bestimmungen im VID Leben und/oder VID 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 und/oder über den dritten Grad der französischen Skala hinaus 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

### **Schadenssparte**

Deckungsausschlüsse **Dauerhafte Vollständige Invalidität** (zusätzlich zu den im VID Schadenssparte angegebenen):

- biologische und / oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist.
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der 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
  - 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 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.

Deckungsausschlüsse **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit** (zusätzlich zu den im VID Schadenssparte angegebenen):

- biologische und / oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist.
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der 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
  - 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 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.

Deckungsausschlüsse **Beschäftigungsverlust** (zusätzlich zu den im VID angegebenen Schäden):

- Kündigung aus einem berechtigten subjektiven Grund.
- Die Kündigung erfolgt aus disziplinarischen oder beruflichen Gründen.
- Der Arbeitsvertrag wurde im Ausland abgeschlossen, es sei denn dieser ist dem italienischen Recht unterstellt.
- Der Versicherte hat sich nicht in der Arbeitsagentur eingetragen.

Weitere Einschränkungen für die Deckung **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit:**

- Selbstbehaltzeitraum: 60 Tage (die erste Entschädigung wird daher nach mindestens 60 aufeinanderfolgenden Arbeitsunfähigkeitstagen gezahlt)
- Weiterbildungsfrist, die zwischen zwei Schadensfällen im Sinne der Entschädigungsfähigkeit auch für den nachfolgenden Schadensfall liegen muss: 90 Tage

Weitere Einschränkungen für die Deckung **Beschäftigungsverlust:**

- Selbstbehaltzeitraum: 60 Tage (die erste Entschädigung wird daher nach mindestens 60 aufeinanderfolgenden Arbeitslosigkeitstagen gezahlt)
- Weiterbildungsfrist, die zwischen zwei Schadensfällen im Sinne der Entschädigungsfähigkeit auch für den nachfolgenden Schadensfall liegen muss: 90 Tage

Das Unternehmen ist 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 Unternehmen?

### 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 (verfügbar in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder in der Zweigstelle des Versicherungsnehmers, der den Darlehensvertrag 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, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust) **NET INSURANCE 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.
- 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.


#### **VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT:**

- 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 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).
- Vom Beteiligten/Versicherten unterzeichnete Erklärung mit angegebenem Bankkontoinhaber und IBAN-Code.


	<p><b>BESCHÄFTIGUNGSVERLUST:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kopie des Beitrittsantrags und gegebenenfalls des Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte Verlusterklärung.</li> <li>- Kopie eines gültigen Ausweises des Beteiligten/Versicherten.</li> <li>- Kopie des Kündigungsschreibens des Arbeitgebers.</li> <li>- Kopie des Einstellungsschreibens oder gleichwertige Bescheinigung.</li> <li>- Kopie der Registrierung in der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur und des möglichen Aufenthalts in dieser Abteilung von Monat zu Monat.</li> <li>- Bescheinigung über die "Verfügbarkeit zur Arbeit" (Selbstbescheinigung des Arbeitnehmers, die von der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur abgestempelt wurde).</li> <li>- Kopie des CIGS-Antrags des Arbeitgebers (falls der Beteiligte/Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt)</li> <li>- Bescheinigung des eigenen CIGS-Zeitraums mit entsprechender Zahlung (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt).</li> <li>- Vom Beteiligten/Versicherten unterzeichnete Erklärung mit angegebenem Bankkontoinhaber und IBAN-Code.</li> </ul> <p><b>Verjährung der Deckung LEBEN:</b> 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.</p> <p><b>Verjährung der Deckung SCHÄDEN:</b> 2 Jahre ab dem Tag, an dem die Tatsache eingetreten ist, auf welcher der Anspruch beruht.</p> <p><b>Auszahlung der Leistungen:</b> Die Versicherungsgesellschaft wird die im Vertrag vorgesehenen Leistungen innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen Schadensfallmeldung für jedes Dokument liquidieren</p>
<p><b>Ungenau und unterlassene Angaben</b></p>	<p>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 das Unternehmen das Recht vor, die Bestimmungen der Artikel 1892 und 1893 des it. Bürgerlichen Gesetzbuchs anzuwenden.</p>

 <b>Wann und wie muss ich bezahlen?</b>	
<p><b>Prämie</b></p>	<p>Der Beteiligte/Versicherte hat zu zahlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine einzige Prämie im Voraus und in einem Betrag; alternativ können Sie sich nur für den Fall bereits ausgezahlter Darlehen für die Zahlung einer jährlichen wiederkehrenden Prämie mit stillschweigender Verlängerung für die Laufzeit des Darlehens entscheiden.</li> <li>• Beschränkt auf die Deckung Beschäftigungsverlusts sieht die Deckung im Falle eines Darlehens über mehr als 10 Jahre die Zahlung einer einzigen Vorauszahlung für die ersten 10 Jahre vor. Ab dem elften Jahr ist die Zahlung einer jährlichen wiederkehrenden Prämie mit stillschweigender Verlängerung gemäß den nach dem Beitritt vereinbarten Tarifbedingungen für die verbleibende Restlaufzeit des Darlehens und bis zu Ihrer Versetzung in den Ruhestand (sofern vor diesem Zeitpunkt vorgesehen)</li> </ul>
<p><b>Erstattung</b></p>	<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>Der Versicherungsschutz endet um 24.00 Uhr an dem Tag, an dem eines der folgenden Ereignisse eintritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fälligkeitsdatum der letzten im Darlehensrückzahlungsplan vorgesehenen Rate.</li> <li>• Fälligkeit der jährlichen Verlängerung bei Kündigung seitens des Kunden im Fall von Jahresteilnahmen.</li> <li>• Vorzeitige Rückzahlung des Darlehens oder Übernahme, wenn der Versicherte die Aufrechterhaltung der Deckung bis zum ursprünglichen Vertragsende nicht beantragt hat.</li> <li>• Abwicklung der Leistung im Rahmen der für die Deckungen Todesfall oder Dauerhafte Vollständige Invalidität. &lt;</li> <li>• Vollendung des 75. Lebensjahres seitens des Beteiligten / Versicherten, falls vor dem Fälligkeitsdatum, für die Deckungen Todesfall oder Dauerhafte Vollständige Invalidität.</li> <li>• Versetzung in den Ruhestand (nur für die Deckung Dauerhafte Vollständige Invalidität und Beschäftigungsverlust)</li> </ul> <p>Bei mehr als einem Versicherten (anteilige Versicherung) beeinträchtigt die Abtretung der Deckungen gegenüber einen von ihnen nicht die Fortsetzung des Versicherungsschutzes zugunsten der anderen Versicherten</p> <p>Für bestimmte Deckungen ist der folgende anfängliche Wartezeitraum vorgesehen, in dem die Versicherung nicht wirksam ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschäftigungsverlust: 60 Tage</li> <li>• Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit: 60 Tage</li> </ul>
<b>Unterbrechung</b>	Es besteht keine Möglichkeit, die Garantien auszusetzen.

 **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 Kunden des Versicherungsnehmers, die einen Darlehensvertrag mit diesem abgeschlossen haben und zum Zeitpunkt der Teilnahme zwischen 18 und nicht vollendeten 65 Jahren alt waren. Davon unbeschadet bleibt, dass der Versicherungsschutz für die Deckungen Tod, Vollständige und dauerhafte Invalidität auf Personen bis nicht vollendete 75 Jahre begrenzt ist und für die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust bei Versetzung in den Ruhestand endet.

 **Welche Kosten muss ich übernehmen?**

**Prämienkosten**

Nachfolgend finden Sie detaillierte Informationen zu den Kosten:

	<b>Belastung</b>
Deckung Leben	76,00%
Deckung Schäden	76,00%

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	63,16%
Deckung Schäden	63,16%

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 Lebensversicherungssparte (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, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust)

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](mailto: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.

#### Verhandlung mit Rechtsbeistand

Über den eigenen Rechtsanwalt an die Unternehmen.

