VERSICHERUNGSVERTRAG

PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Vertrag mit einjähriger Dauer zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen.

DIESE INFORMATIONSUNTERLAGEN ENTHALTEN:

FÜR DEN BEREICH FAMILIE UND ANGEHÖRIGE

- DIE PRODUKTINFO LEBEN
- DAS INFOBLATT - DOKUMENT ZUR VORVERTRAGLICHEN INFORMATION
- DIE ZUSÄTZLICHE PRODUKTINFO MULTIRISK

FÜR DEN BEREICH VORSORGE UND GESUNDHEIT

- DAS INFOBLATT - DOKUMENT ZUR VORVERTRAGLICHEN INFORMATION - VORSORGE
- DIE ZUSÄTZLICHE PRODUKTINFO MULTIRISK - VORSORGE
- DAS INFOBLATT - DOKUMENT ZUR VORVERTRAGLICHEN INFORMATION - GESUNDHEIT
- DIE ZUSÄTZLICHE PRODUKTINFO MULTIRISK - GESUNDHEIT

FÜR DEN BEREICH VERMÖGEN

- DAS INFOBLATT - DOKUMENT ZUR VORVERTRAGLICHEN INFORMATION - VERMÖGEN
- DIE ZUSÄTZLICHE PRODUKTINFO MULTIRISK - VERMÖGEN
- DAS INFOBLATT - DOKUMENT ZUR VORVERTRAGLICHEN INFORMATION - CYBER
- DIE ZUSÄTZLICHE PRODUKTINFO MULTIRISK - CYBER

DIE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN MIT GLOSSAR
DAS FAKSIMILE DES VERSICHERUNGSANTRAGS SAMT GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

SIE SIND DEM VERSICHERUNGSNEHMER VOR DER UNTERZEICHNUNG DES VERSICHERUNGSANTRAGS AUSZUHÄNDIGEN.
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.

Dok. NL/NET/0108/01- Ausg. 06-2025 – Agg.to 02-2026

NET INSURANCE

NET LIFE INSURANCE

Lebensversicherung

Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

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

Net Insurance Life S.p.A. **PROTECTION BUSINESS**

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

Versicherungsvertrag Leben, reine Risikoversicherung, temporäre Todesfallversicherung mit konstantem Kapital und Jahresprämie in Funktion des bei der Erneuerung erreichten Alters.

Diese Deckung und die Deckungen der Schadensabschnitte bilden das Kombiprodukt Protection Business, das für den Schutz von Gütern, Personen und Vermögen für die Unternehmenstätigkeit ausgelegt ist.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs FAMILIE UND ANGEHÖRIGE entscheiden können.

Was ist versichert? / Welche Leistungen sind vorgesehen?

Tod: Im Falle des Ablebens des Versicherten während der Laufzeit der Versicherung erkennt NET INSURANCE LIFE S.p.A. die Auszahlung (in einer einzigen Zahlung) der Versicherten Leistung an den Begünstigten zu. Das Sterberisiko wird unabhängig von der Todesursache - ohne räumliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung von Berufswechseln des Versicherten gedeckt.

Vorgenannte Deckung der Lebensversicherungssparte wird gemeinsam mit denen der Schadenssparte geleistet, die von der Gesellschaft NET INSURANCE S.p.A. im Rahmen der Kombipolice Protection geboten werden.

Die Versicherte Leistung darf € 300.000,00 nicht übersteigen. Falls der Versicherte bei Beginn der Versicherungsdeckung älter als 60 Jahre ist, darf die Versicherte Leistung € 200.000 nicht übersteigen.

Was ist NICHT versichert?

Nicht versicherungsfähig sind:

- × Versicherte, deren Alter zum Zeitpunkt des Beitritts nicht zwischen 18 und 70 Jahren liegt
- × Versicherte, die beim Vertragsabschluss die Fragen im Gesundheitsfragebogen nicht beantwortet haben
- × Personen, die den Gesundheitsfragebogen unterzeichnet, aber auch nur eine Frage positiv beantwortet haben

Darüber hinaus:

- × ist der Verbleib unter dem Versicherungsschutz auf die Vollendung des 75. Lebensjahrs begrenzt. Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 75. Lebensjahrs des Versicherten mit einer Frist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Das Todesfallrisiko wird ohne gebietliche Einschränkungen und bei jeder beliebigen Todesursache gedeckt, mit Ausnahme der nachstehenden vorgesehenen Ausschlüsse:

- ! Vorsatz des Versicherungsnehmers, Versicherten oder Begünstigten, absichtliche Handlungen des Versicherten (insbesondere die Folgen eines Selbstmordversuchs) und aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten. Ebenso ausgeschlossen sind vom Versicherten begangene Handlungen, wenn dieser sich in einem Zustand der Haftungsfähigkeit befand;
- ! aktive Teilnahme des Versicherten an erklärten oder unerklärten Kriegshandlungen, Bürgerkrieg, terroristischen Anschlägen, Revolutionen,

	Volksunruhen oder jeder Art von militärischen Handlungen; die Deckung ist ferner auch dann ausgeschlossen, wenn der Versicherte nicht aktiv an erklärten oder unerklärten Kriegshandlungen oder Bürgerkrieg teilgenommen hat, wenn das Ableben erst 14 Tage nach Beginn der Feindseligkeiten eintritt und der Versicherte sich bereits im Gebiet der Ereignisse befand; das Vorliegen einer Kriegs- oder ähnlichen Situation in einem Land zum Zeitpunkt der Ankunft des Versicherten führt ebenfalls zum Ausschluss der Versicherungsdeckung; ! Ereignisse, die verursacht werden durch Kernwaffen, Umwandlung des Atomkerns und Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen verursacht wird, oder durch die Exposition gegenüber ionisierender Strahlung; ! das Führen von motorisierten Land- oder Wasserfahrzeugen, für welche der Versicherte gemäß geltenden Bestimmungen keine Fahrerlaubnis hat; die Deckung greift hingegen, wenn die Fahrerlaubnis vorliegt, aber seit höchstens 6 Monaten abgelaufen ist; Die Deckung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherten innerhalb der 6 Monate direkt nach Abschluss des Versicherungsvertrags eintritt.

