Rahmenvertrag

NET CPI Mutui

RAHMENVERTRAG MIT FAKULTATIVEM BEITRITT ZU DEN DECKUNGEN „TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG MIT FALLENDER DECKUNGSSUMME“, „UNFALL- ODER KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT“, „UNFALL- ODER KRANKHEITSBEDINGTE VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT“, „ARBEITSPLATZVERLUST“.

DIESE INFORMATIONSUNTERLAGEN ENTHALTEN:

- PRODUKTINFO LEBEN
- DAS INFOBLATT - DOKUMENT ZUR VORVERTRAGLICHEN INFORMATION
- ZUSÄTZLICHE PRODUKTINFO MULTIRISK
- VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN MIT GLOSSAR
- FAKSIMILE DES BEITRITTSANTRAGS

ZUR AUSHÄNDIGUNG AN DEN BEITRETENDEN/VERSICHERTEN VOR DER UNTERZEICHNUNG DER POLICE.

Dok. NL/NET/0123/01 Ausg. 06-

ERSTELLUNGSDATUM DIESER INFORMATIONSUNTERLAGEN 06/2025

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

Dieses Dokument wurde unter Beachtung der Leitlinien „Einfache und Klare Verträge“ verfasst.

NET INSURANCE

NET LIFE INSURANCE

Lebensversicherung

Versicherungsprodukt zur fakultativen Kombination mit Finanzierung

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

Net Insurance Life S.p.A. **NET CPI Mutui**

Ausg. 06/2025

Die vorliegende Produktinfo Leben ist die neueste verfügbare Ausgabe

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

Art der Versicherung

NET CPI Mutui ist ein Rahmenvertrag, der von der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. (Versicherungsnehmer) abgeschlossen wird, dem die Kunden des Versicherungsnehmers, die einen Finanzierungsvertrag (ein Darlehen) mit diesem unterzeichnet haben, als Beitretende/Versicherte, beitreten können. Der Beitritt zum Rahmenvertrag erfolgt auf individueller und freiwilliger Basis und dient dem Schutz vor unvorhergesehenen Ereignissen, welche die versicherte Person betreffen und ihre Fähigkeit zur Rückzahlung der Darlehensraten beeinträchtigen können. Es handelt sich um ein Multirisk-Versicherungsprodukt, das drei verschiedene Versicherungspakete (Optionen) bietet. Jede Option sieht das gemeinsame Angebot einer Lebensversicherung (auf die sich die Produktinfo Leben bezieht) und anderer Deckungen für die Schadenssparte vor (deren Hauptmerkmale in den Produktinfos Schaden und Multirisk enthalten sind).

Was ist versichert? / Welche Leistungen sind vorgesehen?

Im Falle des Todes des Beitretenden/Versicherten garantiert NET INSURANCE LIFE S.p.A. die Zahlung eines Betrags in Höhe der Restschuld, die am Tag der Zahlung der letzten Rate vor dem Tod vorgesehen ist, mit einer Höchstgrenze von 1.000.000 Euro für jeden Versicherten. Bei zwei Versicherten für ein und dasselbe Darlehen (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zu dem für den jeweiligen Versicherten gedeckten Anteil, basierend auf dem im Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz.

Im Falle von Darlehen mit Zeitraum vor Tilgungsbeginn, einschließlich Baufortschrittsdarlehen, wird zum Zwecke der Berechnung der Versicherungsleistung die Restschuld für die gesamte Dauer dieses Zeitraums vor Beginn des Tilgungsplans mit der Deckungssumme gleichgesetzt. Nach Ablauf dieser Zeit wird der Tilgungsplan herangezogen.

Die vorgenannte Deckung aus der Lebensversicherungssparte wird zusammen mit den Deckungen der Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität nach Unfall oder Krankheit, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit nach Unfall oder Krankheit, Arbeitsplatzverlust) von NET INSURANCE SpA bei Wahl der unten angegebenen Produktoptionen seitens des Beitretenden/Versicherten gewährt:

Vertragsoption	Versicherungsdeckungen			
	Todesfall	Bleibende Vollinvalidität	Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsplatzverlust
Option 1	Ja	Ja	Nein	Nein
Option 2	Ja	Ja	Ja	Nein
Option 3	Ja	Ja	Nein	Ja

Versichert ist die natürliche Person, die mit dem Versicherungsnehmer einen Darlehensvertrag abgeschlossen hat; je nach Beschäftigungszustand zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses stehen folgende Optionen offen:

Was ist NICHT versichert?

Nicht versicherungsfähig sind:

- wer weder seinen Hauptwohnsitz in der Europäischen Gemeinschaft noch einen Nebenwohnsitz in Italien hat;
- wer zum Zeitpunkt des Beitritts jünger als 18 Jahre ist oder das 65. Lebensjahr vollendet hat.

Darüber hinaus:

- das Alter des Versicherten muss bei Ablauf der Police unter 78 Jahren liegen.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Das Sterberisiko wird unabhängig von der Todesursache - ohne räumliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung von Berufswechseln des Beitretenden/Versicherten - gedeckt, es sei denn, es werden andere Angaben getätigt, und wenn der Tod zurückzuführen ist auf:

- Vorsatz des Leistungsempfängers und des Beitretenden/Versicherten;
- aktive Beteiligung des Beitretenden/Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen;
- aktive Teilnahme des Beitretenden/Versicherten an Kriegshandlungen, es sei denn diese Teilnahme ist auf Verpflichtungen gegenüber dem italienischen Staat zurückzuführen: In diesem Fall kann die Deckung auf Antrag des Versicherungsnehmers zu dem vom zuständigen Ministerium festgelegten Bedingungen geleistet werden;

Option 1: kann von allen ***Beitretenden/Versicherten*** unterzeichnet werden Option 2: *kann nur von* ***Selbständig Erwerbstätigen unterzeichnet werden, ausgenommen Arbeitnehmer in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen im Privatsektor mit unbefristetem Arbeitsvertrag und nicht arbeitende Personen*** Option 3: kann nur von ***Arbeitnehmern in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen mit unbefristetem Arbeitsvertrag im Privatsektor unterzeichnet werden***	! Flugunfall, wenn der Beitretende/Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keinen geeigneten Flugschein verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist; ! Suizid, wenn er in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten des Vertrags eintritt.

Wo gilt der Versicherungsschutz?

✓ Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- ***Zu Vertragsbeginn:*** Bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrags muss der Beitretende/Versicherte den vereinfachten Gesundheitsfragebogen und gegebenenfalls den Anamnesefragebogen ausfüllen und dabei wahrheitsgemäße, genaue und vollständige Angaben über seinen Gesundheitszustand machen. Falsche, ungenaue oder zurückhaltende Aussagen können zum Verlust des Anspruchs auf Schadensersatz führen.
- ***Während der Vertragslaufzeit:*** Der Beitretende/Versicherte ist verpflichtet, dem Unternehmen Änderungen seines Profils (z. B. Änderungen seines beruflichen Status) mitzuteilen, die im Laufe des Vertrags eingetreten sind.
- ***Bei Einreichung einer Schadensmeldung:*** Der Beitretende/Versicherte ist verpflichtet, eventuelle Schadensfälle so zeitnah wie möglich nach ihrem Auftreten zu melden und der Meldung alle vom Unternehmen angeforderten Unterlagen beizufügen.

Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Der Versicherungsschutz wird gegen vollständige Vorauszahlung einer Einmalprämie seitens des Beitretenden/Versicherten gewährt; alternativ dazu kann für bereits ausgezahlte Darlehen die regelmäßige Zahlung einer Jahresprämie mit stillschweigender Verlängerung für die gesamte Laufzeit des Darlehens gewählt werden.
Die vorausgezogene Zahlung der Einmalprämie erfolgt stets per Banküberweisung. Nur im Fall der Jahresprämie wird in den auf das erste Jahr folgenden Jahren die Prämie per SEPA-Lastschrift vom Girokonto des Versicherten abgebucht.

Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Laufzeit der Deckungen entspricht:

- der Laufzeit 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 den Antrag widerrufen, vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag kündigen?

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

Sind Rückkäufe oder Kürzungen vorgesehen? ☐ JA ☒ NEIN

Dieser Vertrag sieht weder einen Rückkauf noch eine Kürzung vor.

Schadensversicherung

Versicherungsprodukt zur fakultativen Kombination mit Finanzierung

Vorvertragliche Produktinformation für Schadensversicherungen

Net Insurance S.p.A. **Produkt: NET CPI Mutui**

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

Art der Versicherung

NET CPI Mutui ist eine Kollektivversicherung, die von der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. (Versicherungsnehmer) im Namen ihrer ein Darlehen aufnehmenden Kunden, die als Beitretende/Versicherte der Kollektivversicherung auf individueller und freiwilliger Basis beitreten können, abgeschlossen wird. Die Police hat den Zweck, den Versicherten vor dem Eintreten unvorhergesehener Ereignisse zu schützen, die während der Vertragsdauer dessen Fähigkeit zur Rückzahlung der Darlehensraten an die Bank beeinträchtigen können. Es handelt sich um ein Multirisk-Versicherungsprodukt, das 3 verschiedene Versicherungspakete (Optionen) bietet. Jede Option sieht das gemeinsame Angebot von Deckungen aus der Schadensparte (auf die sich die vorliegende Produktinfo zur Schadenssparte bezieht) und einer Deckung aus der Lebensversicherungssparte vor (deren Hauptmerkmale in der Produktinfo Leben und in der Produktinfo Multirisik enthalten sind).

Was ist versichert?

OPTION 1: ***(kann von Allen Versicherten unterzeichnet werden)***

- ✓ **BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT MIT EINEM GRAD VON 60% ODER MEHR AUFGRUND VON UNFALL ODER KRANKHEIT**
  Entschädigung in Höhe der kapitalbezogenen Restschuld der Finanzierung zum Zeitpunkt des Schadensfalls.
  Versicherbarer Höchstbetrag von Euro 1.000.000.

OPTION 2 ***(kann nur von selbständig Erwerbstätigen unterzeichnet werden, ausgenommen Arbeitnehmer in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen im Privatsektor mit unbefristetem Arbeitsvertrag und nicht arbeitende Personen)***

- ✓ **BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT MIT EINEM GRAD VON 60% ODER MEHR AUFGRUND VON UNFALL ODER KRANKHEIT**
  Entschädigung in Höhe der kapitalbezogenen Restschuld der Finanzierung zum Zeitpunkt des Schadensfalls.
- ✓ **UNFALL- ODER KRANKHEITSBEDINGTE VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT**
  Entschädigung in Höhe der monatlichen Raten des Darlehens, 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.

OPTION 3 ***(kann nur von Arbeitnehmern in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen mit***

Was ist nicht versichert?

Nicht versicherungsfähig ist:

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

Darüber hinaus:

- × Das Alter des Versicherten bei Ablauf der Police muss unter dem 78. Lebensjahr liegen für die Deckung Bleibende Vollinvalidität sowie unter dem Renteneintrittsalter für die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Rein beispielsweise und ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden einige der Gründe aufgeführt, aus denen die Deckungen nicht entschädigt werden.
Einige der wichtigsten Ausschlüsse für die Deckungen Bleibende Vollinvalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit sind:

- ! Flugunfall, wenn der Beitretende/Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keine geeignete Fluglizenz verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist;
- ! Flugunfälle durch Akrobatik, Vorführungen, Rekorde oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation);

unbefristetem Arbeitsvertrag in der Privatwirtschaft unterzeichnet werden).

- ✓ **BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT MIT EINEM GRAD VON 60% ODER MEHR AUFGRUND VON UNFALL ODER KRANKHEIT**
  Entschädigung in Höhe der kapitalbezogenen Restschuld der Finanzierung zum Zeitpunkt des Schadensfalls.
- ✓ **ARBEITSPLATZVERLUST**
  Entschädigung in Höhe der monatlichen Raten des vom Versicherungsnehmer ausgezahlten Kredits, die während des Zeitraums der Arbeitslosigkeit fällig werden, mit Ausnahme der ersten und letzten Entschädigung, die anteilig für die tatsächlichen Arbeitslosigkeitstage berechnet werden.

- ! aktive Teilnahme des Beitretenden/Versicherten an Kriegsereignissen;
- ! aktive Beteiligung des Beitretenden/Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen;
- ! Vorsatz des Beitretenden/Versicherten;
- ! Ereignisse, die direkt oder indirekt in Verbindung mit früheren Unfällen oder beim Beitrittsantrag bereits bestehenden Erkrankungen stehen;
- ! Unfälle, die durch freiwillige Selbstverletzung des Beitretenden/Versicherten oder, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet, verursacht werden;
- ! HIV-Infektion, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS), damit verbundene Syndrome oder assimilierbare Zustände;
- ! freiwilliger oder indizierter Schwangerschaftsabbruch oder Komplikationen, die sich aus solchen Ereignissen ergeben.

Die wichtigsten Ausschlüsse für die Deckung Arbeitsplatzverlust:

- ! Der Beitretende/Versicherte ist in den letzten 12 Monaten vor dem Datum, an dem das Schadensereignis eintrat, seiner Arbeitstätigkeit als Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft nicht ununterbrochen und mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag mit einer Leistungsverpflichtung von mindestens 20 Stunden pro Woche nachgegangen. Im Sinne dieser Klausel heben jedoch Unterbrechungen des Arbeitsverhältnisses, die nicht länger als zwei Wochen dauern, dessen Kontinuität nicht auf.
- ! Die Arbeitslosigkeit ist das Ergebnis einer Kündigung aus wichtigem Grund.
- ! Beendigung des Arbeitsverhältnisses auf Initiative des Beitretenden/Versicherten.
- ! Der Beitretende/Versicherte erhält Zahlungen der gewöhnlichen Lohnausgleichskasse.

Wo gilt der Versicherungsschutz?

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

Welche Verpflichtungen habe ich?

- ***Zu Vertragsbeginn:*** Bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrags müssen der vereinfachte Gesundheitsfragebogen und gegebenenfalls der Anamnesefragebogen ausgefüllt und dabei wahrheitsgemäße, genaue und vollständige Angaben über den eigenen Gesundheitszustand abgegeben werden. Falsche,

ungenaue oder zurückhaltende Aussagen können zum Verlust des Anspruchs auf Schadensersatz führen.

- ***Während der Vertragslaufzeit***: Bei Änderungen des Beschäftigungszustands sind diese der Gesellschaft mitzuteilen, wobei gilt: (i) Die Deckung Bleibende Vollinvalidität (die bei allen drei Optionen vorhanden ist) bleibt unverändert bestehen; (ii) die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust (abhängig vom Beschäftigungszustand des Versicherten je nach der gezeichneten Option) erlöschen und die Gesellschaft erstattet dem Versicherten den nicht genutzten Teil der Prämie zurück. 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:*** Es besteht die Verpflichtung, eventuelle Schadensfälle so zeitnah wie möglich nach ihrem Auftreten zu melden und der Meldung alle vom Unternehmen angeforderten Unterlagen beizufügen.

Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Sie haben zu bezahlen:

- eine einzige Prämie im Voraus und auf einmal; alternativ kann allein für den Fall bereits ausgezahlter Darlehen die Zahlung einer jährlich wiederkehrenden Prämie mit stillschweigender Verlängerung für die Laufzeit des Darlehens gewählt werden;
- beschränkt auf die Deckung Arbeitsplatzverlust sieht die Deckung im Falle eines Darlehens mit über 10 Jahren Laufzeit die Zahlung der Prämie in 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 der Prämie erfolgt per Banküberweisung. Nur im Fall der Jahresprämie wird in den auf das erste Jahr folgenden Jahren die Prämie per SEPA-Lastschrift vom Girokonto des Versicherten abgebucht.

Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

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

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

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

Wie kann die Kündigung erfolgen?

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

Im Falle einer einzigen im Voraus bezahlten Prämie haben Sie ab dem 11. Jahr begrenzt auf die Deckung Arbeitsplatzverlust das Recht, die Deckung mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen vor dem jährlichen Fälligkeitsdatum zu kündigen.

Multirisk-Versicherung

Versicherungsprodukt zur fakultativen Kombination mit Finanzierung

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

Net Insurance S.p.A. und Net Insurance Life S.p.A.

NET CPI Mutui

Ausg. 06/2025

Die vorliegende zusätzliche Produktinfo Multirisk ist die neueste verfügbare Ausgabe.

Zweck

Das vorliegende Dokument ergänzt und vervollständigt die Angaben des Dokuments zur vorvertraglichen Information für Lebensversicherungsprodukte, die keine Investmentversicherungen sind, (Produktinfo Leben) und Schadensversicherungsprodukte (Produktinfo Schaden) und dient dem potentiellen Versicherungsnehmer für ein genaueres Verständnis der Merkmale des Produkts, insbesondere hinsichtlich der Deckungen, Einschränkungen, Ausschlüsse, Kosten und der Vermögenslage des Unternehmens.

Der Versicherungsnehmer sollte die Versicherungsbedingungen vor der Unterzeichnung des Vertrags genau lesen.

Gesellschaft

Net Insurance S.p.A. – Aktiengesellschaft, Teil der Versicherungsgruppe Poste Vita - Nr. 43 im Verzeichnis der Versicherungsgruppen beim Kontrollorgan IVASS - Via Giuseppe Antonio Guattani 4, 00161 Rom, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Website: www.netinsurance.it; E-Mail: info@netinsurance.it; PEC (zertifizierte E-Mail): netinsurance@pec.netinsurance.it.

Das Reinvermögen von Net Insurance S.p.A. beläuft sich auf 98.621.883 € und das wirtschaftliche Ergebnis des Referenzzeitraums beträgt 8.955.594 €.
Der Solvabilitätskoeffizient (solvency ratio) für die Solvabilitätskapitalanforderung beträgt 181,64%.
Sämtliche Angaben stammen aus dem Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31.12.2024, der im Internet unter dem folgenden Link aufgerufen werden kann: http://www.netinsurance.it.

Net Insurance Life S.p.A. – Aktiengesellschaft, Teil der Versicherungsgruppe Poste Vita - Nr. 43 im Verzeichnis der Versicherungsgruppen beim Kontrollorgan IVASS - Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 Rom, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Website: www.netinsurance.it; E-Mail: info@netinsurancelife.it; PEC (zertifizierte E-Mail): netinsurance@pec.netinsurancelife.it.

Das Reinvermögen von Net Insurance S.p.A. beläuft sich auf 51.141.876 € und das wirtschaftliche Ergebnis des Referenzzeitraums beträgt 17.941.625 €.
Der Solvabilitätskoeffizient (solvency ratio) für die Solvabilitätskapitalanforderung beträgt 229,54%.
Sämtliche Angaben stammen aus dem Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31.12.2024, der im Internet unter dem folgenden Link aufgerufen werden kann: http://www.netinsurance.it.

Der Vertrag unterliegt italienischem Recht.

Produkt

Was ist versichert?

Abgesehen von den Angaben in den Produktinfos Leben und Schaden ist die natürliche Person versichert, die einen Darlehensvertrag mit dem Versicherungsnehmer abgeschlossen hat; je nach Beschäftigungszustand zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses stehen folgende Optionen offen:
Option 1: kann von ***allen Beitretenden/Versicherten*** unterzeichnet werden.
Option 2: kann nur von ***selbständig Erwerbstätigen unterzeichnet werden.***
Option 3: kann nur von ***Arbeitnehmern in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen mit unbefristetem Arbeitsvertrag im Privatsektor unterzeichnet werden***
Aus der Berechnung der Restschuld des Darlehens sind die Zinsen sowie jeder aus anderem Anlass der Bank geschuldete Betrag ausgeschlossen (beispielsweise ausstehende Raten, Vertragsstrafen oder Zahlungen für eine vorzeitige Ablösung usw.).
Für die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust entspricht die maximale Entschädigung € 2.000,00 pro entschädigter Rate; maximal 18 entschädigte Raten, falls ein und derselbe Schadensfall ohne Unterbrechung über mehrere Zeiträume von jeweils 30 Tage anhält; maximal 36 entschädigte Raten über die gesamte Vertragslaufzeit, falls nacheinander mehrere Schadensfälle eintreten.
Im Falle von Darlehen mit Zeitraum vor Tilgungsbeginn, einschließlich Baufortschrittsdarlehen, wird zum Zwecke der Berechnung der Versicherungsleistung die Restschuld für die gesamte Dauer dieses Zeitraums vor Beginn des Tilgungsplans mit der Deckungssumme gleichgesetzt. Nach Ablauf dieser Zeit wird der Tilgungsplan herangezogen.