#### Weitere alternative Möglichkeiten

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

<b>zur Beilegung von Rechtsstreitigkeiten</b>	zusammenfinden soll, ansässigen Ärztekammer ernannt wird. Die Entscheidungen des Ärztekollegiums werden mit Stimmenmehrheit getroffen, wobei von allen rechtlichen Formalitäten abgewichen wird, und sind zwischen den Parteien verbindlich.
---	--

<b>STEUERVERANLAGUNG</b>	
<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>• Auf an die Gesellschaft gezahlte Prämien in Bezug auf das Risiko des Todes sowie der Vollständige und Dauerhafte Invalidität aufgrund von Unfällen oder Krankheiten innerhalb der Höchstgrenze von 530,00 EUR, basierend auf den zum Zeitpunkt der Ausarbeitung dieser Gruppenpolice geltenden Rechtsvorschriften wird ein IRPEF-Steuerabzug von aktuell 19% der Prämien anerkannt.</li> </ul>

<b>BEI VORZEITIGER RÜCKZAHLUNG ODER ABTRETUNG DER FINANZIERUNG IST DAS UNTERNEHMEN ZUR RÜCKERSTATTUNG DES BEZAHLTEN PRÄMIENTEILS DES RESTZEITRAUMS IM VERHÄLTNIS ZUM URSPRÜNGLICHEN VERFALLDATUM VERPFLICHTET. ALTERNATIV KÖNNEN SIE BEIM UNTERNEHMEN DIE FORTSETZUNG DER POLICE BIS ZUR FÄLLIGKEIT BEANTRAGEN, AUCH DURCH BENENNUNG EINES NEUEN BEGÜNSTIGTEN.</b>
<b>DAS UNTERNEHMEN HAT DIE VERPFLICHTUNG, BINNEN SECHZIG TAGEN NACH ABSCHLUSS JEDES KALENDERJAHRES JAHRESAUSZUG IHRES VERSICHERUNGSSTANDES ZU ÜBERMITTELN</b>
<b>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</b>
<b>FÜR DIESEN VERTRAG VERFÜGT DIE GESELLSCHAFT ÜBER EINEN DEM VERSICHERUNGSNEHMER VORBEHALTENEN INTERNETBEREICH (sog. HOME INSURANCE); SIE KÖNNEN DAHER NACH DER UNTERZEICHNUNG DIESEN BEREICH KONSULTIEREN.</b>

# Inhalt

<b>GLOSSAR .....</b>	<b>3</b>
<b>ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN .....</b>	<b>5</b>
ART. 1 VERSICHERUNGSSCHUTZLEISTUNGEN .....	5
ART. 2 PFLICHTEN DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT .....	6
ART. 3 VERSICHERBARKEITSANFORDERUNGEN UND ZULASSUNGSFORMALITÄTEN .....	6
ART. 4 ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN .....	7
ART. 5 ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN .....	7
ART. 6 VERSCHLIMMERUNG UND VERRINGERUNG DES RISIKOS UND VERÄNDERUNG IM BERUF .....	8
ART. 7 DATUM DES INKRAFTTRETENS UND LAUFZEIT DES VERSICHERUNGSSCHUTZES .....	8
ART. 8 WIDERRUFS-, RÜCKTRITTS- UND KÜNDIGUNGSRECHT .....	9
ART. 9 LEISTUNGSEMPFÄNGER .....	9
ART. 10 ZAHLUNG DER PRÄMIE .....	10
ART. 11 VORZEITIGE RÜCKZAHLUNG UND ABTRETUNG DER FINANZIERUNG .....	10
ART. 12 SCHADENSMELDUNG .....	12
ART. 13 PFLICHTEN DES VERSICHERTEN ODER SEINER BEVOLLMÄCHTIGTEN IM SCHADENSFALL .....	15
ART. 14 AUSZAHLUNG DER LEISTUNGEN .....	16
ART. 15 WEITERE VERSICHERUNGEN .....	16
ART. 16 ABGABEN UND ANDERE STEUERLICHE BELASTUNGEN .....	16
ART. 17 KOMMUNIKATIONEN .....	16
ART. 18 DEM VERSICHERTEN AUSZUHÄNDIGENDE UNTERLAGEN .....	16
ART. 19 VERZICHT AUF ENTSCHÄDIGUNG .....	16
ART. 20 ANWENDBARES RECHT .....	17
ART. 21 GERICHTSSTAND .....	17
ART. 22 HAFTUNGSAUSSCHLUSS .....	17
ART. 23 REKLAMATIONEN .....	17
ART. 24 ABTRETUNG VON RECHTEN .....	17
ART. 25 RECHTSSTREITIGKEITEN .....	17
ART. 26 VERJÄHRUNGSFRISTEN .....	17
ART. 27 SANKTIONEN .....	18
ART. 28 ÄNDERUNGEN AM BEITRITTSANTRAG .....	18
<b>VERSICHERUNGSSCHUTZ TODESFALL .....</b>	<b>18</b>
ART. 29 GEGENSTAND DER DECKUNG IM TODESFALL .....	18
ART. 30 VERSICHERTE LEISTUNGEN .....	18
ART. 31 LEISTUNGSEMPFÄNGER .....	18
ART. 32 AUSSCHLÜSSE .....	19
ART. 33 RÜCKKAUF UND DARLEHEN .....	20
ART. 34 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN .....	20
<b>DAUERHAFTE VOLLSTÄNDIGE INVALIDITÄT AUFGRUND EINES UNFALLS ODER EINER KRANKHEIT .....</b>	<b>20</b>
ART. 35 VERSICHERTE LEISTUNGEN .....	20
ART. 36 AUSSCHLÜSSE .....	21
ART. 37 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN .....	22
<b>VERSICHERUNG VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT .....</b>	<b>22</b>
ART. 38 VERSICHERTE LEISTUNGEN .....	22
ART. 39 AUSSCHLÜSSE .....	23



ART. 40 SPÄTERE MELDUNGEN.....	24
ART. 41 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN .....	24
<b>VERSICHERUNG GEGEN BESCHÄFTIGUNGSVERLUST.....</b>	<b>24</b>
ART. 42 VERSICHERTE LEISTUNGEN .....	24
ART. 43 AUSSCHLÜSSE .....	25
ART. 44 SPÄTERE MELDUNGEN - AUSSETZUNG DER LEISTUNGEN .....	25
ART. 45 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN .....	26



# 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 Invaldität 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 Invaldität): 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.



# ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

## GRUPPENPOLICE NET CPI DARLEHEN

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 beinhaltet abhängig von den Optionen, die unterzeichnet werden können, folgende Versicherungsschutzleistungen:

- Todesfall, für alle Versicherten, geleistet von NET INSURANCE LIFE S.p.A. (Optionen 1, 2 und 3);
- Dauerhafte Vollständige Invalidität, für alle Versicherten, geleistet von NET INSURANCE S.p.A. (Optionen 1, 2 und 3);
- Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, nur für Einkommenserzeuger, ausgenommen abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag geleistet von NET INSURANCE S.p.A. (Option 2);
- Beschäftigungsverlust, nur für abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag, geleistet von NET INSURANCE S.p.A. (Option 3).

Zum besseren Verständnis wird das folgende vereinfachende Schema wiedergegeben:

Vertragsoption	Versicherungsfähige Personen	Deckungen			
		Todesfall	Dauerhafte und Vollständige Invalidität	Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit	„Beschäftigungsverlust“
Option 1	Alle Versicherten	Ja	Ja	Nein	Nein
Option 2	Nur den Einkommenserzeugern vorbehalten, ausgenommen abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag und mindestens 12 Monaten Betriebszugehörigkeit	Ja	Ja	Ja	Nein
Option 3	Nur für abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag und mindestens 12	Ja	Ja	Nein	Ja



	<b>Monaten Betriebszugehörigkeit</b>				
--	--	--	--	--	--

Die Versicherungsschutzarten werden von den Versicherungsgesellschaften auf der Grundlage der Mitteilungen des Versicherungsnehmers und der Erklärungen des Versicherten geleistet.

Die Versicherungsschutzleistungen gelten ohne räumliche Begrenzung, aber die Versicherungsschutzleistungen Dauerhafte Vollständige Invalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit müssen von einem Arzt beurteilt werden, der seine Tätigkeit in einem Mitgliedsland der Europäischen Union ausübt. Die Versicherungsschutzleistung für den Verlust des Arbeitsverhältnisses gilt nur für Arbeitsverträge nach italienischem Recht.

## **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**

Versicherbar ist jede natürliche Person, die:

- a. mit dem Versicherungsnehmer einen Finanzierungsvertrag mit einer Laufzeit zwischen 60 Monaten und 360 Monaten abgeschlossen hat oder in Bezug auf denselben Vertrag als Bürge angeführt ist. Die maximal versicherbaren Beträge sind im nachstehenden Artikel 4 aufgeführt.
- b. zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Beitrittsantrags mindestens 18 Jahre und unter 65 Jahre alt ist, unbeschadet der Tatsache, dass das maximale Alter bei Fälligkeit im Hinblick auf die Wirksamkeit der Versicherung für die Deckungen Tod und Dauerhafte Vollständige Invalidität sowie bei Versetzung in den Ruhestand wegen der Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust nicht vollendete 75 Jahre beträgt.
- c. ihren Hauptwohnsitz in der Europäischen Union und den Nebenwohnsitz in Italien hat
- d. mit der Unterzeichnung des Beitrittsantrags, des vereinfachten medizinischen Fragebogens und des ausgefüllten Anamnese-Fragebogens, der vom Versicherten allein oder mit Hilfe seines Hausarztes datiert und unterzeichnet wurde, der Gruppenpolice beigetreten ist.
- e. zusätzliche Unterlagen vorgelegt hat, die gegebenenfalls erforderlich sind.
- f. die einmalige Vorschussprämie (gültig für die neuen und bereits ausgezahlten Finanzierungen) oder die Jahresprämie (gültig für die bereits ausgezahlten Finanzierungen) nach der Annahme seitens der Gesellschaft gezahlt hat.