Wo gilt der Versicherungsschutz?

✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- ***Bei Vertragsbeginn:***
  - Der Versicherungsnehmer und der Versicherte sind verpflichtet, wahrheitsgemäße und genaue Erklärungen abzugeben und dabei nichts zu verschweigen:
  - der Versicherungsnehmer und der Versicherte sind verpflichtet, den Versicherungsantrag vollständig in allen Teilen auszufüllen und zu unterzeichnen;
  - der Versicherte hat den Gesundheitsfragebogen auszufüllen und sich, wo verlangt, einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen oder den ärztlichen Untersuchungsbericht vorzulegen und auf Anfrage weitere Dokumentation einzureichen.
- ***Bei Einreichung einer Schadensmeldung:***
  - Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, eventuelle Schadensfälle so zeitnah wie möglich nach ihrem Auftreten zu melden und der Meldung alle von der Gesellschaft angeforderten Unterlagen beizufügen.

Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Der Versicherungsnehmer kann die Prämien per Lastschrift, SDD oder Überweisung entrichten. Der Vertrag sieht die Zahlung einer Jahresprämie vor, die nach Wahl des Versicherungsnehmers ohne zusätzliche Gebühren in halbjährliche Raten oder Monatsraten unterteilt werden kann, vorausgesetzt dass die Prämie der Kombipolice Protection € 120,00 oder mehr beträgt. Die Vereinbarung der Unterteilung der Prämie befreit jedoch den Versicherungsnehmer nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, welche mit jeglicher Wirkung als einzige und unteilbare Prämie gilt, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung. Bei jeder jährlichen Vertragsverlängerung wird die Anpassung der Prämie vorgenommen, indem auf jeden Versicherten die neue seiner Altersgruppe laut nachstehender Tabelle entsprechende Prämie angewandt wird, die pro 1.000,00 € Deckungssumme angerechnet wird.

Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Versicherung hat eine Laufzeit von einem Jahr und wird stillschweigend verlängert. Der Vertrag gilt in dem Augenblick als abgeschlossen, in dem die Versicherungsgesellschaft den Versicherungsantrag des Versicherungsnehmers akzeptiert. Als Datum des Inkrafttretens der Versicherung gilt 24 Uhr des in der Police angegebenen Datums, wenn die Prämie bzw. deren erste Rate entrichtet worden ist; andernfalls tritt sie um 24 Uhr des Zahlungstages in Kraft und erlischt um 24 Uhr des letzten Tags der im Vertrag selbst festgelegten Laufzeit.

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

Der Widerruf oder Rücktritt kann nach Wahl des Versicherungsnehmers per Einschreiben oder zertifizierter E-Mail ausgeübt werden. Die Ausübung des Widerrufs- oder Rücktrittsrechts befreit die Versicherungsgesellschaft von jeglicher Verpflichtung im Schadensfall ab dem Moment des Empfangs der vom Versicherten übermittelten Mitteilung. Die Versicherungsgesellschaft erstattet dem Versicherungsnehmer die ggf. abgebuchte Prämie zurück, die bezahlt aber nicht genutzt wurde. Um die automatische Verlängerung der Versicherung zu verhindern, kann der Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Jahresfälligkeit der Versicherungsgesellschaft ein Kündigungsschreiben per Einschreiben zusenden. Der Versicherungsantrag kann bis zum Datum des Inkrafttretens widerrufen werden.
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb von 60 Tagen ab Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurückzutreten.

Sind Rückkäufe oder Kürzungen vorgesehen? ☐ JA ☒ NEIN

Dieser Vertrag sieht weder einen Rückkauf noch eine Kürzung vor.

Schadensversicherung

Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

Vorvertragliche Produktinformation für Schadensversicherungen

Net Insurance S.p.A. **Produkt: PROTECTION BUSINESS**

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

Art der Versicherung

Die mehrere Deckungen enthaltende Schadensversicherung stellt gemeinsam mit der temporären Todesfallversicherung, die der Unternehmenstätigkeit gewidmete Kombipolice Protection Business dar, die umfassenden Schutz für Güter, Personen und Vermögen bietet.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs FAMILIE UND ANGEHÖRIGE entscheiden können.

Was ist versichert?

✓ **Entschädigung für Schwere Erkrankungen**
Die Versicherung gilt bei Schweren Erkrankungen, vorausgesetzt dass diese zu denen gehören, die unter der „Definition Schwerer Erkrankungen“ aufgeführt und definiert werden, und dass sie erst nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Gültigkeit beim Versicherten diagnostiziert werden.
Der entschädigungsfähige Höchstbetrag entspricht Euro 30.000.

✓ **Beistand für Personen**
Die Versicherung gilt im Falle von Unfall oder Krankheit, und die Versicherungsgesellschaft stellt den versicherten Personen ausschließlich über die Vermittlung durch die Organisationsstruktur einen Beistandsservice zur Verfügung.