Was ist NICHT versichert?

Ausgeschlossene Risiken

Zusätzlich zu den Angaben in den Produktinfos Leben und Schaden gelten für die Deckungen Todesfall, Bleibende Vollinvalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit die folgenden Ausschlüsse:

- Trunkenheit/Rauschzustand: wenn die Blutalkoholkonzentration das von der Straßenverkehrsordnung festgelegte Limit überschreitet und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt; in jedem anderen Fall, wenn die Blutalkoholkonzentration 0,8 Gramm pro Liter übersteigt;
- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen durch den Beitretenden/Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen wurde zu therapeutischen Zwecken verordnet, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann;
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Beitretende/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;
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten: Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz; Tätigkeit als Zirkusartist und Stuntman; Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Bergwerken.
- biologische und/oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist;
- Verwendung (auch als Passagier) von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen; Ausübung jeder Art von Profisport mit Ausnahme der Teilnahme an Wettkämpfen oder dazugehörenden Probeläufen, die in den Rahmen des Freizeit- oder Firmensports fallen; Verwendung (auch als Passagier) von Unterseefahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motorbooten in Wettkämpfen, die keine reinen Gleichmäßigkeitsprüfungen sind, und den dazugehörenden Probeläufen; Ausübung von Boxsport, Schwerathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern oder Eisklettern, Höhlenforschung, Ski- oder Wasserskispringen, Freestyle-Skiing, Bob und Luftsport im Allgemeinen. Allein für die Deckung Todesfall auch das Bergsteigen über 4.000 m und/oder mit Schwierigkeitsgrad über der 3. Stufe der französischen Skala und/oder Bergsteigen in Eis oder Gletscher oder im Alleingang unabhängig von der Höhe. Allein für die Deckungen Bleibende Vollinvalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit auch das Betreiben von Rugby, American Football, Gerätetauchen; Teilnahme an Profiwettkämpfen - oder den dazu gehörenden Probeläufen - bei Pferderennen, Fußball, Radsport, Skisport, Basketball, Volleyball, Kampfsport, es sei denn, es handelt sich um Freizeit- oder Betriebssport;
- natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).

Für die Deckung Todesfall:

- nichttherapeutische Anwendung von Drogen, Halluzinogenen und ähnlichen Substanzen;
- Flugunfälle durch Akrobatik, Vorführungen, Rekorde oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation);
- HIV-Infektion, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS), damit verbundene Syndrome oder assimilierbare Zustände;
- freiwillige Selbstverletzungen des Beitretenden/Versicherten oder, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befand;

Für die Deckungen Bleibende Vollinvalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit:

- Unfälle durch Streiks, Unruhen, Krawalle oder Schlägereien, an denen der Beitretende/Versicherte aktiv teilgenommen hat;
- Ereignisse, die auf folgende geistige Beeinträchtigungen zurückzuführen sind: hirnorganisches Psychosyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände;
- Behandlungen kosmetischer Art, die vom Beitretenden/Versicherten aus psychologischen oder persönlichen Gründen beantragt werden, mit Ausnahme der plastischen Rekonstruktion nach einem Unfall, der während der Gültigkeitsdauer der Versicherung aufgetreten ist.

Für die Deckung Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit

- Rückenschmerzen und ähnliche Erkrankungen, sofern sie nicht durch radiologische und klinische Untersuchungen nachgewiesen werden, wenn diese zu vollständiger Arbeitsunfähigkeit führen.

Für die Deckung Arbeitsplatzverlust:

- Entlassung aus berechtigtem subjektivem Grund; Entlassung aus disziplinarischen oder beruflichen Gründen; Entlassung bei Verwandtschaftsverhältnissen mit dem Arbeitgeber;
- Der Arbeitsvertrag wurde im Ausland abgeschlossen, es sei denn dieser ist dem italienischen Recht unterstellt.
- Der Versicherte hat sich nicht bei der Agentur für Arbeit gemeldet; oder er fällt in die Kategorie der Teilarbeitslosigkeit (sozial nützliche Tätigkeiten).

Gibt es Deckungsgrenzen?

Es gibt Einschränkungen für die Deckung *Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust:*

- Selbstbehaltszeitraum: 60 Tage
- Wartezeit von 60 Tagen
- Wartefrist, die zwischen zwei Schadensfällen verstreichen muss, damit auch der weitere Schadensfall entschädigt werden kann: 90 Tage

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

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

Worin besteht das Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen?

Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen

Wenn der Versicherte von einer Krebserkrankung genesen ist, und wenn beim Datum des Abschlusses oder der Verlängerung des Versicherungsvertrags seit über zehn Jahren kein Rezidiv eingetreten ist, so ist er nicht verpflichtet, Angaben zu dieser Vorerkrankung zu tätigen oder sich jedweder Art von diesbezüglicher Kontrolle (bspw. ärztlicher Untersuchung) zu unterziehen. Dieser Zeitraum beträgt fünf Jahre, wenn die Erkrankung vor dem 21. Geburtstag aufgetreten war.
Für die in nachstehender Tabelle genannten onkologischen Erkrankungen entspricht der Zeitraum dem angegebenen:

Onkologische Erkrankung	Merkmale	Jahre seit Beendigung der aktiven Behandlung
Kolon-Rektum	Stadium I, jedes Alter	1
Kolon-Rektum	Stadium II/III, > 21 Jahre	7
Melanom	> 21 Jahre	6
Brustdrüse	Stadium I/II, jedes Alter	1
Gebärmutter, Gebärmutterhals	> 21 Jahre	6
Gebärmutter, Korpuskarzinom	Jedes Alter	5
Hoden	Jedes Alter	1
Schilddrüse	Frauen mit Diagnose <55 Jahren - Männer mit Diagnose <45 Jahren. Ausgeschlossen sind anaplastische Tumoren für beide Geschlechter	1
Hodgkin-Lymphom	<45 Jahren	5
Leukämie	Akut (lymphoblastisch und myeloid), jedes Alter	5

Vorgehensweise zur Ausübung des Rechts

Der Versicherte sendet bei der Versicherungsgesellschaft fristgerecht das Attest ein, das gebührenfrei und binnen 30 Tagen ab Beantragung von einer öffentlichen oder akkreditierten privaten medizinischen Einrichtung oder von einem Arzt des nationalen Gesundheitssystems mit einer Fachrichtung, die in Verbindung zu der Krebserkrankung steht, die aus den Unterlagen gelöscht werden soll, oder vom Hausarzt oder dem frei gewählten Kinderarzt ausgestellt wurde.

Wirkung des Löschens von Daten zu Krebserkrankungen

Ist der für das Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen vorgesehene Zeitraum verstrichen, können ggf. bereits erfasste Daten nicht für eine Änderung der Vertragsbedingungen, für die Beurteilung des Versicherungsrisikos oder der Zahlungsfähigkeit des Versicherten verwendet werden.
Die Unternehmen sind verpflichtet, Daten mit Bezug auf frühere onkologische Erkrankungen binnen 30 Tagen ab Erhalt des Attests endgültig zu löschen. Vertragsklauseln, bei deren Vereinbarung gegen das Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen verstoßen wurde, sind nichtig.

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Versicherungsprodukt richtet sich an Kunden des Versicherungsnehmers, mit denen ein Darlehensvertrag geschlossen wurde und die sich zum Zeitpunkt des Beitritts zwischen dem 18. und dem noch nicht vollendeten 65. Lebensjahr befinden, wobei das Alter des Versicherten bei Fälligkeit der Police unter 78 Jahren liegen muss für die Deckungen Todesfall und Bleibende Vollinvalidität und unter dem Renteneintrittsalter für die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust.

Welche Kosten entstehen dabei?

Auf der Prämie lastende Kosten
Nachfolgend die detaillierten Angaben zu den Kosten:

	Belastung
Deckung Leben	71,00%
Deckung Schäden	71,00%

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

Vermittlungskosten
Der Anteil der Kosten, die durchschnittlich dem Produktvertreiber zuerkannt werden, ist nachstehend aufgeführt:

	Belastung
Deckung Leben	69,01%
Deckung Schäden	69,01%

der Kosten selbst

WIE WERDEN BESCHWERDEN EINGEREICHT UND STREITIGKEITEN BEREINIGT?

Beim Versicherungsunternehmen	Etwaige Beschwerden in Bezug auf den Vertrag oder die Versicherungsdienstleistung gegenüber der Versicherungsgesellschaft oder dem zuständigen

	Versicherungsvermittler sind schriftlich (per E-Mail oder zertifizierter E-Mail (PEC), Post, Fax) bei der Abteilung Beschwerden (Ufficio Reclami) einzureichen: • **PEC (zertifizierte E-Mail-Adresse): ufficio.reclami@pec.netinsurance.it** • **Postadresse: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM** • **Fax +39 06 89326.570** Die Beschwerde muss die folgenden Angaben enthalten: • Vor- und Nachname, vollständige Adresse und Telefonnummer des Verfassers; Police-Nummer und Name des Versicherungsnehmers. • Nummer und Datum des gegenständlichen Schadensfalls; Bezeichnung der Person oder der Personen, deren Tätigkeit beanstandet wird; kurze und umfassende Beschreibung des Beschwerdegrundes; • alle anderen Angaben und nützlichen Unterlagen zur Beschreibung der Umstände. Die Versicherungsgesellschaft hat diese Beschwerde laut geltender Gesetzgebung innerhalb von 45 Tagen ab Eingang zu beantworten. Die erwähnte Antwortfrist kann bei Beschwerden, die das Verhalten eines Versicherungsagenten oder eines Mitarbeiters/Arbeitnehmers betreffen, um weitere 15 Tagen verlängert werden, um deren Anhörung zu gewährleisten und es diesen laut geltender Gesetzgebung zu ermöglichen, die nötigen Ergänzungen zur Untersuchung beizutragen sowie ihren Standpunkt in Bezug auf den Beschwerdegegenstand vorzubringen. Wird der Beschwerde nicht oder nur teilweise stattgegeben, enthält die Antwort eine eindeutige Stellungnahme der Gesellschaft und des betroffenen Versicherungsagenten in Bezug auf die Beschwerde bzw. dazu, dass ihr nicht stattgegeben wurde. Für detaillierte Informationen verweisen wir auf die Informationen in der Rubrik Reklamationen der Website www.netinsurance.it.
Bei der Aufsichtsbehörde IVASS	Bei nicht zufriedenstellendem Ergebnis oder verspäteter Beantwortung der Beschwerde können Sie sich an die Aufsichtsbehörde IVASS wenden, Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info unter: www.ivass.it.
VOR BESCHREITUNG DES RECHTSWEGS können alternative Verfahren zur Streitbeilegung in Anspruch genommen werden, unter anderem:	
Schlichtung	Durch Einschaltung einer der Schlichtungsstelle, die im Verzeichnis des Justizministeriums aufgeführt sind, das auf der Website www.giustizia.it konsultiert werden kann. (Gesetz Nr. 98 vom 9.8.2013)
Verhandlung mit Rechtsbeistand	Auf Antrag des eigenen Rechtsbeistands bei der Versicherungsgesellschaft.
Weitere alternative Möglichkeiten zur Beilegung von Rechtsstreitigkeiten	Für die Beilegung grenzüberschreitender Streitigkeiten kann die Beschwerde direkt bei den im Ausland zuständigen Stellen eingereicht werden, d.h. dort wo das Unternehmen, das den Vertrag abgeschlossen hat (auffindbar unter http://www.ec.europa.eu/odr) seinen Sitz hat, indem das Verfahren FIN - NET aktiviert wird, oder direkt bei der Aufsichtsbehörde IVASS, die dann für die Weiterleitung an das genannte System und die Benachrichtigung des Beschwerdeführers sorgen wird.

BESTEUERUNG

Auf den Vertrag anwendbare Steuer	Der für die Deckung der Lebensversicherungssparte bestimmte Teil der Prämie ist steuerfrei, während der Teil der Prämie für die Deckungen der Schadenssparte einer Steuer von 2,5% unterliegt. Für die an die Versicherungsgesellschaft gezahlten Prämien, welche das Risiko Todesfall sowie Unfall- oder Krankheitsbedingte Bleibende Vollinvalidität zum Gegenstand haben, ist bis zur Obergrenze von Euro 530,00 auf Grundlage der zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Kollektivversicherung geltenden Gesetzgebung ein Abzug von der Einkommenssteuer von 19% der Prämie zulässig.

FÜR DIESEN VERTRAG VERFÜGT DAS UNTERNEHMEN ÜBER EINEN DEM VERSICHERUNGSNEHMER VORBEHALTENEN BEREICH (SOGENANNTE *HOME INSURANCE*). NACH VERTRAGSABSCHLUSS KÖNNEN SIE DAHER DIESEN BEREICH EINSEHEN UND FÜR DIE ONLINE-VERWALTUNG DES VERTRAGS VERWENDEN.

Versicherungsbedingungen - NET CPI Mutui

Gruppenversicherungsprodukt mit optionaler Mitgliedschaft

Inhalt

NÜTZLICHE KONTAKTE **2**

GLOSSAR **3**

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN **6**
- ART. 1 BESTEHENDE DECKUNGEN 6
- ART. 2 PFLICHTEN DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN 7
- ART. 3 BEDINGUNGEN FÜR DIE VERSICHERBARKEIT UND ZULASSUNGSFORMALITÄTEN 7
- ART. 4 ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN 8
- ART. 5 - ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN. 8
- ART. 6 ERHÖHUNG UND VERRINGERUNG DES RISIKOS UND BERUFLICHE VERÄNDERUNGEN 8
- ART. 7 DATUM DES INKRAFTTRETENS UND LAUFZEIT DES VERSICHERUNGSSCHUTZES 9
- ART. 8 WIDERRUFS-, RÜCKTRITTS- UND KÜNDIGUNGSRECHT 9
- ART. 9 LEISTUNGSEMPFÄNGER 10
- ART. 10 ZAHLUNG DER PRÄMIE 10
- ART. 11 VORZEITIGE ABLÖSUNG UND UMSCHULDUNG 11
- ART. 12 SCHADENSMELDUNG 12
- ART. 13 PFLICHTEN DES VERSICHERTEN ODER SEINER RECHTSNACHFOLGER IM SCHADENSFALL 15
- ART. 14 AUSZAHLUNG DER LEISTUNGEN 16
- ART. 15 WEITERE VERSICHERUNGEN 16
- ART. 16 ABGABEN UND ANDERE STEUERLICHE BELASTUNGEN 16
- ART. 17 KOMMUNIKATION 16
- ART. 18 DEM BEITRETENDEN/VERSICHERTEN AUSZUHÄNDIGENDE UNTERLAGEN 16
- ART. 19 VERZICHT AUF RÜCKGRIFF 16
- ART. 20 - HOME INSURANCE (Geschützter Bereich) 17
- ART. 21 GERICHTSSTAND UND ANWENDBARES RECHT 17
- ART. 22 FREISTELLUNG 17
- ART. 23 REKLAMATIONEN 17
- ART. 24 ABTRETUNG VON RECHTEN 17
- ART. 25 RECHTSSTREITIGKEITEN 17
- ART. 26 VERJÄHRUNGSFRISTEN 18
- ART. 27 SANKTIONEN 18
- ART. 28 ÄNDERUNGEN AM BEITRITTSANTRAG 18

VERSICHERUNGSSCHUTZ TODESFALL **19**
- ART. 29 GEGENSTAND DER DECKUNG IM TODESFALL 19
- ART. 30 VERSICHERTE LEISTUNG 19
- ART. 31 LEISTUNGSEMPFÄNGER 19
- ART. 32 AUSSCHLÜSSE 20
- ART. 33 RÜCKKAUF UND KREDITE 20
- ART. 34 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE VERPFLICHTUNGEN 21

VERSICHERUNG FÜR UNFALL- ODER KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT **21**
- ART. 35 VERSICHERUNGSLEISTUNG 21
- ART. 36 AUSSCHLÜSSE 21
- ART. 37 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE VERPFLICHTUNGEN 22

VERSICHERUNG FÜR VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT **23**
- ART. 38 VERSICHERUNGSLEISTUNG 23
- ART. 39 AUSSCHLÜSSE 23

VERSICHERUNG GEGEN ARBEITSPLATZVERLUST **25**
- ART. 42 VERSICHERUNGSLEISTUNG 25
- ART. 43 AUSSCHLÜSSE 25
- ART. 45 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE VERPFLICHTUNGEN 26

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ **1**

BEITRITTSANTRAGS **1**

VEREINFACHTER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN **1**

ANAMNESEFRAGEBOGEN **3**

NÜTZLICHE KONTAKTE

Website www.netinsurance.it

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF:

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

SONSTIGE INFORMATIONSANFRAGEN

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

ZUR EINSENDUNG EINER BESCHWERDE

Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM

Fax +39 06 89326570

PEC (zertifizierte E-Mail-Adresse) ufficio.reclami@pec.netinsurance.it

GLOSSAR

Beitretender
Person, die freiwillig dem Rahmenvertrag beigetreten ist, indem die entsprechende Prämie gezahlt und der Beitrittsantrag unterzeichnet wurde. Diese entspricht der natürlichen Person, die einen Finanzierungsvertrag bei der Bank unterzeichnet hat, oder dem/den etwaigen Bürgen.

Beitritt
Beantragung, die sich aus der Unterzeichnung des Beitrittsantrags zum Rahmenvertrag (oder Vertrag) durch den Beitretenden/Versicherten ergibt.

Versicherter
Der Versicherte ist die natürliche Person im Alter zwischen dem 18. und nicht vollendeten 65. Lebensjahr, die als Unterzeichner oder Bürge des Finanzierungsvertrags Kunde des Versicherungsnehmers ist. Der Versicherte stimmt auch mit der Beitretenden Person überein, d.h. mit der Person, die freiwillig dem Rahmenvertrag beigetreten ist, indem die entsprechende Prämie gezahlt und der Beitrittsantrag unterzeichnet wurde.

Kreditinstitut
Stimmt mit dem Versicherungsnehmer überein.

Begünstigter oder Leistungsempfänger
Leistungsempfänger im Todesfall ist die natürliche oder juristische Person, die der Versicherte im Beitrittsantrag benannt hat und die bei Eintritt des Schadensfalls die im Rahmenvertrag vorgesehene Leistung erhält.
Der Leistungsempfänger für die Versicherungsschutzleistungen Bleibende Vollinvalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust ist der Versicherte selbst.

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

Deckungssumme
Leistung, welche die Versicherungsgesellschaft im Falle des Todes oder der Bleibenden Vollinvalidität des Versicherten während der Laufzeit an den Begünstigten zahlt. Sie entspricht der kapitalbezogenen Restschuld, die aus dem Finanzierungsvertrag hervorgeht, der vom Beitretenden/Versicherten mit dem Versicherungsnehmer abgeschlossen wurde und mit dem Beitritt zum Rahmenvertrag verbunden ist. Sie wird zum Datum des Schadensfalls unter Annahme einer regelmäßigen Rückzahlung gemäß Tilgungsplan berechnet. Der ausgezahlte Betrag versteht sich daher abzüglich etwaiger nicht gezahlter Raten oder Teilraten und der zwischenzeitlich aufgelaufenen Zinsen.

Wartezeit
Die Wartezeit ist der Zeitraum direkt nach Datum des Inkrafttretens, während dessen die Deckung noch nicht wirksam ist. Sollte das Schadensereignis in diesem Zeitraum eintreten, zahlt die Schadenversicherungsgesellschaft die versicherte Leistung nicht.

Mitinhaber
Die Person, die zusammen mit dem Inhaber des Finanzierungsvertrags Mitinhaber desselben ist.

Versicherungsgesellschaften
Für die Lebensversicherungssparte: NET INSURANCE LIFE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 – 00161 ROM
Für die Schadenssparte: (Bleibende Vollinvalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust): NET INSURANCE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 – 00161 ROM

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen/Versicherungsbedingungen
In einem Versicherungsvertrag vorgesehene Grundklauseln. Sie beziehen sich auf die allgemeinen Aspekte des Vertrages, wie die Zahlung der Prämie, das Inkrafttreten der Deckung, die Laufzeit des Vertrages.