Der Versicherte 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 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 von der Gesellschaft gewährt. Bei Unterzeichnung des Anamnese-Fragebogens behält sich die Gesellschaft das Recht vor, über die Annahme oder Ablehnung des Versicherungsschutzes zu entscheiden oder weitere Gesundheitsunterlagen anzufordern. In solchen Fällen verpflichtet sich die Gesellschaft, dem Versicherten und zur Information dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Annahme oder Ablehnung des Risikos mitzuteilen.

Die Finanzierungsvorgänge, welche die Mitinhaberschaft vorsehen, können von dieser Gruppenpolice abgedeckt werden. Es ist zu beachten, dass im Falle einer Mitinhaberschaft maximal zwei Personen versichert werden können und der Gesamtbetrag / die Restschuld der Finanzierung innerhalb der Grenzen des Betrags selbst unter den Mitversicherten frei zugeteilt werden kann. Alternativ kann ein Prozentsatz in Höhe von 100% des Gesamtbetrags / der Restschuld des Darlehens an beide Versicherten zugeteilt werden.

Bei mehr als einem versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung hat die Nichtannahme der Zulassung zum Versicherungsschutz seitens der Versicherungsgesellschaften nur gegenüber einem von diesen keinen Einfluss auf die Wirksamkeit der Versicherung für den verbleibenden Versicherten, unter der Voraussetzung, dass die Gesamtversicherungssumme mindestens der für die Finanzierung erforderlichen Gesamtsumme entspricht und die



Bestimmungen für die Übernahme des Versicherungsschutzes eingehalten werden.

Unter besonderer Berücksichtigung der Deckungen **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit** und **Beschäftigungsverlust** ist jede natürliche Person versicherbar, die in den letzten 12 (zwölf) Monaten, länger als 60 (sechzig) ununterbrochene Tage wegen Krankheit oder Unfall nicht an der normalen Arbeitstätigkeit teilgenommen hat.

### 3.1 Übernahmeregeln

Die Risikoübernahme erfolgt auf der Grundlage der Angaben im Beitrittsformular, das 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 Fragebogen muss der Anamnese-Fragebogen an die Gesellschaft gesendet werden. Die Teilnahme kann erst nach Zustimmung der Gesellschaft 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 Gesellschaft gesendet werden. Die Teilnahme kann erst nach Zustimmung der Gesellschaft abgeschlossen werden.
- Bei einem Kapital von mehr als 400.000,00 € (vierhunderttausend / 00) sind zusätzlich zu dem spezifischen Anamnese-Fragebogen folgende Gesundheitsunterlagen an die Gesellschaft 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 Gesellschaft behält sich das Recht vor, von Zeit zu Zeit zusätzliche Gesundheitsunterlagen anzufordern.

Die Teilnahme kann erst nach Zustimmung der Gesellschaft abgeschlossen werden.

### ART. 4 ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

Die Entschädigung darf nicht überschreiten:

- im Todesfall oder im Fall Dauerhafte Vollständige Invalidität Euro 1.000.000,00 pro Versichertem und Schadensfall; absolutes Limit pro Versicherter.
- Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit - Beschäftigungsverlust Euro 2.000,00 pro Monat mit maximal 18 monatlichen Finanzierungsraten-Entschädigungen pro Schadensfall und 36 monatlichen Finanzierungsraten-Entschädigungen für die gesamte Laufzeit des Versicherungsschutzes.

### ART. 5 ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN

Falsche Angaben oder Verschweigen des Versicherten in Bezug auf Umstände, die die Risikobeurteilung der Versicherungsgesellschaften beeinflussen, können zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Schadensfalls 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 VERSCHLIMMERUNG UND VERRINGERUNG DES RISIKOS UND VERÄNDERUNG IM BERUF

Der Versicherte ist gemäß den Artikeln 1897-1898 des it. Bürgerlichen Gesetzbuchs von der Pflicht befreit, der Gesellschaft Mitteilungen über erschwerende Umstände und Risikominderungen zu übermitteln.

Nach der Art. 1926 des it. Bürgerlichen Gesetzbuches ist der Versicherte verpflichtet, der Gesellschaft jede Änderung des Beschäftigungsstatus mitzuteilen.

**Der Versicherte kann nur der Option beitreten, die zum Zeitpunkt des Zeichnungsantrags seinem tatsächlichen Beschäftigungsstatus entspricht. Wenn sich der Beschäftigungsstatus des Versicherten während der Laufzeit des Versicherungsschutzes ändert, muss er die Änderung der Gesellschaften mitteilen, wobei folgende Aspekte zu beachten sind:**

- **Die Deckungen Todesfall und Dauerhafte Vollständige Invalidität (in allen drei Optionen vorhanden) bleiben unverändert in Kraft.**
- **Die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust (abhängig vom Beschäftigungsstatus der versicherten Person je nach der gezeichneten Option) erlischt und die Gesellschaft erstattet dem Versicherten den nicht genutzten Teil der Prämie. In diesem Fall kann der Versicherte die Aktivierung des dem neuen Beschäftigungsstatus entsprechenden neuen Versicherungsschutzes gegen Zahlung der entsprechenden Prämie beantragen.**

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

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.

Für die Deckungen Tod, Dauerhafte Vollständige Invalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit entspricht die

Laufzeit immer der ursprünglichen Laufzeit / Restlaufzeit des Finanzierungsvertrags (auch bei nachträglicher Änderung desselben) innerhalb der Mindestfrist von 60 Monaten und maximal 360 Monaten (einschließlich Vor-Amortisierungszeitraum).

Die Deckungen für Tod und Dauerhafte Vollständige Invalidität enden in jedem Fall mit dem 75. Geburtstag des Versicherten, während die Garantie für Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit mit dem Datum der Versetzung des Versicherten in den Ruhestand endet.

Für die Deckung Beschäftigungsverlust gilt eine Laufzeit von 10 Jahren (120 Monate) durch die Zahlung einer einzelnen Prämie im Voraus zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Beitrittsantrags. Am Ende der zehn Jahre verlängert sich die Teilnahme stillschweigend von Jahr zu Jahr zu den gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der Teilnahme festgelegt wurden, durch Zahlung einer Jahresprämie bis zum Ende des Finanzierungsvertrags, es sei denn, eine der beiden Vertragsparteien kündigt per Einschreiben mindestens 30 (dreißig) Tage vor der stillschweigenden jährlichen Verlängerung.

Die Deckung Beschäftigungsverlust endet in jedem Fall mit dem Datum der Versetzung des Versicherten in den Ruhestand.

In jedem Fall erlöschen alle Deckungen, wenn das erste der folgenden Ereignisse eintritt:

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 die 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 durch den Versicherten im Fall von Jahresteilnahmen.
5. Ablauf der jährlichen Verlängerung bei Kündigung durch den Versicherten im Fall der Deckung Beschäftigungsverlust.
6. Erreichen des 75. Geburtstages des Versicherten für die Deckungen Tod und Dauerhafte Vollständige Invalidität.
7. Erreichen des Renteneintrittsalters (nur für die Deckung Dauerhafte Vollständige Invalidität und Beschäftigungsverlust)

8. Ausübung des Widerrufsrechts
9. vorzeitige vollständige Rückzahlung der Finanzierung durch den Versicherten (falls der Versicherte nicht verlangt, den Versicherungsschutz bis zum ursprünglichen Ablauf der Mitgliedschaft fortzusetzen).
10. Abtretung der Finanzierung gemäß Art. 8 des Gesetzes Nr. 40 vom 2. April 2007 (für den Fall, dass der Versicherte die Fortsetzung des Versicherungsschutzes nicht beantragt).

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

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

Der Beteiligte hat das Recht zurückzutreten:

- 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 Folgenden vorgesehenen Erstattungsformel Art. 11.

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

Der Beteiligte hat das Recht, vom Vertrag zurückzutreten:

- im Falle einer jährlichen Prämie mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen in Bezug auf das jährliche Ablaufdatum.
- im Falle einer einzelnen Vorschussprämie ab dem 11. Jahr und begrenzt auf die Garantie für den Verlust des Arbeitsverhältnisses mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen in Bezug auf das jährliche Fälligkeitsdatum.

Der Widerruf, der Rücktritt und die Kündigung sind der Gesellschaft 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 den Versicherungsnehmer und die Versicherungsgesellschaften von jeder künftigen Verpflichtung aus dem Vertrag ab dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung.