✓ **Reisebeistand Travel**
Die Versicherung gilt im Falle von Unfall oder Krankheit, und die Versicherungsgesellschaft stellt den versicherten Personen ausschließlich über die Vermittlung durch die Organisationsstruktur einen Beistandsservice zur Verfügung, falls diese sich infolge eines Schadensfalls in Schwierigkeiten befinden, der im Verlauf einer Geschäftsreise, die zur Wahrnehmung von Aufgaben in Verbindung mit der Aktivität des Versicherten getätigt wurde, eingetreten ist.

✓ **Reisebeistand Travel Gold**
Die Versicherungsgesellschaft stellt den versicherten Personen ausschließlich über die Vermittlung durch die Organisationsstruktur eine Reihe von Leistungen für Ereignisse bereit, die im Verlauf einer Geschäftsreise, die zur Wahrnehmung von Aufgaben in Verbindung mit der Aktivität des Versicherten getätigt wird, eintreten können.

Was ist nicht versichert?

Für die Deckung Entschädigung für Schwere Erkrankungen:

× Versicherte, deren Alter zum Zeitpunkt des Beitritts nicht zwischen 18 und 64 Jahren liegt.

× Versicherte, die beim Vertragsabschluss die Fragen im Gesundheitsfragebogen nicht beantwortet oder eine davon bejaht haben oder die unter die Definition von „Nicht versicherbare Personen“ fallen.

Ferner: Bei Fälligkeit der Versicherung darf das Alter des Versicherten nicht über 65 Jahren liegen. Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 65. Lebensjahrs von der Versicherung zurücktreten.

Für die Deckung Beistand für Personen:

Die Leistungen können pro Typ höchstens dreimal im Laufe eines Versicherungsjahrs erbracht werden. Innerhalb der Grenzen der vorgesehenen Höchstbeträge werden die aufgeführten Leistungen unter Ausschluss der Kosten, die der Versicherte ohnehin hätte tragen müssen, erbracht.

Für die Deckungen Reisebeistand Travel und Reisebeistand Travel Gold sind Schadensfälle in Verbindung mit Krankheiten oder Unfällen, die bereits bei der Abreise vorhanden waren, ausgeschlossen. Ferner ist die Haftung im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit des Versicherten ausgeschlossen. Ebenso ausgeschlossen sind Ereignisse, die im Zusammenhang mit Revolutionen, Unruhen oder Volksaufständen, Plünderungen und Vandalismus stehen, und es erfolgen keine Leistungen in Ländern, die sich in Kriegs- oder Aufruhrzustand befinden. **Ferner sind für die Travel-Deckungen spezifische Ausschlüsse für die folgenden Einzelleistungen vorgesehen: Krankenrücktransport** und **Verlegung in geeignetes Fachkrankenhaus:** Beschwerden oder Verletzungen, die vor Ort behandelt werden können bzw. der Fortsetzung der Reise nicht

entgegenstehen, Infektionskrankheiten, falls der Transport gegen diesbezügliche Gesundheitsvorschriften verstoßen würde, Kosten für Beerdigung, Suche oder Bergung des Leichnams, die keine reinen Transportkosten sind. Ebenso ausgeschlossen sind Fälle der Selbstentlassung aus dem Krankenhaus gegen ärztlichen Rat, mangelnde Meldung von Krankenhausaufenthalt oder Behandlung in Notaufnahme bei der Organisationsstruktur, Verletzungen, die in der Umgebung des Wohnorts behandelt werden können, Reha-Behandlungen sowie Kosten aufgrund von angeborenen körperlichen Defekten/Fehlbildungen, für ästhetische Zwecke, Pflegeleistungen, Physiotherapie, Thermal- und Abmagerungskuren sowie Zahnbehandlungen (außer wenn unfallbedingt). Bezüglich der **Rückreise mit versichertem Reisebegleiter** sind die Ausgaben für den Aufenthalt des mitreisenden Begleiters ausgeschlossen. Für die **Anreise eines Angehörigen** sind andere Hotelkosten als Übernachtung und Frühstück ausgeschlossen. **Ferner sind für die Deckung Travel Gold spezifische Ausschlüsse für die folgenden Einzelleistungen vorgesehen:** Pannenhilfe für das Fahrzeug zur Erreichung des Ausgangsorts der Reise in Italien, Vorzeitige Heimkehr, Vorschuss von Kosten für Noteinkäufe, Nachsenden von Ersatzgepäck. **Ferner sind für die Deckung Travel Gold spezifische Ausschlüsse für die folgenden Einzelleistungen vorgesehen:** bei der **Pannenhilfe für das Fahrzeug zur Erreichung des Ausgangsorts der Reise in Italien** sind die Kosten für Ersatzteile und andere Reparaturen, die Ausgaben für außergewöhnliche Bergungsgeräte und die Abschleppkosten, falls das Fahrzeug bei Fahrten außerhalb des öffentlichen Straßennetzes oder gleichgestellter Flächen (z.B. bei Geländefahrten) einen Unfall oder eine Panne erfahren hat, ausgeschlossen. Für die **Vorzeitige Heimkehr** sind Fälle ausgeschlossen, in denen der Versicherte keine angemessenen Informationen zu den Gründen der Anfrage angibt. Für den **Vorschuss von Kosten für Noteinkäufe** sind Geldüberweisungen ins Ausland ausgeschlossen, wenn diese eine Verletzung von einschlägigen Bestimmungen in Italien oder im Aufenthaltsland mit sich bringen würden, sowie Fälle, in denen der Versicherte nicht in der Lage ist, angemessene Erstattungsgarantien in Italien zu bieten. Schließlich gilt für das **Nachsenden von Ersatzgepäck** die Leistung nicht, wenn das Rückreisedatum des Versicherten vor Ablauf der für die Nachsendung erforderlichen Tage liegt.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Es sind keine Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen.