Finanzierungsvertrag
Der Finanzierungsvertrag ist der Vertrag, mit dem die Bank dem Beitretenden/Versicherten eine Finanzierung, die zum Bereich der **durch Hypotheken gesicherten oder ungesicherten Darlehen oder der an den Baufortschritt gebundenen Darlehen** gehört, über einen vorher festgelegten Betrag gewährt, der vom Beitretenden/Versicherten nach einem Tilgungsplan mit gleichbleibenden Raten zurückzuzahlen ist, dessen Laufzeit mindestens 60 Monate und höchstens 360 Monate beträgt abzüglich eines technischen Zeitraums vor Tilgungsbeginn von maximal 12 Monaten **(18 Monate für Baufortschrittsdarlehen).**

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

Datum des Inkrafttretens
Datum, ab dem der Beitritt wirksam wird:

a) Bei neu ausgegebenen Finanzierungen stimmt das Datum des Inkrafttretens – vorausgesetzt, dass die vom Versicherungsnehmer gewährte Finanzierung auch tatsächlich (ggf. auch partiell) ausgezahlt wurde - mit dem Datum der Auszahlung der Finanzierung überein. Falls das Datum der Unterzeichnung auf dem Antragsformular nicht mit dem Datum der Auszahlung der Finanzierung übereinstimmt, wird nur letzteres berücksichtigt, und der Beitritt gilt erst ab dem Datum des Inkrafttretens als abgeschlossen und wirksam.
b) Für bereits ausgezahlte Finanzierungen (Stock) fällt das Datum des Inkrafttretens mit dem Datum der Unterzeichnung des Beitrittsantrags zusammen.

Todesfall
Das Ableben des Versicherten.

Restschuld
Der kapitalbezogene Restbetrag der gesamten Finanzierung, der zugunsten des Versicherungsnehmers aus dem Tilgungsplan des Finanzierungsvertrags hervorgeht,

abzüglich etwaiger nicht bezahlter Raten.
Im Falle von Darlehensverträgen, die einen Zeitraum vor Tilgungsbeginn beinhalten, einschließlich der an den Baufortschritt gebundenen Darlehen, entspricht die Restschuld für die gesamte Dauer dieses Zeitraums vor Tilgungsbeginn der Deckungssumme. Nach Ablauf dieser Zeit wird der Tilgungsplan herangezogen.

Arbeitslosigkeit

Status eines Versicherten, der in einem Anstellungsverhältnis im Privatsektor beschäftigt war, wenn er gleichzeitig:

- seine normale Arbeitstätigkeit eingestellt hat und keiner anderen Beschäftigung mit mehr als 16 Wochenstunden nachgeht, bei der ein Einkommen oder Gewinn erwirtschaftet wird;
- im Verzeichnis der Arbeitssuchenden eingetragen ist oder eine Entschädigung aus der Außerordentlichen Lohnausgleichkasse erhält;
- keine etwaigen Stellenangebote ablehnt.

Laufzeit des Versicherungsschutzes

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

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt für die Deckungen bei Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust entspricht dem Zeitraum, in dem der Versicherte trotz Vorliegen eines gemäß Versicherungsbedingungen entschädigungsfähigen Ereignisses keinen Anspruch auf Entschädigung hat. Der Selbstbehalt für die Deckung Bleibende Vollinvalidität entspricht dem Prozentsatz des Invaliditätsgrad, unter dem keine Entschädigung gezahlt wird.

Bürge

Dritter, der mit seinem eigenen Vermögen, auch durch eine Bürgschaft, die Erfüllung der im Finanzierungsvertrag genannten Verpflichtung garantiert und gesamtschuldnerisch mit dem Finanzierungsaufnehmer haftet. Dabei kann es sich auch um den Versicherten/Beitretenden handeln.

KONTROLLORGAN IVASS

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

Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist der vorübergehende und vollständige Verlust der Fähigkeit des Versicherten, seinem Beruf oder Handwerk nachzugehen, infolge eines Unfalls oder einer Krankheit.

Entschädigung

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

Unfall

Der Unfall ist ein auf eine zufällige, gewaltsame und externe Ursache zurückzuführendes Ereignis, das objektiv feststellbare und nach Maßgabe dieses Rahmenvertrags entschädigungsfähige Körperverletzungen zur Folge hat.

Bleibende Vollinvalidität

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

Arbeitnehmer in abhängigem Beschäftigungsverhältnis in der Privatwirtschaft (für die Wählbarkeit von Option 3)

Eine natürliche Person, die mit jeder beliebigen Qualifikation und in jeder beliebigen Kategorie ihre Arbeitsleistung im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses auf Grundlage eines unbefristeten Arbeitsvertrags mit einer Leistungspflicht von mindestens 20 Wochenstunden erbringt und ein Dienstalter von wenigstens 12 Monaten aufweist.
Beispielsweise gelten als Arbeitnehmer in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen:

- Manager, Führungskräfte, Angestellte und Arbeiter;
- Genossenschaftsmitglieder, die in den Gehaltslisten eingetragen sind.

Krankheit

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

An Baufortschritte gebundenes Darlehen

Darlehensart, die aufgenommen werden kann, wenn eine Immobilie erworben wird, die zusätzlich eine Renovierung benötigt. In diesem Fall wird das Darlehen in mehreren Teilbeträgen ausbezahlt, die von der Bank erst gewährt werden, nachdem der geleistete Baufortschritt überprüft und der für die Freigabe der jeweiligen Summen vereinbarte Wert erreicht worden ist.

Nicht arbeitende Person (für die Wählbarkeit von Option 1)

Eine natürliche Person, die weder ein selbständig Erwerbstätiger noch ein Beschäftigter in der Privatwirtschaft ist.
Rein beispielsweise und ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind nicht arbeitende Personen: Rentner, Studenten, Hausfrauen.

Normale Arbeitstätigkeit

Vergütete oder anderweitig produktive Erwerbstätigkeit des Versicherten mit gewöhnlichem und vorherrschendem Charakter unmittelbar vor dem Schadensereignis.

Parteien

Versicherungsgesellschaften, Versicherungsnehmer und Beitretender/Versicherter.

Versetzung in den Ruhestand

Der Übergang des Arbeitnehmers vom aktiven Dienst zum Rentner (Renteneintritt). Diese Situation berechtigt oder erfordert die Beendigung der Tätigkeit eines Arbeitnehmers

und seine Versetzung in den Ruhestand.

Arbeitsplatzverlust
Dies entspricht dem Zustand der Arbeitslosigkeit infolge von: - objektiv berechtigtem Grund; - Gründe, die zu einer Entschädigung durch die außerordentliche Lohnausgleichkasse führen.

Wartefrist
Die Wartefrist ist die Zeitspanne nach Ende der Arbeitslosigkeit oder der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit, über welche der Versicherte seine normale Arbeitstätigkeit ausüben muss, bevor er erneut einen Schadensfall aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit melden kann.

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

Zeitraum vor Tilgungsbeginn
Der Zeitraum vor Beginn des Tilgungsplans zur Rückzahlung der Finanzierung, der maximal 12 Monate (18 Monate bei Baufortschrittsdarlehen) dauern kann, während dessen der Kunde die vollständige Verfügung über das Anfangskapital hat oder im Falle des Baufortschrittsdarlehens die Teilbeträge erhält. Während dieses Zeitraums, dessen Dauer im Vertrag festgelegt ist, zahlt der Kunde zu den Fälligkeitsterminen lediglich den Zinsanteil auf den aufgenommenen Darlehensbetrag in der vertraglich vereinbarten Höhe.

Prämie
Betrag einschließlich Steuern, den der Beitretende/Versicherte bei Unterzeichnung des Beitrittsantrags für den geleisteten Versicherungsschutz zu zahlen hat.

Selbständig Erwerbstätige (für die Wählbarkeit von Option 2)
Natürliche Person, die kein Arbeitnehmer in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis in der Privatwirtschaft ist und die zum Zeitpunkt des Beitritts Einkünfte aus Arbeit oder Unternehmenstätigkeit oder Einkünfte aus der Ausübung von Handwerk oder freien Berufen oder aus dem Betreiben einer Handelstätigkeit bezieht.

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

Monatsrate
Monatliche Rate der Finanzierung, die vom Versicherungsnehmer gemäß dem an die Versicherungsgesellschaft ausgestellten Tilgungsplan des Finanzierungsvertrags berechnet wurde. Erfolgt die Aufteilung anders als auf Monatsbasis, werden die Entschädigungen für die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust dennoch monatlich festgelegt.

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

Schadensfall
Das Eintreten des Schadensereignisses, für welches die Versicherung abgeschlossen wurde, während der Laufzeit des Versicherungsschutzes.

Beschäftigungszustand
Art der ausgeübten Arbeitstätigkeit unter folgenden Kategorien:

- Beschäftigter in der Privatwirtschaft
- Selbständig Erwerbstätiger
- Nicht arbeitende Person

für welche auf die obigen Definitionen verwiesen wird.

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
RAHMENVERTRAG NET CPI MUTUI

Die vollständigen Texte des zwischen VERSICHERUNGSNEHMER und VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN vereinbarten Rahmenvertrags sind am Sitz des Versicherungsnehmers und am jeweiligen Sitz von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. hinterlegt.

ART. 1 BESTEHENDE DECKUNGEN

Dieser Vertrag beinhaltet abhängig von den Optionen, die unterzeichnet werden können, folgende Deckungen:

- Todesfall, für alle Versicherten, geleistet von NET INSURANCE LIFE S.p.A. (Optionen 1, 2 und 3);
- Bleibende Vollinvalidität, für alle Versicherten, geleistet von NET INSURANCE S.p.A. (Optionen 1, 2 und 3);
- Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, nur für selbständig Erwerbstätige unter Ausnahme von nicht arbeitenden Personen und von Arbeitnehmern in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag, geleistet von NET INSURANCE S.p.A. (Option 2);
- Arbeitsplatzverlust, nur für Arbeitnehmer in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen 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	Versicherungsdeckungen			
		Todesfall	Bleibende Vollinvalidität	Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsplatzverlust
Option 1	Alle Versicherten	*Ja*	*Ja*	*Nein*	*Nein*
Option 2	Nur den selbständig Erwerbstätigen vorbehalten. Kann nicht für nicht arbeitende Personen und Beschäftigte in der Privatwirtschaft mit unbefristetem Anstellungsvertrag und Dienstalter von mindestens 12 Monaten abgeschlossen werden.	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Nein*
Option 3	Ausschließlich Beschäftigten in der Privatwirtschaft mit unbefristetem Anstellungsvertrag und Dienstalter von mindestens 12 Monaten vorbehalten. Kann nicht für nicht arbeitende Personen oder selbständig Erwerbstätige abgeschlossen werden.	*Ja*	*Ja*	*Nein*	*Ja*

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

Die Deckungen gelten ohne räumliche Begrenzung, aber die Deckungen Bleibende Vollinvalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit müssen von einem Arzt beurteilt werden, der seine Tätigkeit in einem Mitgliedsland der Europäischen Union ausübt. Die Deckung Arbeitsplatzverlust gilt nur für Arbeitsverträge nach italienischem Recht.

ART. 2 PFLICHTEN DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN

Die Pflichten der Versicherungsgesellschaften ergeben sich ausschließlich aus dem Rahmenvertrag, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Beitrittsantrag sowie aus etwaigen von den Versicherungsgesellschaften selbst herausgegebenen Anhängen.
Für alle Angelegenheiten, die nicht ausdrücklich im Vertrag geregelt sind, gilt das anwendbare Recht.

ART. 3 BEDINGUNGEN FÜR DIE VERSICHERBARKEIT UND ZULASSUNGSFORMALITÄTEN

Versicherbar ist jede natürliche Person, die:

a) mit dem Versicherungsnehmer einen Finanzierungsvertrag oder ein Baufortschrittsdarlehen mit einer Laufzeit zwischen 60 und 360 Monaten abgeschlossen hat oder bei einem solchen Vertrag als Bürge angeführt ist. Die maximal versicherbaren Beträge sind im nachstehenden Artikel 4 aufgeführt.
b) zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Beitrittsantrags mindestens das 18. Lebensjahr aber das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, unbeschadet der Tatsache, dass zum Zwecke der Wirksamkeit der Versicherung für die Deckungen Todesfall und Bleibende Vollinvalidität das maximale Alter bei Fälligkeit das nicht vollendete 78. Lebensjahr ist, während die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust ihre Wirkung bei der Versetzung in den Ruhestand verlieren;
c) mit der Unterzeichnung des Beitrittsantrags, des vereinfachten Gesundheitsfragebogens und ggf. des ausgefüllten Anamnesefragebogens, der vom Versicherten allein oder mit Hilfe seines Hausarztes ausgefüllt, datiert und unterzeichnet wurde, dem Rahmenvertrag beigetreten ist;
d) Er muss die möglicherweise eingeforderten zusätzlichen Unterlagen beigebracht haben.
e) die im Voraus zahlbare Einmalprämie (gültig sowohl für neue als auch für bereits ausgezahlte Finanzierungen) oder die Jahresprämie (gültig nur für bereits ausgezahlte Finanzierungen) nach Annahme seitens der Gesellschaft gezahlt hat.

Der Beitretende/Versicherte bekundet durch Unterzeichnung des Beitrittsformulars, das 6 Monate gültig ist, sein Interesse, der Versicherung beizutreten.
Jeder Beitritt muss durch die im nachstehenden Artikel 3.1 angegebenen Unterlagen ergänzt werden.

Werden alle Fragen des vereinfachten Gesundheitsfragebogens mit Nein beantwortet, gilt nach Unterzeichnung des Beitrittsformulars der Versicherungsschutz als seitens der Gesellschaft gewährt. Wird hingegen auch der Anamnesefragebogen unterzeichnet, behält sich die Gesellschaft das Recht vor, über die Gewährung oder Verweigerung des Versicherungsschutzes zu entscheiden oder weitere Gesundheitsunterlagen anzufordern. In solchen Fällen verpflichtet sich die Gesellschaft dazu, dem Versicherten und zur Kenntnisnahme dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Annahme oder Ablehnung des Risikos mitzuteilen

Finanzierungsvorgänge, die eine Mitinhaberschaft vorsehen, können von diesem Rahmenvertrag abgedeckt werden.
Dabei ist zu beachten, dass im Falle einer Mitinhaberschaft maximal zwei Personen versichert werden können. Jeder Mitversicherte kann frei einen Prozentsatz bis zu 100% des Gesamtbetrags / der Restschuld der Finanzierung wählen. Die Verpflichtung zur vollständigen Deckung durch die summierten Anteile der Mitversicherten, die mindestens 100% des Gesamtbetrags / der Restschuld der Finanzierung entsprechen müssen, bleibt dabei bestehen.

Bei mehr als einem versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung hat die Verweigerung der Zulassung zum Versicherungsschutz seitens der Versicherungsgesellschaften nur gegenüber einem von diesen keinen Einfluss auf die Wirksamkeit der Versicherung für den verbleibenden Versicherten, vorausgesetzt, dass die Gesamtversicherungssumme mindestens dem beantragten Gesamtfinanzierungsbetrag entspricht und dass die Bestimmungen für die Übernahme des Versicherungsschutzes eingehalten werden.

Speziell für die Deckungen **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust** ist ferner jede natürliche Person versicherbar, die in den letzten 12 (zwölf) Monaten nicht länger als 60 (sechzig) ununterbrochene Tage wegen Krankheit oder Unfall von ihrer normalen Arbeitstätigkeit gefehlt hat.

3.1 Übernahmeregeln

Die Übernahme des Risikos erfolgt auf der Grundlage der Angaben im Beitrittsformular, das in allen Teilen vom Beitretenden/Versicherten ausgefüllt, datiert und unterschrieben wird, sowie - wo verlangt - des Anamnesefragebogens, der vom Versicherten allein oder mit Unterstützung durch den Hausarzt ausgefüllt, datiert und unterschrieben wird, sowie von

etwa weiter angeforderter Dokumentation.

Jeder Beitrittsantrag ist durch folgende Unterlagen zu ergänzen:

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

Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, im Einzelfall zusätzliche Gesundheitsunterlagen anzufordern.
Der Beitritt wird erst nach Zustimmung der Gesellschaft rechtskräftig.

ART. 4 ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

Die Entschädigung darf nicht überschreiten:

- im Todesfall oder bei Bleibender Vollinvalidität Euro 1.000.000,00 pro Versichertem und Schadensfall; absolutes Limit pro Versichertem;
- Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit - Arbeitsplatzverlust: Euro 2.000,00 pro Monat mit maximal 18 monatlichen Entschädigungen für Finanzierungsraten pro Schadensfall und 36 monatlichen Entschädigungen für Finanzierungsraten während der gesamten Laufzeit des Versicherungsschutzes.

ART. 5 - ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN.

Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Beitretenden/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung seitens der Versicherungsgesellschaften auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung gemäß Art. 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.
Besonderes Augenmerk gilt dabei den Informationen zum Gesundheitszustand, die von den Versicherungsgesellschaften im Zuge des Beitritts zum Rahmenvertrag verlangt werden und die wahrheitsgemäß und präzise erteilt werden müssen.

ART. 6 ERHÖHUNG UND VERRINGERUNG DES RISIKOS UND BERUFLICHE VERÄNDERUNGEN

Der Versicherte ist gemäß Art. 1897-1898 des italienischen Zivilgesetzbuchs von der Pflicht befreit, der Gesellschaft Mitteilungen über erschwerende Umstände und Risikominderungen zu übermitteln.
Gemäß Art. 1926 des it. Zivilgesetzbuchs ist der Versicherte verpflichtet, der Gesellschaft jede Änderung seines Beschäftigungszustands mitzuteilen.
Der Versicherte kann nur der Option beitreten, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Beitrittsantrags seinem tatsächlichen Beschäftigungszustand entspricht. Wenn sich der Beschäftigungszustand des Versicherten während der Laufzeit des Versicherungsschutzes ändert, hat er die Änderung der Gesellschaft mitzuteilen, wobei folgende Aspekte zu beachten sind:

- **Die Deckungen Todesfall und Bleibende Vollinvalidität (in allen drei Optionen vorhanden) bleiben unverändert in Kraft.**
- **Die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust (abhängig vom Beschäftigungszustand des Versicherten je nach der gezeichneten Option) erlöschen und die Gesellschaft erstattet dem Versicherten den nicht genutzten Teil der Prämie zurück. 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:

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

Für die Deckungen Todesfall, Bleibende Vollinvalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit entspricht die Laufzeit immer der ursprünglichen Laufzeit/Restlaufzeit des Finanzierungsvertrags (auch bei nachträglicher Änderung desselben) innerhalb der Untergrenze von 60 und der Obergrenze von 360 Monaten (einschließlich des Zeitraums vor Tilgungsbeginn).
Die Deckungen für Todesfall und Bleibende Vollinvalidität enden in jedem Fall bei Vollendung des 78. Lebensjahrs des Versicherten, während die Deckung für Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit mit dem Datum seiner Versetzung in den Ruhestand endet.

Für die Deckung Arbeitsplatzverlust 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 Versicherung stillschweigend von Jahr zu Jahr zu den gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung 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 Arbeitsplatzverlust 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. Falls 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. Bleibende Vollinvalidität des Versicherten. Falls es mehr als einen versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung gibt und die Entschädigung für die Bleibende Vollinvalidität 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 des Vertrags;
4. Ablauf der jährlichen Verlängerung bei Kündigung durch den Versicherten im Fall eines Beitritts mit Jahresdauer;
5. Ablauf der jährlichen Verlängerung bei Kündigung durch den Versicherten im Fall der Deckung Arbeitsplatzverlust;
6. Vollendung des 78. Lebensjahrs des Versicherten für die Deckungen Todesfall und Bleibende Vollinvalidität;
7. Erreichen des Renteneintrittsalters (nur für die Deckung Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust);
8. Ausübung des Rücktrittsrechts;
9. vorzeitige vollständige Ablösung der Finanzierung durch den Versicherten (falls dieser nicht die Fortsetzung des Versicherungsschutzes bis zum ursprünglichen Ablauf beantragt);
10. Umschuldung gemäß Art. 8 des Gesetzes Nr. 40 vom 2. April 2007 (falls der Versicherte nicht die Fortsetzung des Versicherungsschutzes beantragt hat).

ART. 8 WIDERRUFS-, RÜCKTRITTS- UND KÜNDIGUNGSRECHT

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

Der Beitretende hat das Recht auf Rücktritt:

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

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

Der Beitretende hat das Recht, vom Vertrag zurückzutreten:

- im Falle einer Jahresprämie mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen auf das jährliche Fälligkeitsdatum;
- im Falle einer einzigen im Voraus bezahlten Prämie ab dem 11. Jahr und begrenzt auf die Deckung Arbeitsplatzverlust mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen vor dem jährlichen Fälligkeitsdatum.