#### **ART. 9 LEISTUNGSEMPFÄNGER**

Leistungsempfänger ist der Versicherte mit Bezug auf die Deckungen Vollständige und Dauerhafte Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust und den Verlust der Beschäftigung. In Bezug auf die Deckung Tod ist Leistungsempfänger das (die) Subjekt (e), das (die) in registrierter oder allgemeiner Form vom Versicherten im Beitrittsantrag angegeben wird (werden).

Bitte beachten Sie, dass, wenn der Beteiligte/ der Versicherte der Bürge ist, der unwiderrufliche Begünstigte der versicherten Leistung der Inhaber der mit dem Versicherungsnehmer abgeschlossenen Finanzierung ist.

Die Bank oder der Finanzvermittler können nur dann als Begünstigte benannt werden, wenn der Vertrag nicht von der Bank oder dem Finanzvermittler selbst oder von Subjekten vermittelt wird, die mit ihr durch Gruppenbeziehungen oder durch Geschäftsbeziehungen ihrer eigenen oder Gruppengesellschaften verbunden sind.

Der Versicherte kann diese Bestimmungen jederzeit widerrufen oder ändern, indem er sie den Gesellschaften schriftlich mitteilt, oder mit einem Testament, das die ausdrückliche Angabe des Vertrags enthält.

Die Benennung der Begünstigten kann jedoch in folgenden Fällen nicht widerrufen oder geändert werden:

- Tod des Versicherten.
- wenn der Versicherte bzw. der Begünstigte den Gesellschaften ausdrücklich schriftlich erklärt hat, auf das Widerrufsrecht zu verzichten und die Leistungszuweisung anzunehmen.
- Nachdem das im Vertrag vorgesehene Ereignis eingetreten ist, hat der Leistungsempfänger der Gesellschaft schriftlich mitgeteilt, dass er von der Leistung Gebrauch machen möchte.

In Fällen, in denen die Benennung der Leistung nicht widerrufen werden kann, bedürfen die Rücknahme- und Liquidationsvorgänge der schriftlichen Zustimmung der Leistungsempfänger.

Im Falle eines Schadensfalls werden die zum Zeitpunkt des Schadensfalls berechneten Leistungen von den Gesellschaften abgerechnet.



Im Falle einer vorzeitigen Kündigung oder Übernahme der Finanzierung und der Übertragbarkeit der Finanzierung, bei denen die Gesellschaften zur Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes verpflichtet waren, bleibt der Leistungsempfänger der Versicherte selbst oder im Todesfall seine/ihre Antragsteller, sein/e/ ihre eventueller Bürge/n oder die vom Versicherten im Beitrittsformular bezeichnete natürliche Person.

#### **ART. 10 ZAHLUNG DER PRÄMIE**

Die Versicherungsleistung wird gegen einer vom Versicherten oder vom Versicherungsnehmer in seinem Namen gezahlten Prämie für den von der Versicherungsgesellschaft gewährten Versicherungsschutz wie folgt erbracht:

- Im Falle einer Laufzeit der Finanzierung von weniger als 10 Jahren für alle Deckungen: Einmalige Prämie im Voraus und in einem einzigen Betrag oder jährliche Prämie (gültig nur für bereits ausgezahlte Finanzierungen), die für die Dauer der Finanzierung stillschweigend verlängert wird
- Im Falle eines Hypothekendarlehens von über 10 Jahren:
  - für die Deckungen Vollständige Dauerhafte Invalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit: Einmalige Prämie im Voraus und in einem einzigen Betrag oder jährliche Prämie (gültig nur für bereits ausgezahlte Finanzierungen), die für die Dauer der Finanzierung stillschweigend verlängert wird.
  - Deckung Beschäftigungsverlust: Einmalige Prämie im Voraus für die ersten 10 Jahre und ab dem elften Jahr Zahlung wiederkehrenden jährlichen Prämie mit stillschweigender Verlängerung für die gesamte Restlaufzeit der Finanzierung bis zur Versetzung in den Ruhestand, wie in den zum Zeitpunkt der Teilnahme vereinbarten Tarifbedingungen festgelegt wurde oder jährlich wiederkehrende Prämie (gültig nur für bereits ausgezahlte Finanzierungen), mit stillschweigender Verlängerung für die Dauer der Finanzierung.

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.

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).

Der Gesamtbetrag der Einzel- oder Jahresprämie entspricht der Summe der Prämienversicherungskomponente für den Tod und der Komponenten der Schadensdeckungsprämie. Die nicht teilbare Prämie wird vom Versicherten zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Beitrittsantrag zur Gruppenpolice in Verbindung mit dem Finanzierungsvertrag per Banküberweisung gezahlt. Wenn der Versicherte oder in seinem 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 Mitternacht wirksam, unbeschadet der späteren Fristen und des Rechts der Gesellschaft auf Zahlung der überfälligen Prämien. In keinem Fall werden Schadensfälle 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 einer vorzeitigen vollständigen Rückzahlung des Finanzierungsvertrags erstatten die Versicherungsgesellschaften, sofern der Versicherte nicht die Aufrechterhaltung der Deckung bis zum ursprünglichen Ablauf beantragt hat, den für die verbleibende Laufzeit gezahlten Teil der Prämie in Bezug auf das Ablaufdatum oder in Proportion zum zurückgezahlten Kapital im Verhältnis zur Restschuld zurück. Im Falle der Abtretung und Neuverhandlung der Finanzierung erlischt der Versicherungsschutz mit dem Datum des voraussichtlichen Erlöschens / Abtretens / Neuverhandelns des Finanzierungsvertrags. Der Versicherungsnehmer hat den Versicherungsgesellschaften die Mitteilung über das voraussichtliche vollständige / teilweise Erlöschen / Abtreten des Finanzierungsvertrags unter Angabe der wirtschaftlichen Elemente für die Berechnung der Rückzahlung sowie der vom Versicherten bevorzugten Rückzahlungsmethode zu übermitteln. Die Versicherungsgesellschaften erstatten dem Versicherten innerhalb von 15 Tagen nach Erhalt der Mitteilung den Teil der Prämie, welcher der nicht in Schadensfall genommenen Versicherungsdauer entspricht, berechnet hinsichtlich der die Prämie in Bezug auf den Todesfall:





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

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, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust) in Schadensfall 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 des verbleibenden versicherten Kapitals.
- 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 der Versicherte auf schriftlichen Antrag an die Versicherungsgesellschaften den Versicherungsschutz bis zum ursprünglichen Vertragsende aufrecht erhalten.



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

Der Antrag muss vom Versicherten direkt an die Versicherungsgesellschaften oder über den Versicherungsnehmer an folgende Adressen gerichtet werden:

- 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, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust) 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 Schadensdeckungsarten (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust) 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 Versicherungsnehmers, 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, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust) NET INSURANCE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Mailand.

Informationen zu den Schadensereignissen der Deckung Todesfall erhalten Sie von:

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

Informationen zu Schadensersatzansprüchen (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust, Verlust des Arbeitsverhältnisses) erhält die versicherte Person unter der folgenden Telefonnummer:

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 Schadensfalls sowie eine Kopie des Finanzierungsvertrags anzufordern. Der Versicherte oder seine Bevollmächtigten 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.

Die erforderlichen Unterlagen, aufgeschlüsselt nach Deckung, lauten wie folgt

### **Art.12.1 - 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 Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person
- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens oder eines 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.
- Kopie von medizinischen Unterlagen und / oder zugehörigen Gesundheitsunterlagen.
- bei Krankenhauseinlieferungen 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:
  - 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.

NET INSURANCE LIFE S.p.A. behält sich das Recht vor, im Falle von Auszahlungsanträgen, die ohne Einsatz des Vermittlers gestellt werden, und / oder in besonderen Fällen die Beglaubigung der Unterschrift des Antragstellers zu verlangen.

NET INSURANCE LIFE S.p.A. führt die Zahlung aus seinen vertraglichen Verpflichtungen zugunsten des Berechtigten innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Erhalt der vorgenannten Unterlagen nach Feststellung der Auszahlungsbedingungen aus. Nach dieser Frist sind Verzugszinsen an den Begünstigten zu zahlen.

Darüber hinaus muss/müssen die Zweigstelle des Versicherungsnehmers, mit der die Finanzierung vereinbart wurde, die Begünstigten oder eine andere Person in ihrem Namen:

- weitere Unterlagen vorlegen, deren Anforderung NET INSURANCE LIFE S.p.A. für angebracht hält, um den Schadensfall zu überprüfen.
- der Versicherungsgesellschaft erlauben, alle Untersuchungen durchzuführen, die sie für notwendig erachtet.

#### **Art. 12.2 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 Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens oder eines Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte 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. 12.3 Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit**

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

Die Dokumentation muss bei Eintritt des Unfalls und am Ende jeder vom Arzt bescheinigten Invaliditätsperiode vorgelegt werden.