Sollte ein Ereignis mehrere Personen betreffen, die mit dieser Police oder mit anderen, bei diesem Versicherer abgeschlossenen Policen

versichert sind, kann der Gesamtbetrag - Katastrophengrenze - zu Lasten des Versicherers insgesamt für die **Deckungen Reisebeistand Travel** und **Reisebeistand Travel Gold** die Obergrenze von € 5.000.000,00 pro Ereignis nicht überschreiten. Sollten die den Deckungen entsprechenden Kosten die oben genannten Beträge überschreiten, werden die jedem am Schadensfall beteiligten Versicherten zustehenden Entschädigungen proportional reduziert und den jeweils vorgesehenen Höchstbeträgen zugeteilt, sodass am Ende die Summe sämtlicher Entschädigungen/Erstattungen/übernommenen Kosten die genannte Katastrophengrenze nicht überschreitet.

Wo gilt der Versicherungsschutz?

- ✓ Die Deckung **Entschädigung für Schwere Erkrankungen** gilt weltweit.
- ✓ Für die Deckung **Beistand für die Person** gelten die Transportleistungen ausschließlich in Italien. Die telefonische ärztliche Beratung kann jedoch von jedem beliebigen Aufenthaltsort des Versicherten aus aktiviert werden.
- ✓ Für die Deckungen **Reisebeistand Travel** und **Reisebeistand Travel Gold** gilt die Versicherung für alle Länder der Welt unter Ausschluss folgender geografischer Gebiete: Afghanistan, Antarktis, Kokosinseln, Südgeorgien, Heard und McDonaldinseln, Bouvetinsel, Weihnachtsinsel, Pitcairninseln, Chagos-Archipel, Falklandinseln, Marshallinseln, Kleinere Amerikanische Überseeinseln, Salomonen, Wallis und Futuna, Kiribati, Mikronesien, Nauru, Niue, Palau, Westsahara, Samoa, St. Helena, Somalia, Französische Süd- und Antarktisgebiete, Westtimor, Osttimor, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie sind verpflichtet, wahrheitsgemäße, vollständige und zutreffende Erklärungen zum versicherten Risiko abzugeben.
- Sie sind verpflichtet, Änderungen, die zu einer Erschwerung des versicherten Risikos führen, zu melden. Ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das vollständige Erlöschen der Versicherung nach sich ziehen.
- Im Schadensfall haben Sie die Versicherungsgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen, die erforderlichen Unterlagen einzureichen und die Spuren und Indizien des Schadensfalls bis zur Inspektion durch den beauftragten Gutachter aufzubewahren.

Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Der Vertrag sieht die Zahlung einer Prämie als Entgelt für die einjährige Dauer der Versicherung vor, deren Betrag in der Police angegeben ist. Sie können die Entrichtung der Prämie an die Versicherungsgesellschaft anhand der laut Regularien zulässigen und in der Police angegebenen Zahlungsmethode leisten. Die Jahresprämie kann, wenn ihr Betrag sich auf mindestens 120 Euro oder mehr beläuft, nach Ihrer Wahl ohne zusätzliche Kosten in halbjährliche oder monatliche Raten unterteilt werden. Die etwaige Unterteilung der Prämie befreit Sie nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung.

Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Versicherung hat einjährige Dauer und in Ermangelung einer Kündigung wird der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr verlängert. Im Falle der Kündigung läuft die Police um 24:00 Uhr des letzten Tags der im Vertrag festgelegten Laufzeit ab. Der Versicherungsvertrag wird durch Ihre Zahlung der Prämie rechtskräftig abgeschlossen. Die Versicherung tritt um 24:00 Uhr des in der Police angegebenen Datums in Kraft, wenn Sie die Prämie bzw. deren erste Rate entrichtet haben; andernfalls um 24:00 Uhr des Zahlungstages. Der anhand von Fernkommunikationsmitteln abgeschlossene Vertrag tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, an dem die Versicherungsgesellschaft Ihre Willensbekundung zum Vertragsabschluss entgegengenommen hat. Ab diesem

Moment garantiert die Versicherungsgesellschaft die vertragsgegenständlichen Leistungen, vorausgesetzt dass Sie die Prämie bezahlt haben.

Wie kann die Kündigung erfolgen?

Sie können die Police kündigen, indem Sie der Versicherungsgesellschaft ein Kündigungsschreiben per Einschreiben oder E-Mail/zertifizierter E-Mail mindestens 30 Tage vor Jahresfälligkeit zusenden. Sie können von einem per Fernkommunikationsmitteln abgeschlossenen Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach erster Abbuchung der Prämie zurücktreten. Sie können Ihre diesbezügliche Absicht der Versicherungsgesellschaft mittels Einschreiben oder E-Mail/zertifizierter E-Mail mitteilen.

Schadensversicherung
Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ausg. 06/2025 – Stand 02-2026

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 die Versicherungsprodukte der Lebenssparte (Produktinfo Leben), die keine Investmentversicherungen sind, sowie für die Versicherungsprodukte der Schadenssparte (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.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs FAMILIE UND ANGEHÖRIGE entscheiden können.