Widerruf, Rücktritt und Kündigung sind den Gesellschaften schriftlich oder gegebenenfalls über die Zweigstelle des

Versicherungsnehmers, in welcher der Beitrittsantrag unterzeichnet worden ist, per Einschreiben mit Rückschein unter Angabe der Kennungsdaten des Vertrags mitzuteilen und zu senden an:

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

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

ART. 9 LEISTUNGSEMPFÄNGER

Der Leistungsempfänger oder Begünstigte mit Bezug auf die Deckungen Bleibende Vollinvalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust ist der Versicherte. In Bezug auf die Deckung Todesfall ist der Begünstigte die Person (oder Personen), die namentlich oder in allgemeiner Form vom Versicherten im Beitrittsantrag genannt wird (werden).
Die Bank oder der Finanzvermittler können nur dann als Leistungsempfänger eingesetzt werden, wenn der Vertrag nicht von der Bank oder dem Finanzvermittler selbst oder von anderen Stellen, die mit ersteren durch Konzern-, direkte oder indirekte Geschäftsbeziehungen verbunden sind, vermittelt wird.
Der Versicherte kann den Leistungsempfänger jederzeit widerrufen oder ändern, indem er dies den Versicherungsgesellschaften schriftlich mitteilt oder dies in seinem Testament unter ausdrücklicher Angabe des Versicherungsvertrags festlegt.
Die Benennung der Leistungsempfänger kann jedoch in folgenden Fällen nicht widerrufen oder geändert werden:

- Tod des Versicherten;
- wenn der Versicherte und der Begünstigte ausdrücklich und schriftlich gegenüber den Gesellschaften jeweils erklärt haben, auf das Widerrufsrecht zu verzichten und die Begünstigung anzunehmen;
- wenn der Begünstigte nach Eintreten des im Vertrag vorgesehenen Ereignisses den Gesellschaften schriftlich mitgeteilt hat, dass er die Leistung in Anspruch nimmt.

In Fällen, in denen die Einsetzung der Begünstigten nicht widerrufen werden kann, bedürfen Rücktritt und Schadensabwicklung deren schriftliche Zustimmung.

Im Schadensfall werden die zum Zeitpunkt von dessen Eintreten berechneten Leistungen von den Gesellschaften abgerechnet.
Im Falle vorzeitiger Ablösung oder Übernahme der Finanzierung und Übertragung der Finanzierung, bei der die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes bei den Gesellschaften beantragt wurde, bleibt der Leistungsempfänger der Versicherte selbst oder im Todesfall seine Rechtsnachfolger, seine eventuellen Bürgen oder die vom Versicherten im Beitrittsantrag bezeichnete natürliche Person.

ART. 10 ZAHLUNG DER PRÄMIE

Die Versicherungsleistung wird gegen eine vom Beitretenden 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 einer Laufzeit der Finanzierung von über 10 Jahren:
  - für die Deckungen Bleibende Vollinvalidität 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.
  - für die Deckung Arbeitsplatzverlust: Einmalige Prämie im Voraus für die ersten 10 Jahre und ab dem elften Jahr Zahlung von wiederkehrenden jährlichen Prämien mit stillschweigender Verlängerung für die gesamte Restlaufzeit der Finanzierung bis zur Versetzung in den Ruhestand, wie in den zum Zeitpunkt des Beitritts vereinbarten Tarifbedingungen festgelegt wurde oder jährlich wiederkehrende Prämie (gültig nur für bereits ausgezahlte Finanzierungen) mit stillschweigender Verlängerung für die gesamte Dauer der Finanzierung.

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

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

Der Gesamtbetrag der Einzel- oder Jahresprämie entspricht der Summe der Komponente für die Deckung Todesfall und der Komponenten der verschiedenen Schadensdeckungen.

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

Darüber hinaus behalten sich die Versicherungsgesellschaften das Recht vor, falls aus den Gesundheitschecks oder aus dem Anamnese-Fragebogen signifikante Pathologien hervorgehen:
- die Risikoübernahme abzulehnen oder
- besondere Bedingungen für die Übernahme des Risikos ggf. mit Berechnung einer gesundheitlich bedingten Zusatzprämie festzulegen.

ART. 11 VORZEITIGE ABLÖSUNG UND UMSCHULDUNG

Im Falle einer vorzeitigen vollständigen Ablösung des Finanzierungsvertrags erstatten die Versicherungsgesellschaften, sofern der Beitretende/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 des zurückgezahlten Kapitals im Verhältnis zur Restschuld zurück. Im Falle der Umschuldung und Neuverhandlung der Finanzierung erlischt der Versicherungsschutz zum Datum der vorzeitigen Ablösung/Umschuldung/ Neuverhandlung des Finanzierungsvertrags.
Der Versicherungsnehmer hat den Versicherungsgesellschaften die Mitteilung über die vorzeitige, vollständige/teilweise Ablösung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrags unter Angabe der wirtschaftlichen Elemente für die Berechnung der Rückzahlung sowie der vom Beitretenden bevorzugten Rückzahlungsmethode zu übermitteln.
Die Versicherungsgesellschaften erstatten dem Beitretenden innerhalb von 15 Tagen nach Erhalt der Mitteilung den Teil der Prämie zurück, welcher der nicht in Anspruch genommenen Versicherungsdauer entspricht, berechnet hinsichtlich des Prämienanteils für die Deckung Todesfall:

Erstattung der reinen Prämie: PVita *(1-H)*[(N-K)*(N-K+1)] / [N*(N+1)]
Kostenerstattung: PVita*H*[(N-K)/N]
wobei:

- PVita = Für die Deckung Todesfall gezahlte Prämie
- H = Kosten bezüglich der Prämie für die Todesfalldeckung
- N = ursprüngliche Laufzeit der Finanzierung in ganzen Monaten
- K = Vom Datum des Inkrafttretens bis zum Datum der vorzeitigen vollständigen Ablösung/Umschuldung der Finanzierung verstrichene volle Monate.

Zu dem nicht genutzten Teil der Prämie hinzuzurechnen, der sich auf die Schadensdeckungen (Bleibende Vollinvalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust) bezieht und wie folgt berechnet wird:

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

wobei:
R = Rückzahlungsbetrag
C = zur Ablösung eingesetzte Kapitalquote
D = Restschuld am Tag unmittelbar vor dem Tag der vollständigen Ablösung
P = Gezahlte Prämie für die Schadensdeckung nach Abzug von Steuern, etwaigen Gebühren und etwaigen Erstattungen nach vorausgehenden partiellen Ablösungen
H =% der Gesamtkosten (Erwerbs- und Verwaltungskosten)
N = Versicherungsdauer in ganzen Monaten
K = Dauer der genutzten Deckungszeit in ganzen Monaten
J = ursprünglicher Tilgungssatz, der im Tilgungsplan der Finanzierung vereinbart wurde

Der zurückgezahlte Teil der Prämie entspricht der Summe aus:

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

Bei vorzeitiger partieller Ablösung des Finanzierungsvertrags wird die zu erstattende Prämienrückzahlung wie oben angegeben berechnet. Es versteht sich darüber hinaus, dass sich die ursprünglich gezahlte Prämie nach der Rückzahlung proportional zum abgelösten Kapital im Verhältnis zur Restschuld verringert.
In den Fällen, in denen die vorzeitige partielle Ablösung zu Änderungen der grundlegenden Tarifparameter, wie Änderungen der Laufzeit und/oder des Zinssatzes und/oder des Fälligkeitsdatums, führt, wodurch es de facto zu einer Neuverhandlung des Finanzierungsvertrags, kommt, so erlischt dessen Wirkung wie bei der vollständigen Ablösung. Gleichzeitig wird ein neuer Vertrag für die Restlaufzeit der Verschuldung anhand einer neuen Beantragung samt Gesundheitsbeurteilung für den Versicherten abgeschlossen. Sollte ursprünglich derselbe Versicherte dem mit den Versicherungsgesellschaften abgeschlossenen Rahmenvertrag beigetreten sein, werden hingegen weder eine neue Beantragung noch eine erneute Gesundheitsbeurteilung vorgenommen. Ebenso wenig kommt es, mit Ausnahme etwaiger höherer Summen, zur Anwendung vorgesehener Wartezeiten - abgesehen von einer etwaigen restlichen Wartezeit.
Stattdessen kann der Beitretende/Versicherte durch schriftliche Beantragung bei den Versicherungsgesellschaften den Versicherungsschutz bis zum ursprünglichen Vertragsende aufrechterhalten.

Stattdessen kann der Beitretende/Versicherte durch schriftliche Beantragung bei den Versicherungsgesellschaften den Versicherungsschutz bis zum ursprünglichen Vertragsende aufrechterhalten.
Es wird eigens darauf verwiesen, dass die Rückzahlung des nicht genutzten Prämienanteils infolge vollständiger oder partieller Ablösung nur für den Fall des Beitritts mit vorausbezahlter Einmalprämie vorgesehen ist.

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

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

Für die Todesfallversicherung wird die Leistung an die Begünstigten gezahlt, die im Beitrittsantrag angegeben sind.
Für die Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust) ist der Versicherte selbst der Empfänger der Versicherungsleistung.

ART. 12 SCHADENSMELDUNG

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

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

Informationen zu den Schadensereignissen der Deckung Todesfall erhalten Sie von:

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

Informationen zur Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust) erhält der Beitretende/Versicherte bei:

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

Nur schriftlich übermittelte Schadensmeldungen gelten als gültig, sofern sie die erforderlichen Unterlagen enthalten, die im Formular für die Schadensmeldung angeführt sind:
Die Versicherungsgesellschaften behalten sich das Recht vor, alle medizinischen Gutachten oder Unterlagen für eine korrekte Bewertung des Anspruchs sowie eine Kopie des Finanzierungsvertrags anzufordern. Der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger müssen darüber hinaus die behandelnden Ärzte von jeglicher Schweigepflicht entbinden und zulassen, dass die erforderlichen Untersuchungen und Beurteilungen von vertrauenswürdigen medizinischen Beratern der Versicherungsgesellschaften durchgeführt werden, deren Kosten vollständig von letzteren getragen werden.
Die 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, unterteilt nach jeweiliger Deckung, sind folgende:

Art. 12.1 - Todesfall

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder bei der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Abwicklung, der die folgenden Informationen enthalten muss:
  - Personalien des/der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer);
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages;
  - Fotokopie eines gültigen Ausweises und des Kärtchens mit der Steuernummer des Versicherten;
- Kopie des Beitrittsantrags sowie ggf. des vereinfachten Gesundheitsfragebogens oder des Anamnesefragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank beglaubigte Verlusterklärung;
- Original/Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten mit Angabe des Geburtsdatums;
- Bericht des behandelnden Arztes über die Todesursachen, dem eine zeitnahe und weiter zurückreichende Anamnese beiliegt und in dem besonders auf die Erkrankung, die den Tod verursacht hat, eingegangen wird;
- Kopie von medizinischen Unterlagen und/oder zugehörigen Gesundheitsunterlagen;
- bei Krankenhausaufenthalt eine vollständige Kopie aller Krankenakten samt Krankengeschichte bezüglich der Krankenhausaufenthalte des Versicherten im Zusammenhang mit der Krankheit, die zum Tod geführt hat;
- bei Tod infolge eines Unfalls, Mordes oder Suizids:
  - Kopie des Autopsiebefunds und etwaiger toxikologischer Untersuchungen;
  - Protokoll der Polizeibehörden, die am Sterbeort tätig geworden sind;
- Falls ein Testament vorliegt: beglaubigte Kopie des amtlich beglaubigten Originals des Veröffentlichungsprotokolls des bekannten, gültigen und nicht angefochtenen Testaments;
- Falls kein Testament vorliegt: amtlich beglaubigte notarielle Erklärung, aus der hervorgeht, dass kein Testament vorliegt und, falls der Begünstigte in allgemeiner Form angegeben ist (z. B. Kinder, Ehepartner, Erben usw.), wer die rechtmäßigen Erben sind samt Angabe der Verwandtschaftsverhältnisse;
- einen Auszahlungsantrag, der von allen Begünstigten im Todesfall in Anwesenheit des Vermittlers unterzeichnet wurde bzw. eine amtlich beglaubigte Unterschrift trägt und folgende Informationen enthalten muss:
  - Angabe der Bankverbindung der Girokonten aller Leistungsempfänger zwecks Gutschrift des zu zahlenden Betrages;
  - von den Inhabern unterzeichnete Fotokopie eines gültigen Ausweises und des Kärtchens mit der Steuernummer für alle Leistungsempfänger;
  - falls die Leistungsempfänger juristische Personen sind: Fotokopie eines gültigen Ausweises und des Kärtchens mit der Steuernummer des gesetzlichen Vertreters sowie eines Unternehmensdokuments, das seine Vertretungsbefugnis belegt;
  - im Falle minderjähriger oder entmündigter Begünstigter: amtlich beglaubigte Kopie des Originals des Beschlusses des Vormundschaftsgerichts zur Zweckbestimmung des Kapitals.

NET INSURANCE LIFE S.p.A. behält sich das Recht vor, im Falle von Auszahlungsanträgen, die ohne Beteiligung 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 aus den eigenen vertraglichen Verpflichtungen hervorgehende Zahlung 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 müssen die Zweigstelle des Versicherungsnehmers, mit der die Finanzierung vereinbart wurde, die Begünstigten oder eine andere Person in deren 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 Bleibende Vollinvalidität

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

Art. 12.3 Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder bei der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Abwicklung, der die folgenden Informationen enthalten muss:
  - Personalien des/der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer);
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages;
  - Fotokopie eines gültigen Ausweises und des Kärtchens mit der Steuernummer des Versicherten;
- Kopie des Beitrittsantrags für die Versicherungsdeckungen sowie ggf. des vereinfachten Gesundheitsfragebogens oder Anamnesefragebogens oder in Ermangelung eine von der Bank beglaubigte Verlusterklärung;
- Erklärung der Bank über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate
- vom behandelnden Arzt ausgefüllte Erklärung zum Schadensfall;
- Kopie des Attests der Notaufnahme;
- Kopie der medizinischen Befundberichte und etwaiger Krankenakten;
- Kopie der ärztlichen Atteste, aus denen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit hervorgeht, bis hin zur Feststellung der Genesung;
- spätere ärztliche Atteste, die nach Ablauf des vorherigen ausgestellt werden (wenn nach Ablauf des vorherigen Attests kein neues Attest eingeht, endet der Zeitraum der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit).

Die Dokumentation muss bei Auftreten des Unfalls und am Ende jedes Zeitraums einer vom Arzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden.
In Ausnahmefällen oder besonders schwierigen Fällen kann die Versicherungsgesellschaft weitere Unterlagen anfordern, die für die Durchführung der Schadensabwicklung unbedingt erforderlich sind.

Der Versicherte verpflichtet sich zur Kooperationsbereitschaft, indem notwendige Untersuchungen ermöglicht werden und sein Arzt ermächtigt wird, alle Informationen zu liefern, die zur Erbringung der im Vertrag vorgesehenen Leistungen für notwendig erachtet werden. Der Versicherte muss der Versicherungsgesellschaft gestatten, die notwendigen Untersuchungen und Beurteilungen durch eigene Vertrauenspersonen vornehmen zu lassen.

Art. 12.3.1 Weitere 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 Wartefrist verstrichen ist, innerhalb derer der Versicherte seine normale Arbeitstätigkeit wiederaufgenommen hat.

Art. 12.4 Arbeitsplatzverlust

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder bei der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Abwicklung, der die folgenden Informationen enthalten muss:
  - Personalien des/der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer);
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages;
  - Fotokopie eines gültigen Ausweises und des Kärtchens mit der Steuernummer des Versicherten;
- Kopie des Beitrittsantrags für die Versicherungsdeckungen oder in Ermangelung eine von der Bank beglaubigte

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 Agentur für Arbeit und ggf. von Monat zu Monat einer Bestätigung des Fortbestands der Registrierung;
- Bescheinigung der „Verfügbarkeit zur Arbeit“ (Selbstbescheinigung des Arbeitnehmers, die von der Bezirksabteilung der Agentur für Arbeit 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 Angabe des Bankkontoinhabers und IBAN-Codes.

Der Versicherte muss der Gesellschaft gestatten, die notwendigen Untersuchungen und Beurteilungen durch eigene Vertrauenspersonen vornehmen zu lassen. Der Versicherte verpflichtet sich, das Unternehmen bei Beendigung der Arbeitslosigkeit unverzüglich zu benachrichtigen.

Art. 12.4.1 Weitere Meldungen - Aussetzung der Leistungen

Nach der endgültigen Abwicklung eines Schadensfalls wegen Arbeitsplatzverlust wird keine Entschädigung für weitere Schadensfälle dieser Art gezahlt, wenn ab dem Ende des vorherigen Anspruchs nicht mindestens 90 (neunzig) aufeinanderfolgende Tage verstrichen sind, während derer der Versicherte wieder mit einem unbefristeten Beschäftigungsvertrag in der Privatwirtschaft tätig war und die Probezeit bestanden hat.

Falls die Gesellschaft die monatliche Leistung zahlt und der Versicherte eine Stelle als Arbeitnehmer in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis im privaten Sektor annimmt, muss dieser die Gesellschaft unverzüglich schriftlich über das Ende seiner Arbeitslosigkeit informieren. In diesem Fall wird die Zahlung der Entschädigung endgültig abgebrochen.
Wenn der Arbeitsvertrag im privaten Sektor hingegen nur eine auf maximal sechs Monate befristete Laufzeit hat, wird die Zahlung der Entschädigung für die Dauer des Vertrags ausgesetzt und bei dessen Ende als Fortsetzung des ursprünglichen Schadensfalls wiederaufgenommen, vorausgesetzt, dass die Arbeitslosigkeit danach fortbesteht. Dabei ist zu beachten, dass für jeden Schadensfalls diese Aussetzung sechs Monate nicht überschreiten darf; danach wird die Unterbrechung endgültig.

Allgemeine Bestimmungen

Die Versicherungsgesellschaften behalten sich das Recht vor, direkt vom Versicherten oder von dessen Rechtsnachfolgern weitere medizinische Untersuchungen oder Unterlagen für eine korrekte Beurteilung des Schadensfalls anzufordern.
Der Versicherte muss darüber hinaus:
– die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden;
– die notwendigen Nachforschungen, Beurteilungen und medizinischen Untersuchungen durch die Vertrauensärzte der Gesellschaften durchführen lassen, deren Kosten vollständig von den Gesellschaften selbst getragen werden.

ART. 13 PFLICHTEN DES VERSICHERTEN ODER SEINER RECHTSNACHFOLGER IM SCHADENSFALL

<u>Für die Deckung Todesfall</u>

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

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

Als Anlage ist die Dokumentation nach Art. 12.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entsprechend den dortigen Anweisungen beizufügen.

Andernfalls steht die Bank, bei welcher der Beitrittsantrag gestellt wurde, ohne zusätzliche Kosten für die Unterstützung bei der Erledigung der Formalitäten zur Verfügung.
NET INSURANCE LIFE S.p.A. führt die aus den eigenen vertraglichen Verpflichtungen hervorgehende Zahlung 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.

<u>Für die Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust)</u>

Im Schadensfall hat der Versicherte die Versicherungsgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung kann zum Verlust des Anspruchs oder zu einer Kürzung der Erstattungen gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs führen.
Im Schadensfall muss der Versicherte innerhalb von sechzig Tagen ab dessen Eintreten die Schadensmeldung per Einschreiben mit Rückschein an folgende Adresse senden:

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

Als Anlage ist die von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehene Dokumentation beizufügen, im Einzelnen unter Art. 12.2 für den Fall der Bleibenden Vollinvalidität, Art. 12.3 für den Fall der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit wegen Unfall oder Krankheit sowie Art. 12.4 für den Arbeitsplatzverlust.

Andernfalls steht die Bank, bei welcher der Beitrittsantrag gestellt wurde, ohne zusätzliche Kosten für die Unterstützung bei der Erledigung der Formalitäten zur Verfügung.
NET INSURANCE S.p.A. kann den Versicherten oder dessen Rechtsnachfolger darüber hinaus jederzeit auffordern, Nachweise für das Fortbestehen des Leistungsanspruchs gemäß Art. 12.3.1 und 12.4.1 zu erbringen.
NET INSURANCE S.p.A. nimmt die Zahlungen der garantierten Leistungen für jede Deckung innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab dem Datum des Eingangs der vollständigen Dokumentation vor, die unter „Schadensmeldung und entsprechende Verpflichtungen“ aufgeführt ist.