In Ausnahmefällen oder besonders schwierigen Fällen kann die Versicherungsgesellschaft die Unterlagen anfordern, die für die Durchführung der Verfahren des Schadensfalls unbedingt erforderlich sind.

Der Versicherte verpflichtet sich, mitzuarbeiten, um die notwendigen Untersuchungen zu ermöglichen und den Arzt des Versicherten zu ermächtigen, alle Informationen zu liefern, die für die Erbringung der im Vertrag vorgesehenen Leistungen als notwendig erachtet werden. Der Versicherte muss der Versicherungsgesellschaft gestatten, dass die notwendigen Untersuchungen und Beurteilungen von vertrauenswürdigen Personen der Versicherungsgesellschaft selbst durchgeführt werden.

### **Art. 12.3.1 Spätere Meldungen - Aussetzung der Leistungen**

Nach der endgültigen Abwicklung eines Schadensfalls wegen Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit wird keine Entschädigung für nachfolgende Schadensfälle wegen Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit gezahlt, wenn nach dem Ende des vorhergehenden Schadensfalls keine 90 (neunzig) aufeinanderfolgende Tage lange Weiterbildungsfrist verstrichen ist, innerhalb derer der Versicherte seine normale Arbeitstätigkeit wiederaufgenommen hat.

### **Art. 12.4 Beschäftigungsverlust**

- 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 Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Kopie des Beitrittsantrags oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte Verlusterklärung.
- 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).
- Vom Versicherten unterzeichnete Erklärung mit angegebenem Bankkontoinhaber und IBAN-Code.

Der Versicherte muss der Versicherungsgesellschaft gestatten, dass die notwendigen Untersuchungen und Beurteilungen von vertrauenswürdigen Personen der Versicherungsgesellschaft selbst durchgeführt werden. Der Versicherte verpflichtet sich, die Gesellschaft bei Beendigung der Arbeitslosigkeit unverzüglich zu benachrichtigen.

#### **Art. 12.4.1 Spätere Meldungen - Aussetzung der Leistungen**

Nach der endgültigen Abwicklung eines Schadensfalls wegen Beschäftigungsverlust wird keine Entschädigung für spätere Arbeitslosen-Schadensfälle gezahlt, wenn ab dem Ende des vorherigen Schadensfalls kein Zeitraum von 90 (neunzig) aufeinanderfolgenden Tagen, innerhalb derer der Versicherte wieder Angestellter des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag wurde und die Probezeit bestanden hat, verstrichen ist.

Falls die Gesellschaft die monatliche Leistung zahlt und der Versicherte als Angestellter im privaten Sektor arbeitet, muss dieser die Gesellschaft unverzüglich schriftlich über die Beendigung des Arbeitslosenstatus informieren. In diesem Fall wird die Zahlung der Entschädigung endgültig unterbrochen.

Wenn der Arbeitsvertrag des privaten Sektors jedoch nur eine feste Laufzeit von höchstens sechs Monaten hat, wird die Zahlung der Entschädigung für die Dauer des Vertrags ausgesetzt und am Ende des Vertrags als Fortsetzung des ursprünglichen Schadensfalls wiederaufgenommen, unter der Voraussetzung, dass die Arbeitslosigkeit anhält. Bitte beachten Sie, dass für jeden Schadensfalls diese Aussetzung sechs Monate nicht überschreiten darf, nach denen die Unterbrechung endgültig ist.

#### **Allgemeine Bestimmungen**

Die Versicherungsgesellschaften behalten sich das Recht vor, direkt vom Versicherten oder seinen Beauftragten weitere medizinische Untersuchungen oder Unterlagen für eine korrekte Beurteilung des Schadensfalls anzufordern.

Der Versicherte muss darüber hinaus:

- die behandelnden Ärzte aus der Schweigepflicht entbinden.
- die notwendigen Untersuchungen, Beurteilungen und medizinischen Untersuchungen von vertrauenswürdigen medizinischen Beratern der Gesellschaften durchführen lassen, deren Kosten vollständig von den Gesellschaften selbst getragen werden.

### **ART. 13 PFLICHTEN DES VERSICHERTEN ODER SEINER BEVOLLMÄCHTIGTEN IM SCHADENSFALL**

#### **Für die Deckung Tod**

Im Todesfall können die designierten Begünstigten 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. 12.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und nach den dort angegebenen Methoden beizufügen.

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

NET INSURANCE LIFE S.p.A. führt die Zahlung aus seinen vertraglichen Verpflichtungen zugunsten des Berechtigten innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Erhalt der vorgenannten Unterlagen nach Feststellung der Auszahlungsbedingungen aus. Nach dieser Frist sind Verzugszinsen an den Begünstigten zu zahlen.

#### **Für die Schadenssparte (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust)**

Im Schadensfall hat der Versicherte die Versicherungsgesellschaft unverzüglich zu 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 der Versicherte 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. 12.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie spezifisch nach Art. 12.2 für den Fall der Dauerhaften Vollständige Invalidität, nach Art. 12.3 für den Fall Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen Unfall oder Krankheit sowie Art. 12.4 bei Beschäftigungsverlust beizufügen.

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

NET INSURANCE S.p.A. kann den Versicherten oder die Bevollmächtigten darüber hinaus jederzeit auffordern, Nachweise über den fortdauernden Schadensfall auf die Leistungen gemäß Art. 12.3.1 und 12.4.1 zu erbringen.

NET INSURANCE S.p.A. führt Zahlungen für garantierte Leistungen innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab dem Datum des Eingangs der vollständigen Dokumentation wie in den Artikeln "Schadensmeldung und entsprechende Verpflichtungen" für jede Deckung aus.

#### **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.

Infolgedessen erkennt der Versicherte bereits an, dass die Versicherungsgesellschaften aus ihren Verpflichtungen zur Zahlung der Entschädigung durch Zahlung derselben an die bezeichneten Begünstigten (in Bezug auf die Todesfallversicherung) oder an den Versicherten selbst (in Bezug auf Deckungen Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust) entbunden werden.

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

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

#### **ART. 16 ABGABEN UND ANDERE STEUERLICHE BELASTUNGEN**

Alle gegebenenfalls anfallenden Steuern und sonstigen künftigen Abgaben im Zusammenhang mit diesem Vertrag sind vom Versicherten zu tragen. Änderungen der für den Tarif geltenden Steuergesetzgebung werden unverzüglich zur Kenntnis genommen und dem Versicherungsnehmer mitgeteilt.

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

Alle Mitteilungen des Versicherten an die Versicherungsgesellschaften in Bezug auf die Gruppenpolice müssen per Einschreiben mit Rückschein erfolgen. Mitteilungen der Versicherungsgesellschaften sind an die Adresse zu richten, die der Versicherte auf dem Beitrittsantrag angegeben hat.

#### **ART. 18 DEM VERSICHERTEN 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.

Die Versicherungsgesellschaft, die den Schaden versichert, verzichtet zugunsten des Versicherten oder seiner Erben auf jeglichen Regress auf die von ihr im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen gegen dritte für den Schadensfall Verantwortliche.







## ART. 20 ANWENDBARES RECHT

Das auf den Vertrag anwendbare Recht ist das italienische.

## ART. 21 GERICHTSSTAND

Gerichtsstand ist der Erstwohnsitz oder der Wohnsitz des Versicherten oder des Begünstigten oder seiner Angehörigen, unbeschadet der Verpflichtung, das in Artikel 5 des GvD Nr. 28 vom 4/03/2010, geändert durch Artikel 84 des Gesetzes Nr. 98 vom 9. August 2013, vorgesehene Mediationsverfahren durchzuführen, und zwar durch Einreichung eines Antrags der betroffenen Partei bei einer öffentlichen oder privaten Einrichtung, die befugt und ordnungsgemäß in das beim Justizministerium geführte Register eingetragen ist. Das Vermittlungsverfahren unterliegt einer erleichterten Steuerregelung im Sinne der Artikel 17 und 20 des GvD 28/2010.

## 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, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust)*

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 verweigten 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](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it) Info unter: [www.ivass.it](http://www.ivass.it)

## ART. 24 ABTRETUNG VON RECHTEN

Der Versicherte 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 ansässig in der Gemeinde, dem Sitz des Instituts für Rechtsmedizin, das am nächsten zum Wohnort des Versicherten liegt. Jede Partei trägt ihre eigenen Kosten, vergütet den von ihr benannten Arzt und trägt die Hälfte der Kosten und Gebühren des dritten Arztes.

Die Entscheidungen des Ärztekollegiums sind für die Parteien verbindlich.