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 Life 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?

Für alle Deckungen steht der Umfang der von der Gesellschaft erbrachten Leistungen im Verhältnis zu den mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Höchstbeträgen und Versicherungssummen. Die Kunden können ein ihrem persönlichen Schutzbedarf entsprechendes Versicherungspaket zusammenstellen, indem die von der Police vorgesehenen Deckungen kombiniert werden und eine Entschädigung für die von den angegebenen Versicherten erlittenen Schäden gewährt wird.
Einzelheiten zu den verschiedenen Deckungen:
Temporäre Todesfallversicherung: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 24, S. 24/147 verwiesen.
Entschädigung für Schwere Erkrankungen: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 39, S. 27/147 verwiesen.
Beistand für Personen: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 90, S. 66/147 verwiesen.
Deckung Reisebeistand Travel: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 93, S. 70/147 verwiesen.
Deckung Reisebeistand Travel Gold: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 96, S. 74/147 verwiesen.

Was ist NICHT versichert?

Ausgeschlossene Risiken	**Zusätzlich zu den Angaben in den Produktinfos Leben und Schaden** gelten folgende allgemeine Ausschlüsse für die Deckungen **Temporäre Todesfallversicherung und Entschädigung für Schwere Erkrankungen:** **Krieg, Aufstände, Volksunruhen und Terroristische Anschläge:** Krieg und Aufstände, terrorostische Anschläge mit Einsatz von nuklearen, biologischen oder chemischen Waffen sowie aktive Teilnahme an Volksunruhen, Rebellionen, Revolutionen, Aufständen, Staatsstreichen. Für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung sind Ereignisse ausgeschlossen, die in Verbindung mit Aufenthalten in Ländern stehen, von denen aufgrund der dortigen Instabilität vom Außenministerium abgeraten wird. **Vorbestehende Zustände, vor Vertragsabschluss bekannte Krankheiten und Erkrankungen: Bei der Deckung Entschädigung für Schwere Erkrankungen** führen bestimmte Bedingungen (Alkoholsucht, Drogenabhängigkeit, HIV/AIDS, BMI außerhalb des zulässigen Bereichs, bevorstehender Krankenhausaufenthalt/chirurgischer Eingriff, frühere Diagnose/Behandlung für eine Liste schwerer Erkrankungen, hoher Invaliditätsgrad, kürzlich erhaltene, von der Norm abweichende Diagnosebefunde, Verwandte ersten Grades mit bestimmten in jungem Alter auftretenden, schweren Erkrankungen) dazu, dass die Person nicht versicherbar ist; insbesondere von der Deckung **Beistand für Personen** sind Ereignisse ausgeschlossen, die von Unfällen, Krankheiten, Fehlbildungen, körperlichen Defekten und Erkrankungszuständen, die vor Vertragsabschluss diagnostiziert worden sind, herrühren oder abhängen. **Missbrauch von Alkohol, Betäubungsmitteln und damit verbundene Zustände:** insbesondere für die **Deckung Entschädigung für Schwere Erkrankungen** sind Alkoholiker und Drogensüchtige nicht versicherbar. **Gefährliche Tätigkeiten (Sport und Beruf):** Ausgeschlossen sind die Ausübung der spezifisch aufgeführten gefährlichen und Extremsportarten sowie die Ausübung bestimmter gefährlicher Berufstätigkeiten. **Entschädigung für Schwere Erkrankungen:** **Psychiatrische Erkrankungen und Psychische Störungen:** psychische Erkrankungen und Störungen allgemein (einschließlich hirnorganischen Psychosyndroms, schizophrener und paranoider Störungen, manisch-depressiver Formen und deren Folgen) sind Bedingungen, die dazu führen, dass eine Person nicht versicherbar ist. **Für die Deckung Beistand für Personen gelten folgende spezifische Ausschlüsse:** vor Vertragsabschluss eingetretene Ereignisse oder bestehende Bedingungen (Unfälle, Krankheiten, Fehlbildungen, körperliche Defekte oder bereits diagnostizierte Erkrankungszustände). Aktive Teilnahme an Vorsatzdelikten, freiwilliger Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische Indikation und Unfälle, die auf Straftaten des Versicherten zurückzuführen sind (die Deckung besteht hingegen für Unfälle, die durch Unvorsichtigkeit oder - ggf. auch grobe - Fahrlässigkeit verursacht werden). HIV-assoziierte Erkrankungszustände, psychische Erkrankungen und Störungen allgemein (einschließlich hirnorganischen Psychosyndroms, schizophrener und paranoider Störungen, manisch-depressiver Formen und deren Komplikationen). Folgen von Unfällen und Krankheiten, die auf Missbrauch von Alkohol und Halluzinogenen bzw. die nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka und Betäubungsmitteln zurückzuführen sind. Ausübung von Flugsport und Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen (sowie Testläufe/Training), es sei denn es handelt sich um Gleichmäßigkeitsprüfungen. Keine Deckung besteht für Tätigkeiten, bei denen Schusswaffen zum Einsatz kommen. Ereignisse wie Kriege, Aufstände, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Hochwasser, Umwandlung oder Energieausgleich des Atoms und künstlich erzeugte Strahlung. Aufenthalte in Thermalkurhäusern, spezialisierten Kurheimen für Nervenleiden und Tuberkuloseerkrankungen, in Wohn- und Genesungsheimen oder Altersheimen. **Für die Deckungen Reisebeistand Travel und Reisebeistand Travel Gold gelten folgende spezifische Ausschlüsse:** Vorsatz des Versicherten oder grobe Fahrlässigkeit. Erkrankungen, die von einer Schwangerschaft nach der 26. Schwangerschaftswoche und vom Wochenbett abhängig sind. Chronische Erkrankungen. Organspende und/oder -transplantation sowie jede Reise, die zum Zwecke von medizinisch-chirurgischen Untersuchungen und/oder Behandlungen unternommen wird. Profisport (einschließlich Wettkämpfe, Probeläufe und Trainingseinheiten) sowie als extrem oder gefährlich geltende Sportarten, wie das Führen und Verwenden von Hängegleitern, Fallschirmspringen, Bergsteigen mit Klettern am Fels oder Gletscherbegehungen, Rugby, American Football, Speläologie, waghalsige Handlungen. Für Bobsport, Kitesurfen und Gerätetauchen gilt der Ausschluss nicht, wenn die Sportart gelegentlich und als reiner Freizeitsport ausgeübt wird. Teilnahme an Wettkämpfen/Rennen, bei denen es zu extremem und waghalsigem Verhalten kommt, einschließlich Laufsportwettkämpfen. Sämtliche berufliche Tätigkeiten, bei denen Minen, Waffen und/oder Gefahrstoffe verwendet, Bergwerke, Gruben und/oder Ausgrabungsstätten betreten werden bzw. die Abbau- und Fördertätigkeit an Land und im Meer umfassen. Spezifisch für die Leistung „Verlegung in geeignetes Fachkrankenhaus“ sind Beeinträchtigungen oder Verletzungen ausgeschlossen, die nach Urteil der Ärzte der Organisationsstruktur vor Ort behandelt werden können.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Abgesehen von den Angaben in den Produktinfos Leben und Schaden sind nachstehend nähere Informationen zu Selbstbehalten, Selbstbeteiligungen und Entschädigungsgrenzen aufgeführt.