ART. 14 AUSZAHLUNG DER LEISTUNGEN

Nach Eintreten des Versicherungsfalls leisten die Versicherungsgesellschaften die Zahlung für die durch diesen Vertrag garantierten Leistungen gemäß den Bestimmungen in Artikel 12.
Infolgedessen erkennt der Versicherte hiermit an, dass die Versicherungsgesellschaften durch die Zahlung der Entschädigung an die bezeichneten Begünstigten (in Bezug auf die Todesfallversicherung) oder an den Versicherten selbst (in Bezug auf die Deckungen Bleibende Vollinvalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzverlust) von jeder weiteren Entschädigungsverpflichtung befreit werden.

ART. 15 WEITERE VERSICHERUNGEN

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

ART. 16 ABGABEN UND ANDERE STEUERLICHE BELASTUNGEN

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

ART. 17 KOMMUNIKATION

Alle Mitteilungen des Beitretenden/Versicherten an die Versicherungsgesellschaften in Bezug auf Policen in Rahmenvertrag müssen per Einschreiben mit Rückschein erfolgen. Etwaige Mitteilungen der Versicherungsgesellschaften werden an die Adresse gerichtet, die der Beitretende/Versicherte auf dem Beitrittsantrag angegeben hat.

ART. 18 DEM BEITRETENDEN/VERSICHERTEN AUSZUHÄNDIGENDE UNTERLAGEN

Der Versicherungsnehmer wird bei Abschluss des Finanzierungsvertrags über die Möglichkeit des Beitritts zum Rahmenvertrag informieren und den Beitretenden/Versicherten eine Kopie dieser Versicherungsbedingungen aushändigen.
Es versteht sich, dass der Beitritt der Kunden des Versicherungsnehmers rein fakultativ ist und ihrem ausschließlichen Willen überlassen bleibt.
Der Versicherungsnehmer hält die Versicherungsgesellschaften schadlos gegenüber nachteiligen Folgen, die sich ggf. aus der Nichteinhaltung der vorstehenden Bestimmungen seitens des Versicherungsnehmers ergibt.

ART. 19 VERZICHT AUF RÜCKGRIFF

Die Versicherungsgesellschaften verzichten auf das Eintrittsrecht gemäß Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs.
Die Versicherungsgesellschaft, die den Schaden versichert, verzichtet zugunsten des Versicherten oder dessen Rechtsnachfolgern auf jeglichen Regress auf die schadensverursachenden Dritte für die im Rahmen dieses Vertrags erbrachten

Leistungen.

ART. 20 - HOME INSURANCE (Geschützter Bereich)

Die Versicherungsgesellschaft hat auf ihrer Website (https://www.netinsurance.it) einen geschützten Bereich für den Versicherungsnehmer bereitgestellt (die sogenannte Home Insurance), auf den mit den Login-Daten zugegriffen werden kann, die auf Basis von E-Mail, Steuernummer und Nummer der Police erstellt werden. In diesem Bereich können der Vertrag und die bei den Versicherungsgesellschaften bestehenden Versicherungsdeckungen eingesehen und der Vertrag auf elektronischem Wege verwaltet werden (Zahlung der Prämie, Schadensmeldung, Anfrage zur Änderung personenbezogener Daten).

ART. 21 GERICHTSSTAND UND ANWENDBARES RECHT

Gerichtsstand ist der Haupt- oder Nebenwohnsitz des Versicherten, des Begünstigten oder von deren Rechtsnachfolgern, unbeschadet der Verpflichtung zur Durchführung des Vermittlungsverfahren gemäß Artikel 5 des GvD Nr. 28 vom 4.03.2010 in der durch Art. 84 von Gesetz Nr. 98 vom 9. August 2013 geänderten Fassung, durch Einreichung eines Antrags der betroffenen Partei bei einer öffentlichen Behörde oder privaten Einrichtung, die hierzu 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.
Das auf den Vertrag anwendbare Recht ist das italienische.

ART. 22 FREISTELLUNG

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

ART. 23 REKLAMATIONEN

Reklamationen bezüglich des Vertragsverhältnisses oder der Abwicklung der Schadensfälle sind schriftlich zu richten an:
für die Deckung Todesfall:
Papierpost (auch Einschreiben mit Rückschein): NET INSURANCE LIFE S.p.A.– Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 – 00161 ROM

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

für die Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust):
Papierpost (auch Einschreiben mit Rückschein): NET INSURANCE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 – 00161 ROM

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

Reklamationen werden innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt bearbeitet.

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

ART. 24 ABTRETUNG VON RECHTEN

Der Beitretende/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 Justiz zu wenden, können die Vertragsparteien Streitigkeiten über die Art und Bewertung der Ereignisse, die Gegenstand der von diesem Vertrag geleisteten Deckung ist, der Entscheidung eines aus drei Ärzten bestehenden Ausschusses anvertrauen. In diesem Fall beauftragen die Parteien mit einem Privatvertrag einen aus drei Ärzten bestehenden Ausschuss, von denen jeweils einer pro Partei bestellt wird und der dritte einvernehmlich oder andernfalls vom Vorsitzenden der Ärztekammer, die für den Ort zuständig ist, an dem der Ausschuss zusammentreten soll.
Der Ärzteausschuss ist in der am nächsten zum Wohnort des Beitretenden/Versicherten gelegenen Gemeinde, die Sitz eines Instituts für Rechtsmedizin ist, ansässig. Jede Partei trägt ihre eigenen Kosten, vergütet den von ihr benannten Arzt und trägt die Hälfte der Kosten und Honorare des dritten Arztes.
Die Entscheidungen des Ärzteausschusses sind für die Parteien verbindlich.

ART. 26 VERJÄHRUNGSFRISTEN

Alle Rechte gegenüber den Versicherungsgesellschaften verjähren für den Lebensversicherungsschutz innerhalb von zehn Jahren und für den Schadensversicherungsschutz innerhalb von zwei Jahren ab dem Datum des Schadensfalls, aus dem der Leistungsanspruch gemäß den Bestimmungen von Art. 2952 des it. Zivilgesetzbuchs hervorgegangen ist.
Wenn die Rechtsnachfolger die Leistung nicht in Anspruch nehmen, sind die Versicherungsgesellschaften nicht verpflichtet, Entschädigungen oder alternative Leistungen jeglicher Art als Ersatz bereitzustellen.

ART. 27 SANKTIONEN

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

ART. 28 ÄNDERUNGEN AM BEITRITTSANTRAG

Etwaige Änderungen der Informationen, die der Beitretende/Versicherte im Beitrittsantrag mitgeteilt hat, 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 während des Zeitraums entstanden ist, in dem die Deckung wirksam ist; NET INSURANCE LIFE S.P.A. zahlt die zum Zeitpunkt des Schadensfalls für den Versicherten bestehende Deckungssumme entsprechend den Festlegungen im nachfolgenden Artikel 30 aus. Für den Fall vorzeitiger Ablösung und Umschuldung der Finanzierung wird auf die Bestimmungen in Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen. Falls der Versicherte während der Vertragslaufzeit nicht von einem Schadensfall betroffen wird, gilt der Vertrag zum Ablaufdatum als erloschen und die für die Todesfalldeckung gezahlte Prämie fällt an NET INSURANCE LIFE S.p.A. anheim.

b) der Schadensfall nicht unter die im nachfolgenden Artikel 32 genannten Ausschlüsse fällt;

c) die Rechtsnachfolger des Versicherten die Verpflichtungen gemäß nachstehendem Art. 34 erfüllt haben.

ART. 30 VERSICHERTE LEISTUNG

Im Falle des Todes des Versicherten vor Vertragsablauf garantiert NET INSURANCE LIFE SpA den designierten Begünstigten die Zahlung eines Betrags in Höhe der Restschuld laut Tilgungsplan des Finanzierungsvertrags, die zum Datum der Zahlung der letzten vor dem Tod beglichenen Rate berechnet wird, abzüglich etwaiger unbezahlter Raten. Der Versicherungsschutz umfasst in keinem Fall nicht bezahlte Tilgungsraten, die sich auf den Zeitraum vor dem Tod des Versicherten beziehen.

Im Falle von Darlehensverträgen, die einen Zeitraum vor Tilgungsbeginn beinhalten, einschließlich der an den Baufortschritt gebundenen Darlehen, entspricht die Restschuld für die gesamte Dauer dieses Zeitraums vor Tilgungsbeginn der Deckungssumme. Nach Ablauf dieser Zeit wird der von der Bank bei der Vergabe des Darlehens beschlossene bzw. für die letzte Teilzahlung bei Baufortschrittsdarlehen festgelegte Tilgungsplan herangezogen.

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 bis zur Grenze des Höchstbetrags von Euro 1.000.000,00 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.
Bei vorzeitiger Ablösung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrags wird auf die Bestimmungen in Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen.

ART. 31 LEISTUNGSEMPFÄNGER

Die Leistungsempfänger im Todesfall des Versicherten werden von diesem durch spezifische Angabe im Beitrittsantrag festgelegt.
Der Versicherte kann diese Bestimmungen jederzeit widerrufen oder ändern.
Etwaige Widerrufe oder Änderungen haben schriftlich an NET INSURANCE LIFE S.p.A. zu erfolgen. Hierzu ist entweder das von dieser zur Verfügung gestellte Formular zu verwenden oder die Angabe hat im Testament mit ausdrücklicher Nennung des Vertragsbeitritts zu erfolgen. Die Benennung der Leistungsempfänger kann in folgenden Fällen nicht widerrufen oder geändert werden:

- nach dem Tod des Versicherten;
- wenn der Versicherte und der Begünstigte ausdrücklich und schriftlich gegenüber NET INSURANCE LIFE S.p.A. jeweils erklärt haben, auf das Widerrufsrecht zu verzichten und die Begünstigung anzunehmen;
- wenn der Begünstigte nach Eintreten des im Vertrag vorgesehenen Ereignisses NET INSURANCE LIFE S.p.A. schriftlich mitgeteilt hat, dass er die Leistung in Anspruch nimmt.

In Fällen, in denen die Einsetzung der Begünstigten nicht widerrufen werden kann, bedürfen Rücktritt und Schadensabwicklung deren schriftliche Zustimmung.
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 mit Ausnahme der Fälle, in denen der Tod verursacht wird durch:

- **Vorsatz des Begünstigten und des Versicherten;**
- **aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten, Terrorismus oder Revolution;**
- **aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegshandlungen, es sei denn diese Teilnahme ist auf Verpflichtungen gegenüber dem Italienischen Staat zurückzuführen: In diesem Fall kann die Deckung auf Antrag des Versicherungsnehmers zu dem vom zuständigen Ministerium festgelegten Bedingungen geleistet werden;**
- **Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über 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 ist;**
- **Flugunfälle durch Akrobatik, Vorführungen, Rekorde oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation);**
- **biologische und/oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist;**
- **Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht über die laut geltenden Vorschriften erforderliche Fahrerlaubnis 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, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS), damit verbundene Syndrome oder assimilierbare Zustände;**
- **freiwillige Selbstverletzungen des Versicherten oder wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befand;**
- **Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen durch den Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen wurde zu therapeutischen Zwecken verordnet, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann;**
- **natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).**

Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Todesfall in folgenden Fällen:

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

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

Die für den Vertrag erforderlichen grundlegenden Gesundheitsuntersuchungen sind in Artikel 3 dieser Versicherungsbedingungen aufgeführt.

ART. 33 RÜCKKAUF UND KREDITE

33.1 Die Versicherung hat bzw. erzeugt keinen Rückkaufswert.
33.2. In Verbindung mit dieser Police können keine Kredite gewährt werden.

ART. 34 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE VERPFLICHTUNGEN

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

VERSICHERUNG FÜR UNFALL- ODER KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT

(gültig für alle Versicherten) - Optionen 1, 2, 3

ART. 35 VERSICHERUNGSLEISTUNG

Im Falle von Unfall oder Krankheit des Versicherten, die eine anerkannte und nachgewiesene Bleibende Vollinvalidität von mindestens 60% hinsichtlich der psychischen und physischen Unversehrtheit zur Folge haben, sieht diese Deckung - unabhängig davon, ob der Versicherte einer Berufstätigkeit nachgeht, - bei Auftreten im Gültigkeitszeitraum des Versicherungsschutzes und vor Vollendung des 78. Lebensjahrs des Versicherten, ohne gebietliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung etwaiger Berufswechsel des Versicherten die einmalige Zahlung der versicherten Leistung an den Versicherten durch die Versicherungsgesellschaft vor, unbeschadet der unter nachstehendem Art. 36 aufgeführten Einschränkungen.
Die Bleibende Vollinvalidität wird im Sinne dieser Deckung anerkannt auf Grundlage der für die Sozialversicherung gegen Unfälle und Berufskrankheiten festgelegten Kriterien unter Bezugnahme auf die Bestimmungen der einschlägigen Gesetzessammlung gemäß Dekret des it. Staatspräsidenten D.P.R. Nr. 1124 vom 30.6.1965 - „Tabelle zur Bewertung des bleibenden Invaliditätsgrads - INDUSTRIE“.

Die versicherte Leistung entspricht der kapitalbezogenen Restschuld der Finanzierung zum Zeitpunkt des Unfalls abzüglich etwaiger nicht bezahlter Raten. Als Schadensfalldatum gilt das Datum des Unfalls oder im Krankheitsfall das Datum der Diagnose der Krankheit. Im Falle von Darlehensverträgen, die einen Zeitraum vor Tilgungsbeginn beinhalten, einschließlich der an den Baufortschritt gebundenen Darlehen, entspricht die Restschuld für die gesamte Dauer dieses Zeitraums vor Tilgungsbeginn der Deckungssumme. Nach Ablauf dieser Zeit wird der von der Bank bei der Vergabe des Darlehens beschlossene bzw. für die letzte Teilzahlung bei Baufortschrittsdarlehen festgelegte Tilgungsplan herangezogen.

Falls es mehr als einen versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung gibt und die Entschädigung für die Bleibende Vollinvalidität 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 darf den Betrag von Euro 1.000.000,00 pro Versichertem und Schadensfall, entsprechend den Vorgaben in Art. 4, nicht überschreiten. Eventuelle Entschädigungen, die zwischen dem Datum des Schadensfalls und dem Datum des ärztlichen Attests, das die Bleibende Vollinvalidität bescheinigt, bereits für eine Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit gezahlt worden sind, werden von dem Betrag abgezogen, der für die Bleibende Vollinvalidität geschuldet wird.

Bei vorzeitiger Ablösung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrags wird auf die Bestimmungen in Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen.

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 Bleibender Vollinvalidität aufgrund folgender Ursachen:

- **Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keinen geeigneten Flugschein verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist;**
- **Flugunfälle durch Akrobatik, Vorführungen, Rekorde oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation);**
- **aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegsereignissen;**
- **aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten, Terrorismus oder Revolution;**
- **biologische und/oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist;**
- **Vorsatz des Versicherten;**
- **Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht über die laut geltenden**

Vorschriften erforderliche Fahrerlaubnis verfügt, 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, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS), damit verbundene Syndrome oder assimilierbare Zustände;**
- **Unfälle, die durch freiwillige Selbstverletzung des Versicherten oder, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befand, verursacht werden;**
- **Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen durch den Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen wurde zu therapeutischen Zwecken verordnet, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann;**
- **Zustand der Trunkenheit/Intoxikation:**
  - **wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher ist als der durch die Straßenverkehrsordnung festgelegte und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt;**
  - **in jedem anderen Fall, wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher als 0,8 Gramm pro Liter ist;**
- **Unfälle durch Streiks, Unruhen, Krawalle oder Schlägereien, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat;**
- **Unfälle durch natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.);**
- **Ereignisse, die auf folgende geistige Beeinträchtigungen zurückzuführen sind: hirnorganisches Psychosyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände;**
- **Behandlungen ästhetischer Art, die vom Versicherten aus psychologischen oder persönlichen Gründen beantragt werden, mit Ausnahme der plastischen Rekonstruktion nach einem Unfall, der während der Gültigkeitsdauer der Versicherung aufgetreten ist.**

Ausgeschlossen sind darüber hinaus Unfälle mit folgenden Ursachen:

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

ART. 37 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE VERPFLICHTUNGEN

Im Schadensfall muss der Versicherte oder sein Vertreter diesen der Versicherungsgesellschaft innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab Unfall- oder Erkrankungsdatum oder ab dem Zeitpunkt, an dem gemäß Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs die Möglichkeit dazu besteht, schriftlich melden. Die Schadensfallmeldung muss Angaben zu Ort, Datum, Uhrzeit und Ursache des Unfalls enthalten und von einem ärztlichen Attest begleitet sein.
Für die Zahlung infolge von Bleibender Vollinvalidität hat die Meldung des Unfalls oder der Krankheit Angaben zu Ort, Datum, Uhrzeit und Ursache des Ereignisses zu enthalten, und der entsprechenden Meldung oder dem Schadensformular ist die im vorausgehenden Artikel 12.2 aufgeführte Dokumentation beizulegen.

VERSICHERUNG FÜR VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT

(Ausschließlich für selbständig Erwerbstätige gültig, ausgenommen nicht arbeitende Personen oder Arbeitnehmer in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen mit unbefristetem Arbeitsvertrag in der Privatwirtschaft) - Option 2

ART. 38 VERSICHERUNGSLEISTUNG

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 Arbeitsunfähigkeit fällig werden, mit Ausnahme von der ersten und letzten Entschädigung, die anteilig entsprechend den tatsächlichen Tagen der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit berechnet werden, mit einem Höchstbetrag von 2.000,00 Euro pro Monat über maximal 18 monatliche Raten pro Schadensfall und 36 monatliche Raten für die gesamte Vertragslaufzeit.

Bei Schadensfällen während des Zeitraums vor Beginn des Tilgungsplans (bzw. der Auszahlung von Teilbeträgen) für Baufortschrittsdarlehen betrifft dies in diesem Zeitraum die fälligen Zinsen für die Schritt für Schritt ausbezahlten Beträge, unbeschadet der zuvor genannten Grenzen, Wartezeiten und Selbstbehalte.

Der Versicherte wird als vorübergehend „vollständig arbeitsunfähig" eingestuft, wenn er aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit gemäß ärztlicher Feststellung körperlich vollkommen außerstande ist, seinen Beruf oder sein Handwerk auszuüben, vorausgesetzt dass er zum Zeitpunkt des Beitritts selbständig erwerbstätig war und dass er am Tag des Unfalls nicht den Status einer nicht arbeitenden Person oder eines Arbeitnehmers in abhängigem Beschäftigungsverhältnis in der Privatwirtschaft hatte.
Davon unbeschadet sind die Einschränkungen nach Art. 39.

Der Versicherungsschutz für den Fall der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit unterliegt:

- **einem als absoluter Selbstbehalt geltenden Zeitraum von 60 (sechzig) Tagen, der am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnt;**
- **einer Wartezeit von 60 (sechzig) Tagen: Wird die Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit innerhalb der ersten 60 (sechzig) Tage ab Inkrafttreten des Versicherungsschutzes gemeldet, wird keine Entschädigung ausgezahlt.**

Bei vorzeitiger Ablösung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrags wird auf die Bestimmungen in Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen.