## ART. 26 VERJÄHRUNGSFRISTEN

Alle Rechte gegenüber Versicherungsgesellschaften verjähren innerhalb von zehn Jahren für den Lebensversicherungsschutz und zwei Jahren für den Schadensversicherungsschutz ab dem Datum des Schadensfalls aus dem der Schadensfall auf die Leistung gemäß den Bestimmungen von Art. 2952 C.C. 3 entstanden ist.

Wenn die Rechtsnachfolger die Leistung nicht in Schadensfall nehmen, sind die Versicherungsgesellschaften nicht



verpflichtet, eine Entschädigung oder alternative Leistungen jeglicher Art als Entschädigung bereitzustellen.

#### **ART. 27 SANKTIONEN**

Die Gesellschaft ist 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.

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

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

## **VERSICHERUNGSSCHUTZ TODESFALL (gültig für alle Versicherten) – Optionen 1, 2, 3**

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

Im Falle des Todes des Versicherten zahlt NET INSURANCE LIFE S.p.A. die Entschädigung gemäß Artikel 30, falls:

- a) Der Schadensfall ist während des Zeitraums entstanden, in dem die Deckung wirksam ist; NET INSURANCE LIFE S.p.A. zahlt die Deckungssumme, die zum Zeitpunkt des Schadensfalls des Versicherten versichert war, wie in Artikel 30 definiert. Für den Fall der vorzeitigen Kündigung und der Übertragung Finanzierung wird auf Artikel 11 der Versicherungsbedingungen verwiesen. 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 NET INSURANCE LIFE SpA.
- b) Der Schadensfall fällt nicht unter die in Artikel 32 genannten Ausschlüsse
- c) die Rechtsnachfolger des Versicherten haben die Verpflichtungen gemäß untenstehendem Art. 34 erfüllt.

#### **ART. 30 VERSICHERTE LEISTUNGEN**

Im Falle des Todes des Versicherten vor Ablauf des Vertrages garantiert die NET INSURANCE LIFE SpA den designierten Begünstigten die Zahlung eines Betrags in Höhe der Restschuld, die im Tilgungsplan des Finanzierungsvertrags vorgesehen ist und an dem Tag berechnet wird, welcher der Zahlung der Rate vor dem Todestag netto nach unbezahlten Raten entspricht. Der Versicherungsschutz umfasst in keinem Fall nicht bezahlte Rückzahlungsraten, die sich auf den Zeitraum vor dem Tod des Versicherten beziehen.

Für den Fall, dass die Finanzierung mehrere Mitinhaber vorsieht, kann das versicherte Anfangskapital pro Kopf - maximal zwei Versicherte - nicht höher sein als der gesamte Wert / die Schuld der ausgezahlten Finanzierung.

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

Sollte der Versicherte das Ablaufdatum der Police überleben, gilt diese als erloschen und die für den Todesfall gezahlte Prämie verbleibt bei NET INSURANCE LIFE SpA.

Für den Fall vorzeitiger Kündigung und Abtretung des Finanzierungsvertrages wird auf die Bestimmungen des Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen.

#### **ART. 31 LEISTUNGSEMPFÄNGER**

Die Leistungsempfänger im Todesfall des Versicherten werden vom Versicherten durch einen im Beitrittsantrag angegebenen konkreten Hinweis benannt.

Der Versicherte kann diese Bestimmungen jederzeit widerrufen oder ändern.

Widerrufe oder Änderungen müssen gegebenenfalls schriftlich gegenüber NET INSURANCE LIFE S.p.A. auf dem der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Formular oder mit einem Testament mit ausdrücklicher Angabe des Vertrags erfolgen. Die Benennung der Begünstigten kann jedoch in folgenden Fällen nicht widerrufen oder geändert werden:



- nach dem Tod des Versicherten
- wenn der Versicherte bzw. der Begünstigte NET INSURANCE LIFE S.p.A. Ausdrücklich schriftlich erklärt hat, auf das Widerrufsrecht zu verzichten und die Leistungszuweisung anzunehmen.
- Nachdem das im Vertrag vorgesehene Ereignis eingetreten ist, hat der Leistungsempfänger NET INSURANCE LIFE S.p.A. schriftlich mitgeteilt, dass er von der Leistung Gebrauch machen möchte.

In Fällen, in denen die Benennung der Leistung nicht widerrufen werden kann, bedürfen die Rücknahme- und Liquidationsvorgänge der schriftlichen Zustimmung der Leistungsempfänger.  
Es ist nicht gestattet, den Vermittler als Begünstigten zu bestimmen.

## ART. 32 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 Kriegseignissen, 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 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 dieser Versicherungsbedingungen aufgeführt.

#### **ART. 33 RÜCKKAUF UND DARLEHEN**

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

#### **ART. 34 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN**

Für den Todesfall wird auf die Bestimmungen des vorhergehenden Artikels 12.1 verwiesen

## **DAUERHAFTE VOLLSTÄNDIGE INVALIDITÄT AUFGRUND EINES UNFALLS ODER EINER KRANKHEIT (gültig für alle Versicherten) – Optionen 1, 2, 3**

#### **ART. 35 VERSICHERTE LEISTUNGEN**

Diese Garantie sieht im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherten, die/der zu einer anerkannten und festgestellten dauerhaften 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, ohne räumliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung des Berufswechsels des Versicherten, die Zahlung in einem einzigen Betrag der versicherten Leistung seitens der Versicherungsgesellschaft den Versicherten vor, mit Ausnahme der Einschränkungen, die in den folgenden Art. 36 vorgesehen sind.

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..

Die versicherte Leistung entspricht der Restschuld der Finanzierung zum Zeitpunkt des Unfalls abzüglich nicht bezahlter Raten. Als Schadensfalldatum gilt das Datum des Eintretens des Schadensfalls oder im Krankheitsfall das Datum der Diagnose der Krankheit selbst.

Für den Fall, dass es mehr als einen versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung gibt und die Entschädigung für die 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.



Die Entschädigung kann den Betrag von 1.000.000,00 Euro pro Versichertem und Schadensfall gemäß Artikel 4 nicht überschreiten. Eventuelle Entschädigungen, die zwischen dem Datum des Schadensfalls und dem Datum des ärztlichen Attests, der die Dauerhafte Vollständige Invalidität bestätigt, bereits mit dem Titel Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit gezahlt wurden, werden von dem Betrag abgezogen, der für die Dauerhafte Vollständige Invalidität geschuldet wird.

Bei vorzeitiger Kündigung und Abtretung des Finanzierungsvertrages wird auf die Bestimmungen des Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

### **ART. 36 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 Kriegseignissen**
- **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. 37 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN**

Im Schadensfall muss der Versicherte oder sein 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 Schadensfallmeldung muss einen Hinweis auf den Ort des möglichen Schadensfalls, den Tag, die Uhrzeit und die Ursache des Ereignisses enthalten und von einem ärztlichen Attest begleitet sein.

Für die Zahlung, die sich aus der Dauerhaften Vollständigen Invalidität ergibt, muss die Meldung des Unfalls oder der Krankheit einen Hinweis auf den Ort, den Tag, die Uhrzeit und die Ursache des Ereignisses enthalten, und die im obenstehenden Artikel 12.2 angegebene Dokumentation muss der entsprechenden Mitteilung oder dem Schadensmeldeformular beigelegt sein.

## **VERSICHERUNG                      VORÜBERGEHENDE                      VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT**

### **(gültig nur für Einkommenserzeuger, ausgenommen abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag) – OPTION**

#### **ART. 38 VERSICHERTE LEISTUNGEN**

Der Versicherungsschutz garantiert dem Versicherten bei Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit die monatliche Zahlung eines Betrags in Höhe der monatlichen Raten gemäß den Angaben des Finanzierungsvertrags, die während des gleichen Zeitraums der Invalidität fällig werden, mit Ausnahme von der ersten und letzten Entschädigung, die anteilig an den tatsächlichen Tagen der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit berechnet wird, mit einem Höchstbetrag von 2.000,00 Euro pro Monat für einen Höchstbetrag von 18 monatlichen Raten pro Schadensfall und 36 monatlichen Raten für die gesamte Vertragslaufzeit.

Der Versicherte wird vorübergehend als "arbeitsunfähig" eingestuft, wenn er aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit die vollständige physische Unmöglichkeit hat, seinen Beruf auszuüben, sofern er zum Zeitpunkt des Beitritts Einkommenserzeuger ist und am Tag des Unfalls nicht den Status eines Angestellten in der Privatwirtschaft hat. Davon unbeschadet sind die Einschränkungen nach Art. 39.

**Der Versicherungsschutz für den Fall der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit unterliegt:**



- einem absoluten Selbstbehaltzeitraum von 60 (sechzig) Tagen. Der Beginn des Selbstbehaltzeitraums ist der erste Tag der Arbeitsunfähigkeit.
- einer Wartezeit von 60 (sechzig) Tagen: Wenn der Versicherte innerhalb der ersten 60 (sechzig) Tage ab dem Datum des Versicherungsschutzes über die Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit informiert wird, wird die Entschädigung nicht gezahlt.