Deckung	Selbstbehalt	Selbstbeteiligung	Wartezeit	Entschädigungsgrenze

TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG	---	---	6 Monate ab Abschluss des Versicherungsvertrags	Entschädigung bis € 300.000,00; falls der Versicherte bei Beginn der Versicherungsdeckung älter als 60 Jahre ist, darf die Versicherte Leistung € 200.000 nicht übersteigen.
ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN	---	---	Keinerlei Entschädigung wird bezahlt, wenn während der ersten 90 (neunzig) Tage ab Datum des Inkrafttretens der Versicherung: - der Versicherte Anzeichen und/oder Symptome aufweist oder sich Untersuchungen unterzieht, deren Ergebnisse zur Diagnose einer der versicherten Schweren Erkrankungen gehören, unabhängig vom Datum der Diagnose, oder - dem Versicherten eine der gemäß Versicherung abgedeckten Schweren Erkrankungen diagnostiziert wird.	€ 10.000,00 € 20.000,00 € 30.000,00 Entsprechend der in der Police angegebenen Deckungssumme wird die Entschädigung dem Versicherten nur einmal während der gesamten Versicherungslaufzeit ausgezahlt und nur dann, wenn zum ersten Mal eine Schwere Erkrankung diagnostiziert wird, die gemäß Versicherung entschädigungsfähig ist, und vorausgesetzt dass der Versicherte 30 Tage nach diesem Ereignis noch am Leben ist. Die Versicherung sieht keinerlei Auszahlung von Leistungen vor, wenn das Ableben des Versicherten innerhalb der 30 (dreißig), direkt auf die Diagnose folgenden Tage (Überlebensdauer) eintritt.
BEISTAND FÜR PERSONEN	---	---	---	Die Leistungen werden **pro Typ höchstens dreimal** im Laufe eines Versicherungsjahrs erbracht. Ausgaben, die der Versicherte ohnehin hätte tragen müssen, sind nicht gedeckt und sind von ihm selbst zu übernehmen. Grenzen für einige spezifische Leistungen: beispielsweise ist der Transport von der Notaufnahme auf **insgesamt 300 Kilometer** begrenzt (Hin- und Rückfahrt). Der Hausbesuch eines Physiotherapeuten wird für maximal **10 Behandlungseinheiten pro Schadensfall** übernommen, während die Entsendung einer Haushaltshilfe auf **10 Stunden pro Schadensfall** zur Nutzung innerhalb von maximal **5 Tagen** begrenzt ist. Die integrierte häusliche Pflege nach stationärem Krankenhausaufenthalt ist für maximal **7 aufeinanderfolgende, nicht teilbare Tage** nach dem Krankenhausaufenthalt vorgesehen. Für die Leistung häusliche Pflege hat sich der Versicherte mindestens **48 Stunden vor** Aktivierung der Dienste an die Organisationsstruktur zu wenden.
REISEBEISTAND TRAVEL	---	---	---	Differenzierte Entschädigungsgrenzen für einzelne Leistungen.
REISEBEISTAND TRAVEL GOLD	---	---		

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkt ist dem Bankkunden gewidmet, der einen Schutz vor Risiken in den Bereichen Person und Vermögen wünscht.

Welche Kosten entstehen dabei?

VERMITTLUNGSKOSTEN

Der Vermittler bezieht eine Provision in Höhe von 33% der bezahlten steuerpflichtigen Prämie für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung.

Der Vermittler bezieht eine Provision in Höhe von 30% der bezahlten steuerpflichtigen Prämie für alle anderen Deckungen.