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 durch:

- **Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keinen geeigneten Flugschein verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist;**
- **Flugunfälle durch Akrobatik, Vorführungen, Rekorde oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation);**
- **aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegsereignissen;**
- **aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten, Terrorismus oder Revolution;**
- **biologische und/oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist;**
- **Vorsatz des Versicherten;**
- **Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht über die laut geltenden Vorschriften erforderliche Fahrerlaubnis verfügt, 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, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS), damit verbundene Syndrome oder assimilierbare Zustände;**
- **Unfälle, die durch freiwillige Selbstverletzung des Versicherten oder, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten**

Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befand, verursacht werden;

- **Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen durch den Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen wurde zu therapeutischen Zwecken verordnet, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann;**
- **Zustand der Trunkenheit/Intoxikation:**
  - **wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher ist als der durch die Straßenverkehrsordnung festgelegte und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt;**
  - **in jedem anderen Fall, wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher als 0,8 Gramm pro Liter ist;**
- **Unfälle durch Streiks, Unruhen, Krawalle oder Schlägereien, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat;**
- **Unfälle durch natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.);**
- **Ereignisse, die auf folgende geistige Beeinträchtigungen zurückzuführen sind: hirnorganisches Psychosyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände;**
- **Behandlungen ästhetischer Art, die vom Versicherten aus psychologischen oder persönlichen Gründen beantragt werden, mit Ausnahme der plastischen Rekonstruktion nach einem Unfall, der während der Gültigkeitsdauer der Versicherung aufgetreten ist.**
- **Rückenschmerzen und ähnliche Erkrankungen, sofern sie nicht durch radiologische und klinische Untersuchungen nachgewiesen werden, wenn diese zu vollständiger Arbeitsunfähigkeit führen;**

Ausgeschlossen sind darüber hinaus Unfälle mit folgenden Ursachen:

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

ART. 40 WEITERE 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 Wartefrist verstrichen ist, innerhalb derer der Versicherte seine normale Arbeitstätigkeit wiederaufgenommen hat.

ART. 41 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE VERPFLICHTUNGEN

Bei Unfall oder Erkrankung muss der Versicherte oder sein Vertreter deren Auftreten der Versicherungsgesellschaft innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab Unfall- oder Erkrankungsdatum oder ab dem Zeitpunkt, an dem gemäß Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs die Möglichkeit dazu besteht, schriftlich melden. Die Nichterfüllung dieser Pflicht kann gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs den Voll- oder Teilverlust des Entschädigungsanspruchs zur Folge haben.

Die Meldung des Unfalls oder der Krankheit hat Angaben zu Ort, Datum, Uhrzeit und Ursache des Ereignisses zu enthalten, und der entsprechenden Meldung oder dem Schadensformular ist die im vorausgehenden Artikel 12.3 aufgeführte Dokumentation beizulegen.

VERSICHERUNG GEGEN ARBEITSPLATZVERLUST

(Ausschließlich für Arbeitnehmer in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen mit unbefristetem Arbeitsvertrag in der Privatwirtschaft) - Option 3

ART. 42 VERSICHERUNGSLEISTUNG

Bei Arbeitsplatzverlust aufgrund von:

- gerechtfertigtem objektivem Grund
- Ursachen, die zu einer Entschädigung durch die Außerordentliche Lohnausgleichkasse führen;

Die Versicherungsgesellschaft zahlt dem Versicherten gemäß den Angaben des Finanzierungsvertrags monatlich einen Betrag in Höhe der monatlichen Raten aus, die während des Zeitraums der Arbeitslosigkeit fällig werden, mit Ausnahme von der ersten und letzten Entschädigung, die anteilig entsprechend den tatsächlichen Tagen der Arbeitslosigkeit berechnet werden, mit einem Höchstbetrag von 2.000,00 Euro pro Monat über maximal 18 monatliche Raten pro Schadensfall und 36 monatliche Raten für die gesamte Vertragslaufzeit.
Davon unbeschadet sind die Einschränkungen nach Art. 43.

Bei Schadensfällen während des Zeitraums vor Beginn des Tilgungsplans (bzw. der Auszahlung von Teilbeträgen) für Baufortschrittsdarlehen betrifft dies in diesem Zeitraum die fälligen Zinsen für die Schritt für Schritt ausbezahlten Beträge, unbeschadet der zuvor genannten Grenzen, Wartezeiten und Selbstbehalte.

Der Versicherungsschutz für den Arbeitsplatzverlust unterliegt:

- **einem als absoluter Selbstbehalt geltenden Zeitraum von 60 (sechzig) Tagen, Der Beginn des Selbstbehaltszeitraums ist der erste Tag der Arbeitsunfähigkeit.**
- **einer Wartezeit von 60 (sechzig) Tagen: Wird der Arbeitsplatzverlust innerhalb der ersten 60 (sechzig) Tage ab Inkrafttreten des Versicherungsschutzes gemeldet, wird keine Entschädigung ausgezahlt.**

Falls die Versicherungsgesellschaft die monatlichen Raten zahlt und der Versicherte eine Stelle als Arbeitnehmer in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis im privaten Sektor annimmt, muss dieser die Gesellschaft unverzüglich schriftlich über das Ende seiner Arbeitslosigkeit informieren. In diesem Fall wird die Zahlung der Entschädigung endgültig abgebrochen.
Wenn der Arbeitsvertrag im privaten Sektor eine auf maximal sechs Monate befristete Laufzeit hat, wird die Zahlung der Entschädigung für die Dauer des Vertrags ausgesetzt und bei dessen Ende als Fortsetzung des ursprünglichen Schadensfalls wieder aufgenommen, vorausgesetzt, dass die Arbeitslosigkeit danach fortbesteht. Dabei ist zu beachten, dass für jeden Schadensfalls diese Aussetzung sechs Monate nicht überschreiten darf.

Bei vorzeitiger Ablösung oder Umschuldung des Finanzierungsvertrags wird auf die Bestimmungen in Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen.

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 Arbeitsplatzes, wenn der Versicherte zum Zeitpunkt des Schadensfalls kein Arbeitnehmer in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis mit unbefristetem Arbeitsvertrag im Privatsektor ist.

In den folgenden Fällen wird von der Versicherungsgesellschaft keine Entschädigung für den Arbeitsplatzverlust gezahlt:

- **Der Versicherte ist in den letzten 12 (zwölf) Monaten vor dem Datum, an dem das Schadensereignis eintrat, seiner Tätigkeit als Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft nicht ununterbrochen und mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag mit einer Leistungsverpflichtung von mindestens 20 Stunden pro Woche nachgegangen. Im Sinne dieser Klausel heben jedoch Unterbrechungen des Arbeitsverhältnisses, die nicht länger als zwei Wochen dauern, dessen Kontinuität nicht auf.**
- **Die Entlassung erfolgte aus wichtigem Grund.**
- **Die Entlassung hat einen berechtigten subjektiven Grund.**
- **Beendigung des Arbeitsverhältnisses auf Initiative des Versicherten.**

- **Die Entlassung erfolgt aus disziplinarischen oder beruflichen Gründen.**
- **Entlassung bei Verwandtschaftsverhältnissen mit dem Arbeitgeber.**
- **Der Versicherte erhält Zahlungen der gewöhnlichen Lohnausgleichskasse.**
- **Der Arbeitsvertrag wurde im Ausland abgeschlossen, es sei denn dieser ist dem italienischen Recht unterstellt.**
- **Dem Versicherten sind zum Zeitpunkt des Beitritts die bevorstehende Arbeitslosigkeit oder objektive Umstände bekannt, die auf einen zukünftigen Stand der Arbeitslosigkeit hindeuten.**
- **Die Beschäftigung des Versicherten gehört zur Kategorie der Teilarbeitslosigkeit (sozial nützliche Tätigkeiten).**
- **Der Versicherte hat sich nicht bei der Agentur für Arbeit gemeldet.**

ART. 44 WEITERE MELDUNGEN - AUSSETZUNG DER LEISTUNGEN

Nach der endgültigen Abwicklung eines Schadensfalls wegen Arbeitsplatzverlust wird keine Entschädigung für weitere Schadensfälle dieser Art gezahlt, wenn ab dem Ende des vorherigen Anspruchs nicht mindestens 90 (neunzig) aufeinanderfolgende Tage verstrichen sind, während derer der Versicherte wieder mit einem befristeten oder unbefristeten Beschäftigungsvertrag in der Privatwirtschaft tätig war und die Probezeit bestanden hat.

Für den Fall, dass der Versicherte sich während des Zeitraums der Leistungserbringung anhand eines befristeten Vertrags für einen Zeitraum von höchstens 6 Monaten verpflichtet, setzt die Versicherungsgesellschaft die Leistungserbringung aus und nimmt sie am Ende des befristeten Arbeitsverhältnisses ohne Eröffnung eines neuen Schadensfalls für die verbleibenden Monate bis zum Erreichen von 18 Monatszahlungen wieder auf.

ART. 45 SCHADENSMELDUNG UND DAMIT VERBUNDENE 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 Schadensformular mit den im vorstehenden Artikel 12.4 aufgeführten beigefügten Unterlagen sendet.

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

Versicherungsbedingungen - NET CPI Mutui

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Information gemäß Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU) 679/2016

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

1) Verantwortlicher der Datenverarbeitung

Die Verantwortlichen der Datenverarbeitung und Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten - ggf. anhand der Weiterleitung durch den Versicherungsnehmer - sind die Gesellschaften **Net Insurance S.p.A.** und **Net Insurance Life S.p.A.** mit Satzungssitz in Via Giuseppe Antonio Guattani 4 – 00161 Rom.

2) Art und Herkunft der Daten

Je nach Art der von Ihnen unterzeichneten Police handelt es sich bei den von den Gesellschaften verarbeiteten personenbezogenen Daten um diejenigen Ihrer eigenen Person, ihrer Angehörigen, der Versicherten und anderen Begünstigten (wo zutreffend) oder von Anspruchsberechtigten auf versicherte Güter, die von Ihnen im Laufe des Vertragsverhältnisses mit den Verantwortlichen (sowohl in der Phase der Risikobeurteilung als auch später bei der Abwicklung) mitgeteilt werden.

Diese personenbezogenen Daten können rein beispielsweise Identifikationsdaten, meldeamtliche und berufsbezogene Daten, Familienstand, finanzielle Informationen (einschließlich der Prämien), Bankdaten und Angaben zu Ihren Ausweisdokumenten oder denen anderer Begünstigter umfassen ebenso wie Justizdaten, aus denen gerichtliche Verfügungen zu Ihren Lasten oder Strafen in Verbindung mit Rechtsbrüchen oder ihr Status als Person, gegen die Ermittlungen geführt werden, oder als Angeklagter in Strafprozessen hervorgehen können.

Eine Verweigerung dieser Daten kann - da diese notwendig und/oder zweckdienlich für die Erbringung der angeforderten Dienstleistungen und Zahlungen sind - unter Umständen dazu führen, dass die Ausführung des/der Vertrags/Verträge nicht erfolgen kann.

Ferner kann es vorkommen, dass während der Laufzeit des Vertrags, den Sie zum heutigen Datum unterzeichnen, bzw. etwaiger weiterer in Zukunft unterzeichneter Versicherungsverträge (nachstehend auch „der/die Vertrag/Verträge“) zum Zwecke der Durchführung bestimmter Vorgänge die Verantwortlichen in den Besitz Besonderer Arten personenbezogener Daten gelangt (z.B. Daten, aus denen der Gesundheitszustand hervorgeht). Zur Verarbeitung dieser Daten ist gemäß Gesetz Ihre ausdrückliche und schriftliche Einwilligung erforderlich. Eine Verweigerung der Einwilligung für diese besonderen Datenkategorien kann - da diese notwendig und/oder zweckdienlich für die Erbringung der angeforderten Dienstleistungen und Zahlungen sind - unter Umständen dazu führen, dass die Ausführung des/der Vertrags/Verträge nicht erfolgen kann.

3) Zwecke und rechtliche Grundlagen der Datenverarbeitung

Net Insurance und Net Insurance Life werden Ihre personenbezogenen Daten - einschließlich der besonderen Datenkategorien und der Justizdaten - für folgende Zwecke verarbeiten:

- Zwecke im Zusammenhang mit der Ausstellung des/der Vertrags/Verträge, Zwecke in Verbindung mit der Erfüllung von vertraglichen Verpflichtungen der Gesellschaften (z.B. Verwaltung des Vertragsverhältnisses, Abwicklung der Schadensfälle, Verwaltung der Prämien und etwaiger Entschädigungsanträge). Die rechtlichen Grundlagen für diese Verarbeitungsvorgänge liegen in der Notwendigkeit, den von Ihnen unterzeichneten Vertrag zur Ausführung zu bringen und zu verwalten bzw. die auf Ihre Anfrage hin ergriffenen vorvertraglichen Schritte durchzuführen; allein für die Kategorie der besonderen Arten von personenbezogenen Daten besteht die rechtliche Grundlage in Ihrer Einwilligung;

- Zwecke in Verbindung mit der Erfüllung von Verpflichtungen durch Gesetze (z.B. Geldwäschegesetz, Terrorismusbekämpfungsgesetz), Verordnungen oder Europäische Normen sowie Verfügungen durch hierzu gemäß Gesetz befugte Behörden bzw. durch Aufsichts- und Kontrollorgane. Die rechtliche Grundlage besteht hier in der Notwendigkeit, gesetzliche Pflichten, denen die Gesellschaften unterliegen, zu erfüllen;
- Zwecke im Rahmen der Verhinderung und Erkennung von Versicherungsbetrug sowie damit verbundener rechtlicher Schritte samt Verteidigung der Rechte der Gesellschaften in außergerichtlichen und gerichtlichen Verfahren. Die rechtliche Grundlage liegt hier in der Wahrnehmung der berechtigten Interessen der Gesellschaften an der Verhinderung von Versicherungsbetrug und am Schutz der Ansprüche, die diesen gemäß Gesetz bzw. den abgeschlossenen Verträgen zustehen.

Die Überlassung der personenbezogenen Daten und deren Verarbeitung durch die Gesellschaften für die unter den vorigen Punkten aufgeführten Zwecke sind notwendig. In Ermangelung können die Gesellschaften den Vertrag nicht abschließen oder die mit seiner Ausführung verbundenen Aufgaben, einschließlich der Abwicklung von Schadensfällen, nicht wahrnehmen.

Ferner werden die Gesellschaften Ihre personenbezogenen Daten unter Ausschluss derjenigen besonderer Art und von Justizdaten verarbeiten:

- nach Erteilung einer speziellen Genehmigung, wenn es sich um Marketing- und/oder Profilierungszwecke handelt, wobei diese sowohl anhand automatisierter Kontaktmethoden (z.B. E-Mail, SMS, Fax) als auch auf herkömmlichem Wege (z.B. Postweg, persönlicher Telefonkontakt) wahrgenommen werden und rein beispielsweise Folgende umfassen können: Markforschung, statistische Studien z.B. für die Erhebung der Dienstleistungsqualität oder der Kundenwünsche, Übermittlung personalisierter Kommunikation über Produkte und Dienstleistungen der Gesellschaften auch auf der Grundlage Ihrer Gewohnheiten und Interessen. Die Bereitstellung der Daten für diese Zwecke erfolgt rein freiwillig und die Entscheidung, Ihre Einwilligung hierzu nicht zu erteilen, hat keinerlei Auswirkung auf das Verhältnis zu den Gesellschaften, denn es wird allein die Zusendung von Geschäfts- und Werbematerial verhindert. Die rechtliche Grundlage für diese Art von Verarbeitung besteht in Ihrer ausdrücklich erteilten Einwilligung.

4) Methoden der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten - einschließlich der besonderen Arten:

a. erfolgt anhand der Vorgänge oder Vorgangsgruppen, die von der Verordnung vorgegeben werden;
b. erfolgt manuell, per EDV und telematischen Verfahren auf der Grundlage einer Logik, die direkt mit oben genannten Zwecken verbunden ist, sowie unter Gewährleistung der Datensicherheit;
c. wird direkt von der Organisation des Verantwortlichen und/oder von anderen als Auftragsverarbeiter bzw. Verarbeitungsbefugte ausgewiesenen Stellen vorgenommen.

5) Empfänger der Daten

a. Die personenbezogenen Daten können für die Zwecke laut Punkt 3 an andere Stellen der Versicherungskette weitergeleitet werden, z.B. an Mitversicherer, Rückversicherer, Archivierungsunternehmen, mit der Schadensabwicklung beauftragte Gesellschaften, Gutachter, Treuhänder und Rechtsbeistände, Kontrollorgane (Versicherungsaufsicht IVASS, Staatlich beauftragter Versicherungsdienstleister CONSAP, Finanzinspektionsstelle UIF, Banca d'Italia), Gerichtsbehörden und andere Datenbanken, an welche die personenbezogenen Daten obligatorisch gemäß Gesetz oder für die Zwecke des Abschlusses/der Ausführung des Versicherungsvertrags mitzuteilen sind.
b. Ferner können die personenbezogenen Daten ausschließlich für die Zwecke gemäß Punkt 3 an Gesellschaften des Konzerns (Dachgesellschaften, kontrollierte und verbundene Gesellschaften) gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen mitgeteilt werden.
c. Die personenbezogenen Daten können, wo erforderlich, anderen Stellen der sogenannten „Versicherungskette" mitgeteilt werden, die als eigenständige Verantwortliche der Datenverarbeitung handeln (insbesondere Erwerbskanäle für Versicherungsverträge und deren Mitarbeiter, Versicherer, Mitversicherer, Rentenfonds, Aktuare, Rechtsanwälte, Ärzte, Gutachter und andere Berater, Einrichtungen

des Gesundheitswesens, Detekteien, Speditionsfirmen usw.), Banken, Verbands- und Genossenschaftsorgane der Versicherungsbranche (Versicherungsverband ANIA und die Verbandsmitglieder), IVASS, UIF und andere öffentliche Behörden sowie Personen, Gesellschaften, Vereine, die unterstützende und/oder beratende Dienstleistungen für Net erbringen (z.B. in den Bereichen Buchhaltung, Verwaltung, Finanzen), Gesellschaften oder Personen, die Kontroll-, Rechnungsprüfungs- und Zertifizierungstätigkeiten bezüglich der Tätigkeit der Gesellschaften ausüben.

Die Liste der Personen und Stellen, denen die Daten mitgeteilt werden können oder welche als Auftragsverarbeiter handeln, kann bei der E-Mail-Adresse responsabileprotezionedati@netinsurance.it oder am Sitz der Gesellschaften angefordert werden.

Die Daten werden generell nicht aus der Europäischen Union ausgeführt. Sollte es jedoch im Falle besonderer Erfordernisse in Verbindung mit dem Standort der von den Lieferanten erbrachten Leistungen notwendig sein, die Daten in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums und darunter in Länder, die keinen angemessenen Schutz bieten, zu übermitteln, verpflichten sich die Gesellschaften dazu, ein angemessenes Niveau von Sicherheit und Schutz der Daten ggf. durch den Abschluss von den einschlägigen Normen entsprechenden Verträgen, einschließlich der Vereinbarung von Standardvertragsklauseln, zu garantieren (es ist möglich, beim DSB/Datenschutzbeauftragten per E-Mail an die Adresse responsabileprotezionedati@netinsurance.it bzw. per Einschreiben an die Gesellschaften eine Kopie der von den Dritten im Zusammenhang mit diesen Klauseln übernommenen Verpflichtungen sowie die Liste der Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, in welche die Daten übermittelt werden, anzufordern).

6) Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Der *Versicherer* ist, unbeschadet der Führung etwaiger Rechtsstreite und der geltenden Steuernormen, dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten zu speichern:

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

7) Rechte des Betroffenen

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

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

7.2) Zur Wahrnehmung Ihrer Rechte, wenden Sie sich bitte schriftlich an:
NET INSURANCE S.p.A.
Datenschutzbeauftragter
Via Giuseppe Antonio Guattani 4, 00161 Rom
ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it
ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

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

Datenschutzgarant - anhand folgender Schritte:

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

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

BEITRITTSANTRAGS

Beitrittsantrag Nr.

Rahmenversicherungen Nr. 816/817 „NET CPI Mutui" abgeschlossen mit SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. (Versicherungsnehmer) mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Den Rahmenversicherungen können in der Eigenschaft als Versicherte bis maximal zwei Kreditnehmer/Bürgen der Finanzierung beitreten. Im Falle von zwei Versicherten gelten die Deckungen anteilsmäßig für jeden Versicherten auf Grundlage des gewählten und in diesem Antrag angegebenen Anteils.