Bei vorzeitiger Kündigung und Abtretung des Finanzierungsvertrages wird auf die Bestimmungen des Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die versicherte Leistung wird von der Versicherungsgesellschaft gemäß den vorstehenden Artikeln 9 und 14 gezahlt.

## **ART. 39 AUSSCHLÜSSE**

**Ausgeschlossen von der Deckung sind die Fälle von Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit aufgrund von:**

- 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 Kriegseignissen
- 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. 40 SPÄTERE MELDUNGEN

Nach der endgültigen Abwicklung eines Schadensfalls wegen Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit wird keine Entschädigung für nachfolgende Schadensfälle wegen Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit gezahlt, wenn nach dem Ende des vorhergehenden Schadensfalls keine 90 (neunzig) aufeinanderfolgende Tage lange Weiterbildungsfrist verstrichen ist, innerhalb derer der Versicherte seine normale Arbeitstätigkeit wiederaufgenommen hat.

#### ART. 41 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN

Im Schadensfall muss der Versicherte oder sein 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 Nichterfüllung dieser Pflicht kann gemäß Art. 1915 ital. ZGB (C.C.) den Voll- oder Teilverlust des Entschädigungsanspruchs zur Folge haben.

Für die Zahlung, die sich aus dem Unfall oder der Krankheit ergibt, muss die Meldung des Unfalls oder der Krankheit einen Hinweis auf den Ort, den Tag, die Uhrzeit und die Ursache des Ereignisses enthalten, und die im obenstehenden Artikel 12.3 angegebenen Dokumentation muss der entsprechenden Mitteilung oder dem Schadensmeldeformular beigefügt sein.

## VERSICHERUNG GEGEN BESCHÄFTIGUNGSVERLUST (gültig für abhängige Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft mit unbefristetem Arbeitsvertrag) - OPTION 3

#### ART. 42 VERSICHERTE LEISTUNGEN

Bei Beschäftigungsverlust aufgrund von:

- gerechtfertigter objektiver Grund
- Ursachen, die zu einer Entschädigung durch Lohnergänzungs-Sondervergütung führen.

Die Versicherungsgesellschaft zahlt dem Versicherten monatlich einen Betrag, der gemäß den Angaben des Finanzierungsvertrags der Höhe der monatlichen Raten entspricht, die während der Dauer der Arbeitslosigkeit fällig werden, mit Ausnahme der ersten und letzten Entschädigung, die nach dem Pro-Rata-Satz der tatsächlichen Arbeitslosigkeitstage berechnet werden, mit einem Höchstbetrag von 2.000,00 Euro pro Monat für einen Höchstbetrag von 18 monatlichen Raten pro Schadensfall und 36 monatlichen Raten für die gesamte Vertragsdauer. Davon unbeschadet sind die Einschränkungen nach Art. 43.







#### Der Versicherungsschutz für den Verlust der Beschäftigung unterliegt:

- auf einen absoluten Selbstbehaltzeitraum von 60 (sechzig) Tagen. Der Beginn des Selbstbehaltzeitraums ist der erste Tag der Arbeitsunfähigkeit.
- einer Wartezeit von 60 (sechzig) Tagen: Wenn der Versicherte innerhalb der ersten 60 (sechzig) Tage ab dem Datum des Versicherungsschutzes über die Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit informiert wird, wird die Entschädigung nicht gezahlt.

Falls die Gesellschaft die monatliche Leistung zahlt und der Versicherte als Angestellter im privaten Sektor arbeitet, muss dieser die Gesellschaft unverzüglich schriftlich über die Beendigung des Arbeitslosenstatus informieren. In diesem Fall wird die Zahlung der Entschädigung endgültig unterbrochen.

Wenn der Arbeitsvertrag des privaten Sektors jedoch nur eine feste Laufzeit von höchstens sechs Monaten hat, wird die Zahlung der Entschädigung für die Dauer des Vertrags ausgesetzt und am Ende des Vertrags als Fortsetzung des ursprünglichen Schadensfalls wiederaufgenommen, unter der Voraussetzung, dass die Arbeitslosigkeit anhält. Dabei ist zu präzisieren, dass diese Aussetzung für jede Forderung sechs Monate nicht überschreiten darf.

Bei vorzeitiger Kündigung und Abtretung des Finanzierungsvertrages wird auf die Bestimmungen des Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die versicherte Leistung wird von der Versicherungsgesellschaft gemäß den vorstehenden Artikeln 9 und 14 gezahlt.

#### ART. 43 AUSSCHLÜSSE

**Die Versicherungsgesellschaft zahlt keine Entschädigung bei Verlust des Arbeitsverhältnisses, wenn der Versicherte zum Zeitpunkt des Schadensfalls ein anderes Rechtssubjekt als ein Beschäftigter des privaten Sektors mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag ist.**

**In den folgenden Fällen wird von der Versicherungsgesellschaft keine Entschädigung für den Verlust des Arbeitsverhältnisses gezahlt:**

- Der Versicherte ist in den letzten 12 (zwölf) Monaten vor dem Datum, an dem das Schadensereignis eintrat, seiner Arbeitstätigkeit als Angestellter in der Privatwirtschaft nicht ununterbrochen und mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag mit einer Leistungsverpflichtung von mindestens 20 Stunden pro Woche nachgegangen. Im Sinne dieser Klausel unterbrechen jedoch Unterbrechungen des Arbeitsverhältnisses, die nicht länger als zwei Wochen dauern, nicht den Kontinuitätszeitraum des Arbeitsverhältnisses.
- Die Kündigung erfolgte aus gutem Grund.
- Die Entlassung hat einen berechtigten subjektiven Grund.
- Beendigung des Arbeitsverhältnisses aufgrund des Willens des Versicherten.
- Die Kündigung erfolgt aus disziplinarischen oder beruflichen Gründen.
- Kündigung bei Verwandtschaftsverhältnissen mit dem Arbeitgeber.
- Der Versicherte erhält eine Lohnergänzungs-Sondervergütung.
- Der Arbeitsvertrag wurde im Ausland abgeschlossen, es sei denn dieser ist dem italienischen Recht unterstellt.
- Dem Versicherten ist zum Zeitpunkt des Beitritts die bevorstehende Arbeitslosigkeit oder objektive Umstände bekannt, die auf einen zukünftigen Stand der Arbeitslosigkeit hindeuten.
- Der Versicherte fällt in die Fälle von Teilarbeitslosigkeit (sozial nützliche Arbeitsplätze).
- Der Versicherte hat sich nicht in der Arbeitsagentur eingetragen.

#### ART. 44 SPÄTERE MELDUNGEN - AUSSETZUNG DER LEISTUNGEN

Nach der endgültigen Abwicklung eines Schadensfalls wegen Beschäftigungsverlust wird keine Entschädigung für spätere Arbeitslosen-Schadensfälle gezahlt, wenn ab dem Ende des vorherigen Schadensfalls kein Zeitraum von 90 (neunzig) aufeinanderfolgenden Tagen, innerhalb derer der Versicherte wieder Angestellter des Privatsektors mit befristetem oder unbefristetem Arbeitsvertrag wurde und die Probezeit bestanden hat.

Für den Fall, dass der Versicherte während des Zeitraums, in dem die Leistung erbracht wird, mit einem befristeten Vertrag für einen Zeitraum von höchstens 6 Monaten beschäftigt ist, setzt die Versicherungsgesellschaft die Erbringung der Leistung aus und nimmt sie am Ende des befristeten Arbeitsverhältnisses ohne Eröffnung eines neuen Schadensfalls für die verbleibenden Monate bis zum Erreichen von 18 Monatsgehältern wieder auf.

#### **ART. 45 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN**

Der Versicherte muss der Versicherungsgesellschaft innerhalb von 60 (sechzig) Tagen nach Eintritt der Arbeitslosigkeit seine Arbeitslosigkeit mitteilen, indem er eine spezifische Mitteilung oder das Beschwerdeformular mit den im vorstehenden Artikel 12.4 aufgeführten beigefügten Unterlagen sendet.

Der Versicherte verpflichtet sich, die Gesellschaft bei Beendigung der Arbeitslosigkeit unverzüglich zu benachrichtigen.



# FAKSIMILE BEITRITTSANTRAG



## Richiesta di adesione n°

Polizze Collettive n. 636/637 "NET CPI Mutui" 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 alle Polizze Collettive, assumendo la qualifica di Assicurato, fino a un massimo di due cointestatari/garanti del Finanziamento. In caso di due Assicurati, le garanzie saranno operanti pro-quota su ciascun Assicurato, in base alla quota prescelta ed indicata nella presente Richiesta di Adesione.