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:

Versicherungsombudsmann **ODER** **anderes System zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten im Rahmen des FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network)**	Durch Antrag: - beim Versicherungsombudsmann über das auf dessen Website bereitstehende Portal (www.arbitroassicurativo.org), auf dem die Voraussetzungen für die Zulassung, weitere Informationen zur Antragseinreichung selbst sowie weitere nützliche Angaben eingesehen werden können oder - bei einem anderen System zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten im Rahmen des FIN.NET, dem das Unternehmen beigetreten ist oder dem es gemäß Art. 2, Abs. 3 des Dekrets des Ministeriums für Unternehmen und Made in Italy Nr. 215 vom 6. November 2024 untersteht.

Schlichtung	Durch Einschaltung einer der Schlichtungsstellen, 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. • Handelt es sich bei dem Versicherungsnehmer um eine Personen- oder Kapitalgesellschaft, sind die an die Gesellschaft gezahlten Prämien, welche die Risiken Todesfall und Bleibende Vollinvalidität zum Gegenstand haben, gemäß einschlägiger Steuergesetzgebung (Art. 109, Abs. 5, Einkommensteuergesetz TUIR) von der Steuer absetzbar, wenn sie über einen Kausalzusammenhang mit den Einkommensteuer erzeugenden Tätigkeiten verbunden sind. Es empfiehlt sich, zur korrekten Einstufung der Kosten einen Steuerberater zu Rate zu ziehen.

Worin besteht das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen?

Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen	Wenn bei dem Beitretenden/Versicherten in der Vergangenheit eine Krebserkrankung aufgetreten ist, deren aktive Behandlung entsprechend den Bestimmungen von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 sowie der diesbezüglichen Umsetzungsdekrete ohne Rezidive seit über zehn Jahren abgeschlossen ist, so ist er weder verpflichtet, Angaben zu dieser Vorerkrankung zu tätigen, noch sich jedweder Art von diesbezüglicher Kontrolle (bspw. ärztlicher Untersuchung) zu unterziehen. Dieser Zeitraum wird von zehn auf fünf Jahre reduziert, wenn die Erkrankung vor dem 21. Geburtstag aufgetreten war. Für die von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 und dessen Umsetzungsdekreten eigens aufgeführten Krebserkrankungen gelten kürzere Zeiträume, die jeweils in der Tabelle angegeben sind, welche auf der Website des Unternehmens unter folgendem Link eingesehen werden kann https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
Attest über das Vorliegen der Voraussetzungen für das Vergessenwerden von Krebserkrankungen	Der Beitretende/Versicherte, der vor dem Abschluss oder der Verlängerung des Versicherungsvertrags Informationen zu seinem Gesundheitszustand mitgeteilt hat, die sich auf frühere Krebserkrankungen beziehen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive beendet ist, sendet das ausgestellte Attest entsprechend den Bestimmungen von Gesetz Nr. 193 aus dem Jahr 2023 sowie von dessen Umsetzungsdekreten umgehend an das Versicherungsunternehmen oder den Vermittler.
Auswirkungen des Rechts auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen für die Unternehmen	Ist der für das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen vorgesehene Zeitraum verstrichen, können ggf. bereits erfasste Daten nicht für eine Änderung der Vertragsbedingungen, für die Beurteilung des Versicherungsrisikos oder der Zahlungsfähigkeit des Beitretenden/Versicherten verwendet werden. Die Unternehmen sind verpflichtet, Daten mit Bezug auf frühere onkologische Erkrankungen binnen 30 Tagen ab Erhalt des Attests endgültig zu löschen, ohne dass dabei Kosten für den Beitretenden/Versicherten entstehen dürfen. Vereinbarte Vertragsklauseln, die den Bestimmungen von Art. 2, Abs. 1 bis 5 von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 widersprechen, sind nichtig, während Wirksamkeit und Gültigkeit des Vertrags bestehen bleiben. Die Nichtigkeit kommt ausschließlich zugunsten des Versicherungsnehmers oder Versicherten zu tragen und kann von Amts wegen jederzeit und in jeder Phase des Verfahrens festgestellt werden.

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.

Schadensversicherung

Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

Vorvertragliche Produktinformation für Schadensversicherungen

Net Insurance S.p.A. **Produkt: PROTECTION BUSINESS**

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

Art der Versicherung

Die mehrere Deckungen enthaltende Schadensversicherung stellt gemeinsam mit der temporären Todesfallversicherung, die der Unternehmenstätigkeit gewidmete Kombipolice Protection Business dar, die umfassenden Schutz für Güter, Personen und Vermögen bietet.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs VORSORGE UND GESUNDHEIT - Vorsorge entscheiden können.

Was ist versichert?

✓ **Unfälle**

Deckungssumme bei Todesfall oder Bleibender Invalidität, Erstattung von Behandlungskosten, Tagegeld bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit und Krankenhaustagegeld.

Die maximale Deckungssumme beträgt Euro 500.000.

Im Falle eines Flugunglücks, das mehrere bei der Versicherungsgesellschaft versicherte Personen betrifft, darf die zusammengefasste Entschädigungsgrenze den Betrag von Euro 5.000.000,00 für alle auf dasselbe Ereignis zurückzuführende Entschädigungen nicht übersteigen.

Was ist nicht versichert?