1) Daten des Beitretenden/Versicherten Nr. 1				
Nachname		**Vorname**		
Anschrift Hauptwohnsitz	**Ort**	**Provinz**		**PLZ**
Anschrift Nebenwohnsitz *(wenn anders als Hauptwohnsitz)*	**Ort**	**Provinz**		**PLZ**
Geburtsdatum **Geburtsort**	**Provinz**	**Steuernummer**		
Beruf	**Ausweis Art**	**Nummer**	**Ausstellungsdatum und -ort, Ausstellungsbehörde**	
Gewählte Produktoption				

Prozentsatz der für den Beitretenden/Versicherten Nr. 1 versicherten Leistungen (bei gemeinsamer Kreditaufnahme oder Aufnahme mit Bürgen): %

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

2) Daten des Beitretenden/Versicherten Nr. 2				
Nachname		**Vorname**		
Anschrift Hauptwohnsitz	**Ort**	**Provinz**		**PLZ**
Anschrift Nebenwohnsitz *(wenn anders als Hauptwohnsitz)*	**Ort**	**Provinz**		**PLZ**
Geburtsdatum **Geburtsort**	**Provinz**	**Steuernummer**		
Beruf	**Ausweis Art**	**Nummer**	**Ausstellungsdatum und -ort, Ausstellungsbehörde**	
Gewählte Produktoption				

Prozentsatz der versicherten Leistungen für den Beitretenden/Versicherten Nr. 2 (bei gemeinsamer Kreditaufnahme oder Aufnahme mit Bürgen): %

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

Der/die Unterzeichner:

☐ **BEITRETENDER/VERSICHERTER** -Als Kreditnehmer/Mitkreditnehmer/Bürge der beantragten Finanzierung Nr. mit zu gewährendem Kapitalbetrag von Euro über eine Laufzeit von Monaten bei der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. - BLZ-Code Filiale _____.

☐ **BEITRETENDER/VERSICHERTER** -Als Kreditnehmer/Mitkreditnehmer/Bürge der laufenden Finanzierung Nr. mit der versicherten restlichen Kapitalschuld von Euro über eine restliche Laufzeit von Monaten bei der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. - BLZ-Code Filiale _____.

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

FAK SIMILE

NET INSURANCE

NET LIFE INSURANCE

ANTRAG AUF BEITRITT
ZU DEN RAHMENVERSICHERUNGEN NR. 816/817 „NET CPI Mutui“

☐ **Produktoption Nr. 1**
☐ **Beitretender/Versicherter Nr. 1** ☐ **Beitretender/Versicherter Nr. 2**

Für alle Versicherten, gleich ob diese Einkommen erwirtschaften oder nicht
A) Zeitweilige Versicherung für den Todesfall
B) Versicherung für Bleibende Unfall- oder Krankheitsbedingte Vollinvalidität

ANFÄNGLICHER VERSICHERUNGSBETRAG UND PRÄMIE	**Beitretender/Versicherter Nr. 1**	**Beitretender/Versicherter Nr. 2**
Versicherter Anfangsbetrag der Finanzierung (gewährter Finanzierungsbetrag oder Restschuld der Finanzierung zum Beitrittsdatum)	Euro	Euro
Im Voraus gezahlte Einmalprämie (Steuer inbegriffen)	Euro	Euro
Jahresprämie (Steuer inbegriffen)	Euro	Euro

HINWEIS - Sind zwei Beitretende/Versicherte vorhanden, werden der versicherte Anfangsbetrag der Finanzierung und die oben aufgeführten Beträge der Prämie anteilsmäßig entsprechend dem Prozentsatz des versicherten Anteils angegeben

☐ **Produktoption Nr. 2**
☐ **Beitretender/Versicherter Nr. 1** ☐ **Beitretender/Versicherter Nr. 2**

Personen, die Einkommen erwirtschaften, vorbehalten, unter Ausschluss der Beschäftigten in der Privatwirtschaft mit unbefristetem Anstellungsvertrag
A) Zeitweilige Versicherung für den Todesfall
B) Versicherung für Bleibende Unfall- oder Krankheitsbedingte Vollinvalidität
C) Versicherung für Unfall- oder Krankheitsbedingte Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit

ANFÄNGLICHER VERSICHERUNGSBETRAG UND PRÄMIE	**Beitretender/Versicherter Nr. 1**	**Beitretender/Versicherter Nr. 2**
Versicherter Anfangsbetrag der Finanzierung (gewährter Finanzierungsbetrag oder Restschuld der Finanzierung zum Beitrittsdatum)	Euro	Euro
Im Voraus gezahlte Einmalprämie (Steuer inbegriffen)	Euro	Euro
Jahresprämie (Steuer inbegriffen)	Euro	Euro

HINWEIS - Sind zwei Beitretende/Versicherte vorhanden, werden der versicherte Anfangsbetrag der Finanzierung und die oben aufgeführten Beträge der Prämie anteilsmäßig entsprechend dem Prozentsatz des versicherten Anteils angegeben

☐ **Produktoption Nr. 3**
☐ **Beitretender/Versicherter Nr. 1** ☐ **Beitretender/Versicherter Nr. 2**

Ausschließlich Beschäftigten in der Privatwirtschaft mit unbefristetem Anstellungsvertrag vorbehalten
A) Zeitweilige Versicherung für den Todesfall
B) Versicherung für Bleibende Unfall- oder Krankheitsbedingte Vollinvalidität
D) Versicherung für Arbeitsplatzverlust

ANFÄNGLICHER VERSICHERUNGSBETRAG UND PRÄMIE	**Beitretender/Versicherter Nr. 1**	**Beitretender/Versicherter Nr. 2**
Versicherter Anfangsbetrag der Finanzierung (gewährter Finanzierungsbetrag oder Restschuld der Finanzierung zum Beitrittsdatum)	Euro	Euro
Im Voraus gezahlte Einmalprämie (Steuer inbegriffen)	Euro	Euro
Jahresprämie (Steuer inbegriffen)	Euro	Euro

HINWEIS - Sind zwei Beitretende/Versicherte vorhanden, werden der versicherte Anfangsbetrag der Finanzierung und die oben aufgeführten Beträge der Prämie anteilsmäßig entsprechend dem Prozentsatz des versicherten Anteils angegeben

BESTIMMUNG DER BEGÜNSTIGTEN FÜR DIE TODESFALLDECKUNG
BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 1

FAK SMILE

HINWEISE

- **Der Beitretende/Versicherte hat die Wahl, die Begünstigten entweder namentlich zu nennen oder generell seine rechtmäßigen und/oder testamentarischen Erben als Begünstigte einzusetzen. Erfolgt keine namentliche Nennung kann die Gesellschaft beim Tod des Versicherten auf größere Schwierigkeiten bei Identifikation und Ausfindigmachung der Begünstigten stoßen.**
- **Die Änderung oder der Widerruf des/der Begünstigten sind der Gesellschaft schriftlich mitzuteilen.**

Bezüglich der Todesfalldeckung **ERNENNE** ich, der unterzeichnende Beitretende/Versicherte *(nur eines der Kästchen ankreuzen und bei namentlicher Nennung die betreffenden Felder ausfüllen)*:

☐ **NAMENTLICH FOLGENDE PERSON/EN ZUM/ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DIESER LEISTUNG**

BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 1

Nach- und Vorname / Firma _____
Steuernummer _____
Anschrift / Satzungssitz _____
Telefon _____ E-Mail _____
Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden/Versicherten
☐ Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft) ☐ Sonstige

BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 2

Nach- und Vorname / Firma _____
Steuernummer _____
Anschrift / Satzungssitz _____
Telefon _____ E-Mail _____
Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden/Versicherten
☐ Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft) ☐ Sonstige

☐ **GENERELL MEINE (RECHTMÄSSIGEN UND/ODER TESTAMENTARISCHEN) ERBEN ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DER LEISTUNG**

☐ **DEN BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2 ZUM BEGÜNSTIGTEN DER LEISTUNG *(diese Option steht nur zur Wahl, wenn 2 Versicherte vorhanden sind)***

ANGABE EINES DRITTEN ALS REFERENTEN (fakultativ)

Im Falle besonderen Vertraulichkeitsbedarfs kann der Beitretende/Versicherte den Namen und die Kontaktdaten (einschließlich E-Mail-Adresse und/oder Telefon) einer dritten Person (die nicht begünstigt wird) nennen, an welche sich die Versicherungsgesellschaft im Todesfall des Versicherten zu wenden hat, um den ernannten Begünstigten zu kontaktieren.

Nach- und Vorname / Firma _____
Anschrift / Satzungssitz _____
Telefon _____ E-Mail _____

HINWEIS: Der Beitretende/Versicherte übernimmt die Pflicht zur Übergabe der laut geltenden Normen vorgeschriebenen Datenschutzinformation (Verordnung (EU) 2016/679) an die Person, auf die sich die der Gesellschaft mitgeteilten Daten beziehen.

Ort und Datum	
UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1	

FAK SIMILE

NET INSURANCE NET LIFE INSURANCE

BESTIMMUNG DER BEGÜNSTIGTEN FÜR DIE TODESFALLDECKUNG
BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 2

HINWEISE

- **Der Beitretende/Versicherte hat die Wahl, die Begünstigten entweder namentlich zu nennen oder generell seine rechtmäßigen und/oder testamentarischen Erben als Begünstigte einzusetzen. Erfolgt keine namentliche Nennung kann die Gesellschaft beim Tod des Versicherten auf größere Schwierigkeiten bei Identifikation und Ausfindigmachung der Begünstigten stoßen.**
- **Die Änderung oder der Widerruf des/der Begünstigten sind der Gesellschaft schriftlich mitzuteilen.**

Bezüglich der Todesfalldeckung **ERNENNE** ich, der unterzeichnende Beitretende/Versicherte *(nur eines der Kästchen ankreuzen und bei namentlicher Nennung die betreffenden Felder ausfüllen)*:

☐ **NAMENTLICH FOLGENDE PERSON/EN ZUM/ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DIESER LEISTUNG**

BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 1

Nach- und Vorname / Firma _____
Steuernummer _____
Anschrift / Satzungssitz _____
Telefon _____ E-Mail _____

Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden/Versicherten
☐ Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft) ☐ Sonstige

BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 2

Nach- und Vorname / Firma _____
Steuernummer _____
Anschrift / Satzungssitz _____
Telefon _____ E-Mail _____

Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden/Versicherten
☐ Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft) ☐ Sonstige

☐ **GENERELL MEINE (RECHTMÄSSIGEN UND/ODER TESTAMENTARISCHEN) ERBEN ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DER LEISTUNG**

☐ **DEN BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1 ZUM BEGÜNSTIGTEN DER LEISTUNG (diese Option steht nur zur Wahl, wenn 2 Versicherte vorhanden sind)**

FAKSIMILE

ANGABE EINES DRITTEN ALS REFERENTEN (fakultativ)

Im Falle besonderen Vertraulichkeitsbedarfs können Name und Kontaktdaten (einschließlich E-Mail-Adresse und/oder Telefon) einer dritten Person (die nicht begünstigt wird) genannt werden, an welche sich die Versicherungsgesellschaft im Todesfall des Versicherten zu wenden hat, um den ernannten Begünstigten zu kontaktieren.

Nach- und Vorname / Firma _____
Anschrift / Satzungssitz _____
Telefon _____ E-Mail _____

HINWEIS: Der Beitretende/Versicherte übernimmt die Pflicht zur Übergabe der laut geltenden Normen vorgeschriebenen Datenschutzinformation (Verordnung (EU) 2016/679) an die Person, auf die sich die der Gesellschaft mitgeteilten Daten beziehen.

Ort und Datum	
UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2	

INFORMATION ZU DEN AUF DER PRÄMIE LASTENDEN KOSTEN

Auf die Prämie werden zu Lasten des Beitretenden/Versicherten folgende Kosten berechnet:

BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 1

Effektiv getragene Kosten im Verhältnis zur Prämie	*Effektiv für die Vermittlung erhaltener Kostenanteil*
Euro % __76,00 (Deckung Leben) / 76,00 (Deckung Schäden)___	**Euro** % __63,16 (Deckung Leben) / 63,16 (Deckung Schäden)___

BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 2

Effektiv getragene Kosten im Verhältnis zur Prämie	*Effektiv für die Vermittlung erhaltener Kostenanteil*
Euro % __76,00 (Deckung Leben) / 76,00 (Deckung Schäden)___	**Euro** % __63,16 (Deckung Leben) / 63,16 (Deckung Schäden)___

FÄLLIGKEIT DER PRÄMIE UND ZAHLUNGSMITTEL

Fälligkeit der Prämie	**Im Falle von frisch gewährter Finanzierung:** • **Im Voraus gezahlte Einmalprämie** **Im Falle von bereits gewährter Finanzierung nach Wahl des Beitretenden/Versicherten:** • **Im Voraus gezahlte Einmalprämie** • **Jahresprämie**
Zahlungsmittel	**Im Falle von frisch gewährter Finanzierung nach Wahl des Beitretenden/Versicherten:** • **Banküberweisung** **Im Falle von bereits gewährter Finanzierung nach Wahl des Beitretenden/Versicherten:** • **Banküberweisung** • **im Falle der Jahresprämie werden die auf die erste folgenden Zahlungen mittels SEPA-Lastschrift vom Girokonto abgebucht.**

FAKSIMILE

ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND DES/DER BEITRETENDEN/VERSICHERTEN

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

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

a) **Nicht der Wahrheit entsprechende, ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Fakten durch die Person, die zur Erteilung der für den Beitritt erforderlichen Informationen legitimiert ist, können den Leistungsanspruch beeinträchtigen.**

b) **Bevor sie den Fragebogen unterschreibt, hat die unter a) bezeichnete Person die Richtigkeit der im Fragebogen getätigten Angaben zu prüfen.**

c) **Auch in nicht ausdrücklich von den Gesellschaften vorgeschriebenen Fällen kann die unter a) bezeichnete Person verlangen, einer ärztlichen Untersuchung unterzogen zu werden, um ihren effektiven Gesundheitszustand bestätigen zu lassen, wofür sie die Kosten selbst zu tragen hat.**

d) **Gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive seit mehr als 10 Jahren - bzw. 5 Jahren bei Krebserkrankungen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahrs aufgetreten sind - abgeschlossen ist. Unbeschadet etwaiger späterer Änderungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelung, die günstiger für den Versicherten sind.**

Folgende Bedeutungen werden hiermit erläutert:

- **Ende der aktiven Behandlung**: das Datum der letzten pharmakologischen Krebstherapie, Strahlentherapie oder chirurgischen Behandlung ohne späteres Rezidiv.

- **Pharmakologische Krebstherapie:** Chemotherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, zielgerichtete Therapie, biologische Wirkstoffe, Stammzelltransplantation, Zell- oder Gentherapie, klinische Studien. Unter die Definition der pharmakologischen Krebstherapie fällt jede etwaige Kombination der oben aufgeführten Behandlungen oder anderer evidenzbasierter Behandlungsansätze je nach Art und Stadium der onkologischen Erkrankung. Diese Behandlungen können in jeder beliebigen Phase der Krebserkrankung eingesetzt werden (sowohl als adjuvante als auch als neoadjuvante Therapie).
- **Rezidiv:** jedes erneute klinische Auftreten, das in Verbindung zu einer vorausgehenden Krebserkrankung gesetzt werden kann und das sowohl durch biologische Untersuchungen als auch anhand von Bilddiagnostik festgestellt wird.
- **Heilung:** ist gleichbedeutend mit dem medizinischen Begriff der kompletten Remission zu verstehen, d.h. das Fehlen von Anzeichen und Symptomen einer onkologischen Erkrankung. Die Heilung kann unter anderem durch körperliche Untersuchung, Röntgendiagnostik und Serum-Biomarker nachgewiesen werden.

WIDERRUF DES BEITRITTSANTRAGS UND RECHT AUF RÜCKTRITT VOM VERTRAG

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

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

FAKSIMILE

ERKLÄRUNGEN DES/DER BEITRETENDEN/VERSICHERTEN

ERKLÄRUNG DES FAKULTATIVEN BEITRITTS ZU DEN RAHMENVERSICHERUNGEN UND ANNAHME DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Ich, der unterzeichnende Beitretende/Versicherte // Wir, die unterzeichnenden Beitretenden/Versicherten NIMMT/NEHMEN ZUR KENNTNIS,

• dass die Versicherungsnehmerin im Auftrag Ihrer Kunden auf Grundlage der von diesen gewählten Option bei NET INSURANCE LIFE S.p.A. eine Versicherungsdeckung für den Todesfall und bei NET INSURANCE S.p.A. eine Versicherungsdeckung für Unfall- oder Krankheitsbedingte Bleibende Vollinvalidität, für Unfall- oder Krankheitsbedingte Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, für Arbeitsplatzverlust beantragt hat;

• dass oben genannte Deckungen sich auf die Rahmenversicherungen Nr. 816/817 beziehen, welche die Versicherungsnehmerin mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. abgeschlossen hat;

• dass oben genannte Deckungen in Kombination mit der oben angegebenen, bei der Versicherungsnehmerin beantragten Finanzierung dazu bestimmt sind, dafür zu sorgen, dass bei Eintreten eines von diesen Deckungen erfassten Ereignisses die vorgesehene Leistung auf Grundlage der in den Versicherungsbedingungen aufgeführten Kriterien erbracht wird;

• dass die Wirksamkeit der Versicherungsdeckung einerseits an die Gewährung/das Bestehen einer Finanzierung und andererseits an die erfolgte Zahlung der Prämie gebunden ist, dass sie um 24:00 Uhr des Datums des Inkrafttretens einsetzt und zum Ablaufdatum der Finanzierung oder bei Eintreten der anderen von den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Fällen endet. Die volle Wirksamkeit der Versicherungsdeckung ist auf jeden Fall abhängig von:

- der Unterzeichnung des „VEREINFACHTEN GESUNDHEITSFRAGEBOGENS" (fester Bestandteil dieses Beitrittsantrags), wobei alle darin enthaltenen Fragen mit nein beantwortet worden sein müssen, oder
- ggf. der Unterzeichnung des „ANAMNESEFRAGEBOGENS" und/oder der Feststellung des Gesundheitszustands des Versicherten anhand Anforderung weiterer medizinischer Unterlagen. In diesen Fällen behalten es sich die Gesellschaften vor, über die Übernahme des Risikos nach Prüfung der Beantwortung des Fragebogens und der ggf. vorgelegten medizinischen Unterlagen zu entscheiden.

HIERMIT ERKLÄRE/N ICH/WIR

• dass alle in diesem Beitrittsantrag abgegebenen Erklärungen und Antworten vollständig und richtig sind;

• das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet zu haben;

• als Beitretender/Versicherter den oben genannten Rahmenversicherungen **beizutreten**, für welche eine Prämie zu entrichten ist, deren Bruttogesamtbetrag in diesem Beitrittsantrag angegeben ist;

• die Versicherungsbedingungen GELESEN, VERSTANDEN und AKZEPTIERT zu haben.

Ort und Datum	
UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1	**UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2**

EMPFANGSBESTÄTIGUNG DER VERTRAGLICHEN VORABINFORMATION

HINWEIS - Hiermit wird der Beitretende/Versicherte darauf hingewiesen, dass er innerhalb der Grenzen und entsprechend den Vorgaben der Regelung des Versicherungsvertriebs Anspruch auf Erhalt der Vorabinformation zu den Rahmenverträgen Nr. 816/817 hat.

Gemäß Art. 120-quater der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den privaten Sektor **WIRD FERNER ERKLÄRT,** dass die Vertragsunterlagen und die von der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Benachrichtigungen während der Vertragslaufzeit in einer der folgenden Formen übermittelt werden sollen (**eine der nachstehend aufgeführten Wahlmöglichkeiten ankreuzen**):

BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 1	**BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 2**
❑ per E-Mail in digitaler Form (an die unter den Angaben zur Person mitgeteilten E-Mail-Adressen) und im geschützten Bereich der Website; ❑ in gedruckter Form.	❑ per E-Mail in digitaler Form (an die unter den Angaben zur Person mitgeteilten E-Mail-Adressen) und im geschützten Bereich der Website; ❑ in gedruckter Form.
E-Mail-Adresse für den Empfang:	E-Mail-Adresse für den Empfang:

Es steht dem Beitretenden/Versicherter frei, diese Erklärung nach Belieben jederzeit zu ändern.

HIERMIT ERKLÄRE/N ICH/WIR, vor der Unterzeichnung dieses Beitrittsantrags die folgenden vorvertraglichen und vertraglichen Unterlagen der Rahmenversicherungen Nr. 816/817 erhalten und vollständig eingesehen zu haben:

a) erklärt hiermit gemäß Art. 56 der Verordnung Nr. 40/2018 der Aufsichtsbehörde IVASS, das Einheitliche Dokument zur vorvertraglichen Information erhalten zu haben;
b) Informationsunterlagen, einschließlich Infoblatt Schaden (Vorabinformation für Schadensversicherungsprodukte), Infoblatt Leben (Vorabinformation für Lebensversicherungsprodukte, die keine Versicherungsanlageprodukte sind); Zusatzinfoblatt Multirisk (Vorabinformation für Multirisk-Versicherungsprodukte) gemäß Verordnung Nr. 41/2018 des Kontrollorgans IVASS; Versicherungsbedingungen (samt Glossar); Beitrittsantrag (Faksimile).