1) Dati dell'Aderente/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
Professione	Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione, Ente emittente
Opzione di Prodotto prescelta			

Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Aderente/Assicurato n. 1 (in caso di Finanziamento cointestato o con garante):

%

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

2) Dati dell'Aderente/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
Professione	Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione, Ente emittente
Opzione di Prodotto prescelta			

Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Aderente/Assicurato n. 2 (in caso di Finanziamento cointestato o con garante):

%

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

Il sottoscritto/I sottoscritti:

**ADERENTE/ASSICURATO** - In qualità di intestatario/cointestatario/garante del Finanziamento richiesto n. \_\_\_\_\_, importo finanziato in linea capitale da erogare \_\_\_\_\_ Euro, per una durata di \_\_\_\_\_ mesi, presso CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. - codice CAB filiale \_\_\_\_\_.

**ADERENTE/ASSICURATO** - In qualità di intestatario/cointestatario/garante del Finanziamento in corso n. \_\_\_\_\_, importo residuo del debito in linea capitale assicurato \_\_\_\_\_ Euro, per una durata residua di \_\_\_\_\_ mesi, presso CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. - codice CAB filiale \_\_\_\_\_.

Preso atto che 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 fisiche di CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A., o delle sue partecipate o controllate.



**RICHIEDE / RICHIEDONO DI ADERIRE  
ALLE POLIZZE COLLETTIVE N. 636/637 "NET CPI MUTUI"**

<input type="checkbox"/> Opzione di Prodotto 1		
<input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 1 <input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 2		
<b>Riservata a Tutti gli Assicurati Produttori o meno di reddito</b>		
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte		
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia		
IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO	Aderente/Assicurato N. 1	Aderente/Assicurato N. 2
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	Euro
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	Euro
Premio annuale (imposte incluse)	Euro	Euro
<b>AVVERTENZA – In caso di 2 Aderenti/Assicurati, l'importo assicurato iniziale del Finanziamento e gli importi di premio sopra indicati sono espressi pro-quota, in percentuale della quota assicurata</b>		

<input type="checkbox"/> Opzione di Prodotto 2		
<input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 1 <input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 2		
<b>Riservata ai Produttori di reddito ad eccezione dei Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indet.</b>		
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte		
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia		
C) Assicurazione Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia		
IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO	Aderente/Assicurato N. 1	Aderente/Assicurato N. 2
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	Euro
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	Euro
Premio annuale (imposte incluse)	Euro	Euro
<b>AVVERTENZA – In caso di 2 Aderenti/Assicurati, l'importo assicurato iniziale del Finanziamento e gli importi di premio sopra indicati sono espressi pro-quota, in percentuale della quota assicurata</b>		

<input type="checkbox"/> Opzione di Prodotto 3		
<input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 1 <input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 2		
<b>Riservata ai soli Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato</b>		
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte		
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia		
D) Assicurazione Perdita d'impiego		
IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO	Aderente/Assicurato N. 1	Aderente/Assicurato N. 2
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	Euro
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	Euro
Premio annuale (imposte incluse)	Euro	Euro
<b>AVVERTENZA – In caso di 2 Aderenti/Assicurati, l'importo assicurato iniziale del Finanziamento e gli importi di premio sopra indicati sono espressi pro-quota, in percentuale della quota assicurata</b>		

FAC-SIMILE



**SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO  
ADERENTE/ASSICURATO N. 1**

**AVVERTENZE**

- L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, (barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi):

**DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE**

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 1**

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio)  Altro

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 2**

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio)  Altro

**DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)**

**DESIGNO UN BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE L'ADERENTE/ASSICURATO N. 2 (opzione selezionabile solo in caso di 2 Assicurati)**

**INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)**

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato può indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
 Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.

**Luogo e Data**

**FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 1**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO  
ADERENTE/ASSICURATO N. 2**

**AVVERTENZE**

- L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. **In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;**
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, (**barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi**):

**DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE**

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 1**

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio)  Altro

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 2**

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio)  Altro

**DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)**

**DESIGNO QUALE BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE L'ADERENTE/ASSICURATO N. 1 (opzione selezionabile solo in caso di 2 Assicurati)**

**INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)**

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.

Luogo e Data

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2

### INFORMATIVA COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

#### ADERENTE/ASSICURATO N. 1

Costi effettivamente sostenuti sul Premio	Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione
<b>Euro</b>	<b>Euro</b>
% <u>76,00 (garanzia vita) / 76,00 (garanzie danni)</u>	% <u>63,16 (garanzia vita) / 63,16 (garanzie danni)</u>

#### ADERENTE/ASSICURATO N. 2

Costi effettivamente sostenuti sul Premio	Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione
<b>Euro</b>	<b>Euro</b>
% <u>76,00 (garanzia vita) / 76,00 (garanzie danni)</u>	% <u>63,16 (garanzia vita) / 63,16 (garanzie danni)</u>

### PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	In caso di Finanziamento di nuova Erogazione: • Premio unico anticipato In caso di Finanziamento già erogato, a scelta dell'Aderente/Assicurato: • Premio anticipato • Premio annuo
Mezzi di Pagamento del Premio	In caso di Finanziamento di nuova Erogazione, a scelta dell'Aderente/Assicurato: • Bonifico bancario In caso di Finanziamento già erogato, a scelta dell'Aderente/Assicurato: • Bonifico bancario; • in caso di Premio Annuo, i rinnovi successivi al primo verranno corrisposti tramite addebito diretto SEPA sul c/c.

### INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEL/DEGLI ADERENTE/I / ASSICURATO/I

La Compagnia assume il rischio raccogliendo da ciascun Aderente/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 dalla Compagnia, 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'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza del contratto.
- L'Aderente/Assicurato 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 e non goduto (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 DEL/DEGLI ADERENTE/I / ASSICURATO/I

#### DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE ED ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Io sottoscritto Aderente/Assicurato // Noi sottoscritti Aderenti/Assicurati  
**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 e a NET INSURANCE S.p.A. una copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita d'Incapacità;
- che le suddette garanzie si riferiscono alle Polizze Collettive n. 636/637 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 dalla Contraente sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, si erogano i premi come previsti in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione/esistenza di un Finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio, decorre dalle ore 24.00 dell'11° giorno di corso e termina alla data di scadenza del Finanziamento o negli altri casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione del "QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO" (parte integrante della presente Richiesta di Adesione), con risposta negativa a tutte le domande in esso contenute; oppure
  - alla sottoscrizione dell'eventuale "QUESTIONARIO ANAMNESTICO", e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato tramite richiesta di ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, le Compagnie si riservano o meno l'accettazione in tutto o in parte dell'esame delle risposte al questionario e della eventuale documentazione medica prodotta.

#### DICHIARAZIONE

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Richiesta di Adesione sono complete ed esatte;
- di non aver compiuto 65 anni;
- di aderire in qualità di Aderente/Assicurato, alle Polizze Collettive suindicata, che prevedono 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.

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 1	FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2

#### DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

**AVVERTENZA – Si informa l'Aderente/Assicurato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale della Polizza Collettiva n. 636/637, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.**

**DICHIARO/IAMO ALTRESI' di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Richiesta di Adesione, in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale delle Polizze Collettive n. 636/637 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 (comprehensive di Glossario);
- Richiesta di Adesione (fac-simile);

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 1	FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2

#### 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 al sinistro - Art. 13 Obblighi dell'Assicurato o dei suoi aventi causa in caso di sinistro - Art. 21 Foro competente - Art. 24 Cessione di diritti - Art. 30 - 35 - 38 - 42 Prestazioni assicurate - Artt. 32 - 36 - 39 - 43 Esclusioni.

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 1	FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2

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

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy dell'Impagato Titolo 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 come conferito 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'ADERENTE/ASSICURATO N. 1	FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2



# VEREINFACHTER ARZTFRAGEBOGEN



NET CPI MUTUI N° 636/637

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. Würden 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 MUTUI 636/637

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:  
 a) über den Versicherungsnehmer  
 oder  
 b) direkt vom Versicherten an den Facharzt der Versicherungsunternehmen, und zwar in einem verschlossenen Umschlag adressiert an "Zu Händen des Facharztes von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. c / o CBP ITALIA, Viale V. Lancetti 43, 20158 Mailand" oder auf jegliche andere Weise nach Ihrer Wahl, sofern diese zur Gewährleistung der Vertraulichkeit der mitteilungspflichtigen 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:  
 a) 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)  
 b) Vor der Unterzeichnung des Fragebogens muss der Versicherte die Richtigkeit und Übereinstimmung mit der Wahrheit der gegebenen Antworten überprüfen.  
 c) 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 <b>positiv</b> 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: • Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, angeborene Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen (einschließlich Herzschrittmacher), arterielle Hypertonie	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	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 Invaldität):  
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)