Ort und Datum	
UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1	**UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2**

FAKSIMILE

HIERMIT ERKLÄRE/N ICH/WIR

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

Art. 3 Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit und Aufnahmeformalitäten - Art. 4 Entschädigungsgrenzen - Art. 5 Erklärungen zu den Risikoumständen - Art. 7 Inkrafttreten und Dauer der Versicherungsdeckung - Art. 8 Rücktrittsrecht - Art. 12 Meldung des Schadensfalls - Art. 13 Verpflichtungen des Versicherten oder seiner Rechtsnachfolger im Schadensfall - Art. 21 Gerichtsstand - Art. 24 Abtretung der Ansprüche - Art. 30-35-38-42 Versicherte Leistungen - Art. 32-36-39-43 Ausschlüsse.

UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1	**UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2**

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG DER PERSONENBEZOGENEN DATEN DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1

Der Unterzeichner _____ geboren in _____ am _____
E-Mail _____ in seiner Eigenschaft als Betroffener, nach sorgfältigem Lesen der in den Informationsunterlagen enthaltenen Datenschutzinformation:

a) Für die Verarbeitung der Daten besonderer Art (z.B. Daten zum Gesundheitszustand) für die genannten Zwecke und anhand der darin erläuterten Methoden, im Bewusstsein, dass die Verarbeitung dieser Daten für die Umsetzung einiger Vorgänge im Rahmen des Vertragsverhältnisses (z.B. Abwicklung der Schadensfälle) notwendig ist.

□ **Einwilligung**

b) Im Bewusstsein, dass die Nicht-Erteilung folgender Einwilligungen die mit dem Versicherungsgeber bestehenden Vertragsverhältnisse in keiner Weise beeinträchtigt:

- Für die Verarbeitung personenbezogener Daten für generelle Marketingaktivitäten seitens des Versicherungsgebers (z.B. Fragebögen zur Kundenzufriedenheit, geschäftliche Mitteilungen und Zusendung von Info- und Werbematerial usw.) bezüglich Dienstleistungen und/oder Produkten des Versicherungsgebers mithilfe der in der Information erläuterten, automatisierten und nicht-automatisierten Methoden.

  □ **Einwilligung** □ **Ablehnung**

- Für die Verarbeitung personenbezogener Daten für die Profilierung zu Marketingzwecken seitens des Versicherungsgebers auf der Grundlage Ihrer Interessen und Bevorzugungen (z.B. Marktstudien, Fragebögen zur Kundenzufriedenheit, geschäftliche Mitteilungen und Zusendung von Info- und Werbematerial usw.) bezüglich Dienstleistungen und/oder Produkten des Versicherungsgebers mithilfe der in der Information erläuterten, automatisierten und nicht-automatisierten Methoden.

  □ **Einwilligung** □ **Ablehnung**

- Für die Verarbeitung personenbezogener Daten für Marketingaktivitäten von Drittgesellschaften auf der Grundlage Ihrer Interessen und Bevorzugungen (z.B. Marktstudien, Fragebögen zur Kundenzufriedenheit, geschäftliche Mitteilungen und Zusendung von Info- und Werbematerial usw.) bezüglich Dienstleistungen und/oder Produkten des Versicherungsgebers und anderen Konzerngesellschaften mithilfe der in der Information erläuterten, automatisierten und nicht-automatisierten Methoden.

  □ **Einwilligung** □ **Ablehnung**

Ort und Datum
UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1

FAKSIMILE

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG DER PERSONENBEZOGENEN DATEN DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2

Der Unterzeichner _____ geboren in _____ am _____
E-Mail _____ in seiner Eigenschaft als Betroffener, nach sorgfältigem Lesen der in den Informationsunterlagen enthaltenen Datenschutzinformation:

c) Für die Verarbeitung der Daten besonderer Art (z.B. Daten zum Gesundheitszustand) für die genannten Zwecke und anhand der darin erläuterten Methoden, im Bewusstsein, dass die Verarbeitung dieser Daten für die Umsetzung einiger Vorgänge im Rahmen des Vertragsverhältnisses (z.B. Abwicklung der Schadensfälle) notwendig ist.

□ **Einwilligung**

d) Im Bewusstsein, dass die Nicht-Erteilung folgender Einwilligungen die mit dem Versicherungsgeber bestehenden Vertragsverhältnisse in keiner Weise beeinträchtigt:

- Für die Verarbeitung personenbezogener Daten für generelle Marketingaktivitäten seitens des Versicherungsgebers (z.B. Fragebögen zur Kundenzufriedenheit, geschäftliche Mitteilungen und Zusendung von Info- und Werbematerial usw.) bezüglich Dienstleistungen und/oder Produkten des Versicherungsgebers mithilfe der in der Information erläuterten, automatisierten und nicht-automatisierten Methoden.

  □ **Einwilligung** □ **Ablehnung**

- Für die Verarbeitung personenbezogener Daten für die Profilierung zu Marketingzwecken seitens des Versicherungsgebers auf der Grundlage Ihrer Interessen und Bevorzugungen (z.B. Marktstudien, Fragebögen zur Kundenzufriedenheit, geschäftliche Mitteilungen und Zusendung von Info- und Werbematerial usw.) bezüglich Dienstleistungen und/oder Produkten des Versicherungsgebers mithilfe der in der Information erläuterten,

automatisierten und nicht-automatisierten Methoden.

□ **Einwilligung** □ **Ablehnung**

- Für die Verarbeitung personenbezogener Daten für Marketingaktivitäten von Drittgesellschaften auf der Grundlage Ihrer Interessen und Bevorzugungen (z.B. Marktstudien, Fragebögen zur Kundenzufriedenheit, geschäftliche Mitteilungen und Zusendung von Info- und Werbematerial usw.) bezüglich Dienstleistungen und/oder Produkten des Versicherungsgebers und anderen Konzerngesellschaften mithilfe der in der Information erläuterten, automatisierten und nicht-automatisierten Methoden.

□ **Einwilligung** □ **Ablehnung**

Ort und Datum
UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2

FAK SIMILE

VEREINFACHTER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

NET CPI Mutui Nr. 816/817

VORNAME:_____ NACHNAME:_____ GEBOREN AM:_____

BEITRITT NR.:_____

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 □ NEIN □
2. Leiden Sie zurzeit unter einem Gebrechen, einer Invalidität oder chronischen Krankheit?	JA □ NEIN □
3. Befinden Sie sich momentan mit > 30 Tage Dauer in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung oder unter ärztlicher Überwachung wegen einer beliebigen Krankheit oder eines Unfalls?	JA □ NEIN □
4. Waren Sie in den letzten 10 Jahren betroffen von:	
Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, angeborene Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen (einschließlich Herzschrittmacher), arterielle Hypertonie	JA □ NEIN □
Schlaganfall, Himblutung, Hirninfarkt, Subarachnoidalblutung, Neurose, Epilepsie, Schizophrenie, Depression, bipolare Störung, Alkoholismus	JA □ NEIN □
Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungentuberkulose, Pneumokoniose	JA □ NEIN □
Zwölffingerdarm- oder Magengeschwür, Colitis Ulcerosa (Crohn) Pankreatitis	JA □ NEIN □
Hepatitis B, C, Leberzirrhose, Leberfunktionsstörung, Blasen- oder Gallenblasensteinen	JA □ NEIN □
Nierenversagen, Nierenzysten, Nierensteine, Prostatastörungen	JA □ NEIN □
Grauer Star, Glaukom, Netzhauterkrankung, Mittelohrentzündung, Empyem	JA □ NEIN □
Uterusmyome, Endometriose, Ovarialzysten, Mastopathie	JA □ NEIN □
Rheuma, Anämie, Purpura, Hypothyreose, Hyperthyreose	JA □ NEIN □
Diabetes, insulinabhängig und nicht insulinabhängig	JA □ NEIN □
Krebs oder bösartige Tumoren jeglicher Art (**gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive seit mehr als 10 Jahren - bzw. 5 Jahren bei Krebserkrankungen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahrs aufgetreten sind - abgeschlossen ist. Unbeschadet etwaiger späterer Änderungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelung, die günstiger für den Versicherten sind**). .(*)	JA □ NEIN □
5. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert (mit Ausnahme der Entfernung von Blinddarm, Mandeln und/oder Adenoiden oder Gallenblase, Kaiserschnitt, Leisten- oder Nabelbruch) und/oder müssen Sie sich in den nächsten 12 Monaten einer Operation unterziehen, soweit Sie darüber Kenntnis haben?	JA □ NEIN □
6. Waren oder sind Sie Inhaber einer Invalidenrente?	JA □ NEIN □
7. Beträgt der Unterschied zwischen Ihrer Körp□□□in Zentimetern und Ihre□□□ht in Kilogramm weniger als 80 oder mehr als 120?	JA □ NEIN □
8. Wurden Sie jemals positiv auf Covid 19 getestet?	JA □ NEIN □
9. Hat die Infektion mit Covid 19: a) Zu einem Krankenhausaufenthalt auf Intensivstation oder Subintensivstation geführt oder eine Beatmungsunterstützung im häuslichen Bereich erforderlich gemacht?	JA □ NEIN □
b) Zu bleibenden Symptomen und/oder derzeit noch bestehenden klinischen Folgen und/oder Komplikationen geführt?	JA □ NEIN □

(*) **Folgende Bedeutungen werden hiermit erläutert:**

- **Ende der aktiven Behandlung:** das Datum der letzten pharmakologischen Krebstherapie, Strahlentherapie oder chirurgischen Behandlung ohne späteres Rezidiv.
- **Pharmakologische Krebstherapie**: Chemotherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, zielgerichtete Therapie, biologische Wirkstoffe, Stammzelltransplantation, Zell- oder Gentherapie, klinische Studien. Unter die Definition der pharmakologischen Krebstherapie fällt jede etwaige Kombination der oben aufgeführten Behandlungen oder anderer evidenzbasierter Behandlungsansätze je nach Art und Stadium der onkologischen Erkrankung. Diese Behandlungen können in jeder beliebigen Phase der Krebserkrankung eingesetzt werden (sowohl als adjuvante als auch als neoadjuvante Therapie).
- **Rezidiv**: jedes erneute klinische Auftreten, das in Verbindung zu einer vorausgehenden Krebserkrankung gesetzt werden kann und das sowohl durch biologische Untersuchungen als auch anhand von Bilddiagnostik festgestellt wird.
- **Heilung**: ist gleichbedeutend mit dem medizinischen Begriff der kompletten Remission zu verstehen, d.h. das Fehlen von Anzeichen und Symptomen einer onkologischen Erkrankung. Die Heilung kann unter anderem durch körperliche Untersuchung, Röntgendiagnostik und Serum-Biomarker nachgewiesen werden.

DER VERSICHERTE
Vorname_____ Nachname_____
Geburtsdatum____/____/_____
Datum____/____/_____ Unterschrift (ausgeschrieben und gut lesbar) _____

ANAMNESEFRAGEBOGEN

ANAMNESE-FRAGEBOGEN - NET CPI Mutui Nr. 816/817

VORNAME:_____ NACHNAME:_____

GEBOREN AM:_____ BEITRITT: _____

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:

- direkt vom Versicherungsvermittler des Versicherungsnehmers auf dem mit den Versicherungsgesellschaften vereinbarten Wege;
- direkt vom Versicherten an den Facharzt der Versicherungsgesellschaften, und zwar in einem verschlossenen Umschlag adressiert an *„Zu Händen des Facharztes von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand* per Einschreiben mit Rückschein oder auf beliebigem anderem Wege, sofern dieser zur Gewährleistung der Vertraulichkeit der mitteilungspflichtigen Informationen geeignet ist.

WICHTIG - In jedem Fall ist der Anamnese-Fragebogen zusammen mit der vom Versicherten erteilten Zustimmung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten an die Versicherungsgesellschaften NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. zu senden. Wenn Sie der Verarbeitung personenbezogener Daten nicht zustimmen, können die Versicherungsunternehmen die Versicherungsposition nicht bearbeiten.

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 Leistungsanspruch gemäß Artikel 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs beeinträchtigen.**

b) **Vor der Unterzeichnung des Fragebogens muss der Versicherte die Richtigkeit und Übereinstimmung mit der Wahrheit der gegebenen Antworten überprüfen.**

c) **Die Versicherungsgesellschaften NET INSURANCE S.p.A und NET INSURANCE LIFE S.p.A. behalten sich das Recht vor, nach Prüfung der im Fragebogen erteilten Antworten und der auf Anfrage vorgelegten Gesundheitsunterlagen über die Gewährung des Versicherungsschutzes zu entscheiden.**

d) **Gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive seit mehr als 10 Jahren - bzw. 5 Jahren bei Krebserkrankungen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahrs aufgetreten sind - abgeschlossen ist. Unbeschadet etwaiger späterer Änderungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelung, die günstiger für den Versicherten sind.**

Folgende Bedeutungen werden hiermit erläutert:

- **Ende der aktiven Behandlung**: das Datum der letzten pharmakologischen Krebstherapie, Strahlentherapie oder chirurgischen Behandlung ohne späteres Rezidiv.
- **Pharmakologische Krebstherapie**: Chemotherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, zielgerichtete Therapie, biologische Wirkstoffe, Stammzelltransplantation, Zell- oder Gentherapie, klinische Studien. Unter die Definition der pharmakologischen Krebstherapie fällt jede etwaige Kombination der oben aufgeführten Behandlungen oder anderer evidenzbasierter Behandlungsansätze je nach Art und Stadium der onkologischen Erkrankung. Diese Behandlungen können in jeder beliebigen Phase der Krebserkrankung eingesetzt werden (sowohl als adjuvante als auch als neoadjuvante Therapie).
- **Rezidiv**: jedes erneute klinische Auftreten, das in Verbindung zu einer vorausgehenden Krebserkrankung gesetzt werden kann und das sowohl durch biologische Untersuchungen als auch anhand von Bilddiagnostik festgestellt wird.
- **Heilung**: ist gleichbedeutend mit dem medizinischen Begriff der kompletten Remission zu verstehen, d.h. das Fehlen von Anzeichen und Symptomen einer onkologischen Erkrankung. Die Heilung kann unter anderem durch körperliche Untersuchung, Röntgendiagnostik und Serum-Biomarker nachgewiesen werden.

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

Körpergröße: ..... cm Gewicht:..... kg Differenz (Körpergröße - Gewicht):		**Bei positiver Antwort fügen Sie bitte die geforderten Detailangaben hinzu**
1 Ist dieser Unterschied kleiner als 80 oder größer als 120?	JA □ NEIN □	
2 Sind Sie zurzeit wegen Krankheit oder Unfall ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	JA □ NEIN □	Seit wann? ..... Aus welchem Grund? .....
3 Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung oder ärztlicher Überwachung?	JA □ NEIN □	Aus welchen Gründen? ..... Seit wann? ..... Behandlung und Dosierung.....
4 Sind Sie von chronischen Krankheiten, Gebrechen, Behinderungen	JA □ NEIN □	Welcher Art? .....

oder Nachwirkungen von Krankheiten oder Unfällen betroffen?		Seit wann? .....
5 Haben Sie eine Rente wegen Krankheit oder Unfall? Sind Sie Inhaber einer Arbeitsunfallrente von über 15%?	JA ☐ NEIN ☐ JA ☐ NEIN ☐	Aus welchen Gründen? ..... Prozentsatz(-sätze)? .....% Seit wann? ..... (Kopie des Rentenbescheides beifügen)
6 Erhalten Sie Praxisgebühr-Befreiung aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls?	JA ☐ NEIN ☐	Aus welchen Gründen? ..... Seit wann? .....
7 Mussten Sie in den letzten 5 Jahren an mehr als 30 aufeinander folgenden Tagen wegen Krankheit oder Unfall die Arbeit einstellen?	JA ☐ NEIN ☐	Aus welchen Gründen? ..... Wann? ..... Wie lange? .....
8 Haben Sie sich einem serologischen Nachweis unterzogen, der sich als **positiv** für Hepatitis B, C und/oder für: HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) erwiesen hat?	JA ☐ NEIN ☐	Welchem(n)? ..... Wann? ..... Ergebnis? Negativ ☐ Positiv ☐
9 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen folgender Erkrankungen medizinisch behandelt?		Aus welchem/ Grund/Gründen? Wann? Dauer?
• Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, angeborene Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen (einschließlich Herzschrittmacher), arterielle Hypertonie	JA ☐ NEIN ☐	....
• Schlaganfall, Hirnblutung, Hirninfarkt, Subarachnoidalblutung, Neurose, Epilepsie, Schizophrenie, Depression, bipolare Störung, Alkoholismus	JA ☐ NEIN ☐	....
• Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungentuberkulose, Pneumokoniose	JA ☐ NEIN ☐	
• Zwölffingerdarm- oder Magengeschwür, Colitis Ulcerosa (Crohn) Pankreatitis	JA ☐ NEIN ☐	....
• Hepatitis B, C, Leberzirrhose, Leberfunktionsstörungen, Blasen- oder Gallenblasensteine	JA ☐ NEIN ☐ JA ☐ NEIN ☐	....
• Nierenversagen, Nierenzysten, Nierensteine, Prostatastörungen	JA ☐ NEIN ☐	....
• Grauer Star, Glaukom, Netzhauterkrankung, Mittelohrentzündung, Empyem	JA ☐ NEIN ☐ JA ☐ NEIN ☐	....
• Uterusmyome, Endometriose, Ovarialzysten, Mastopathie	JA ☐ NEIN ☐	....
• Rheuma, Anämie, Purpura, Hypothyreose, Hyperthyreose	JA ☐ NEIN ☐	....
• Diabetes, insulinabhängig und nicht insulinabhängig		....
• Krebs oder bösartige Tumoren jeglicher Art (**unbeschadet der Befreiung von der Angabe gemäß Hinweis zum Ausfüllen, Buchstabe d)**	JA ☐ NEIN ☐	....
• Andere Pathologien, die nicht in der obenstehenden Liste enthalten sind.....		
10 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren aus einem **anderen** als den nachstehend genannten Gründen in ein Krankenhaus, eine Klinik oder ein Pflegeheim eingeliefert: Mutterschaft, Kaiserschnitt, Blinddarmentzündung, Entfernung von Mandeln, Adenoiden oder Gallenblase, Leistenbruch, Nabelbruch oder Hiatushernie, Krampfadern, Hämorrhoiden, freiwillige Schwangerschaftsunterbrechung, Zahnchirurgie, Abweichung des Nasenseptums?	JA ☐ NEIN ☐	Aus welchen Gründen? ..... Wann? ..... Wie lange? .....
11 In den nächsten 12 Monaten müssen Sie: - sich einem CT-Scan, einer MRT oder einer sonstigen Krankenhausuntersuchung unterziehen? - ins Krankenhaus aufgenommen werden? - sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen? - einer medizinischen Behandlung folgen?	JA ☐ NEIN ☐ JA ☐ NEIN ☐ JA ☐ NEIN ☐ JA ☐ NEIN ☐	....
12 Wurden Sie jemals positiv auf Covid 19 getestet?	JA ☐ NEIN ☐	....
13 Hat die Infektion mit Covid 19: a) Zu einem Krankenhausaufenthalt auf Intensivstation oder Subintensivstation geführt oder eine Beatmungsunterstützung im häuslichen Bereich erforderlich gemacht?	JA ☐ NEIN ☐ JA ☐ NEIN ☐	....

b) Zu bleibenden Symptomen und/oder derzeit noch bestehenden klinischen Folgen und/oder Komplikationen geführt?		…… ……

DEM VERSICHERTEN VORBEHALTENES FELD	DEM VERTRAUENSARZT VORBEHALTENES FELD (bitte ausfüllen, falls der Arzt am Ausfüllen des Fragebogens beteiligt war)	
Vorname: _____ Nachname: _____ Ort: Datum: __ / __ / ____ Gelesen und genehmigt, _____ (Der Versicherte, ausgeschriebene und lesbare Unterschrift)	Vorname: _____ Nachname: _____ Ort: Datum: __ / __ / ____	STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DES ARZTES Gelesen und genehmigt, _____ (Der Arzt, ausgeschriebene und lesbare Unterschrift)