× Für den Abschnitt Unfälle darf das Alter des Versicherten für die Deckung Krankenhaustagegeld nicht über 70 Jahren und für die anderen Deckungen nicht über 75 Jahren liegen.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Die Vorgehensweise bei der Entschädigung für Unfallbedingte Bleibende Invalidität hängt von der Höhe der Deckungssumme ab:

- Bei Deckungssumme **bis € 250.000,00** wird der Prozentsatz der ausgezahlten BI anhand einer speziellen Skala festgelegt, die eine reduzierte Auszahlung für nachgewiesene BI mit Prozentsatz von 1% bis 9% und eine der nachgewiesenen BI entsprechende Auszahlung bei Prozentsatz von 10% bis 65% sowie die Auszahlung von 100% für BI von 66% bis 100% vorsieht.
- Für den Teil der Deckungssumme, der **€ 250.000,00 übersteigt, erfolgt keine Entschädigung**, wenn der Grad der nachgewiesenen Bleibenden Invalidität kleiner oder gleich **9%** ist. Wird hingegen eine BI von mehr als 9% nachgewiesen, wird für diesen Teil der Deckungssumme die Entschädigung unter Berechnung eines **Selbstbehalts von 9%** ausgezahlt.

Wo gilt der Versicherungsschutz?

✓ Der Unfallschutz gilt weltweit.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie sind verpflichtet, wahrheitsgemäße, vollständige und zutreffende Erklärungen zum versicherten Risiko abzugeben.
- Sie sind verpflichtet, Änderungen, die zu einer Erschwerung des versicherten Risikos führen, zu melden. Ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das vollständige Erlöschen der Versicherung nach sich ziehen.
- Im Schadensfall haben Sie die Versicherungsgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen, die erforderlichen Unterlagen einzureichen und die Spuren und Indizien des Schadensfalls bis zur Inspektion durch den beauftragten Gutachter aufzubewahren.

Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Der Vertrag sieht die Zahlung einer Prämie als Entgelt für die einjährige Dauer der Versicherung vor, deren Betrag in der Police angegeben ist. Sie können die Entrichtung der Prämie an die Versicherungsgesellschaft anhand der laut Regularien zulässigen und in der Police angegebenen Zahlungsmethode leisten. Die Jahresprämie kann, wenn ihr Betrag sich auf mindestens 120 Euro oder mehr beläuft, nach Ihrer Wahl ohne zusätzliche Kosten in halbjährliche oder monatliche Raten unterteilt werden. Die etwaige Unterteilung der Prämie befreit Sie nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung.

Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Versicherung hat einjährige Dauer und in Ermangelung einer Kündigung wird der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr verlängert. Im Falle der Kündigung läuft die Police um 24:00 Uhr des letzten Tags der im Vertrag festgelegten Laufzeit ab. Der Versicherungsvertrag wird durch Ihre Zahlung der Prämie rechtskräftig abgeschlossen. Die Versicherung tritt um 24:00 Uhr des in der Police angegebenen Datums in Kraft, wenn Sie die Prämie bzw. deren erste Rate entrichtet haben; andernfalls um 24:00 Uhr des Zahlungstages. Der anhand von Fernkommunikationsmitteln abgeschlossene Vertrag tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, an dem die Versicherungsgesellschaft Ihre Willensbekundung zum Vertragsabschluss entgegengenommen hat. Ab diesem Moment garantiert die Versicherungsgesellschaft die vertragsgegenständlichen Leistungen, vorausgesetzt dass Sie die Prämie bezahlt haben.

Wie kann die Kündigung erfolgen?

Sie können die Police kündigen, indem Sie der Versicherungsgesellschaft ein Kündigungsschreiben per Einschreiben oder E-Mail/zertifizierter E-Mail mindestens 30 Tage vor Jahresfälligkeit zusenden. Sie können von einem per Fernkommunikationsmitteln abgeschlossenen Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach erster Abbuchung der Prämie zurücktreten. Sie können Ihre diesbezügliche Absicht der Versicherungsgesellschaft mittels Einschreiben oder E-Mail/zertifizierter E-Mail mitteilen.

Schadensversicherung
Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ausg. 06/2025 – Stand 02-2026

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 für 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.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs VORSORGE UND GESUNDHEIT - Vorsorge entscheiden können.

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 Life 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?

Für alle Deckungen steht der Umfang der von der Gesellschaft erbrachten Leistungen im Verhältnis zu den mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Höchstbeträgen und Versicherungssummen. Die Kunden können ein ihrem persönlichen Schutzbedarf entsprechendes Versicherungspaket zusammenstellen, indem die von der Police vorgesehenen Deckungen kombiniert werden und eine Entschädigung für die von den angegebenen Versicherten erlittenen Schäden gewährt wird.
Einzelheiten zu den verschiedenen Deckungen:
UNFALLABTEILUNG:
Unfalltod: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 35/147 verwiesen.
Unfallbedingte Bleibende Invalidität: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 35/147 verwiesen.
Unfallbedingte Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 36/147 verwiesen.
Erstattung von Unfallbedingten Behandlungskosten: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 37/147 verwiesen.
Krankenhaustagegeld: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 37/147 verwiesen.
Gefährliche Sportarten: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 38/147 verwiesen.
Kontoschutz: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 38/147 verwiesen.

Was ist NICHT versichert?

Ausgeschlossene Risiken	**Zusätzlich zu den Angaben in den Produktinfos Leben und Schaden** gelten die folgenden spezifischen Ausschlüsse der Deckungen des Abschnitts **UNFÄLLE**: **Krieg, Aufstände, Volksunruhen und Terroristische Anschläge:** Krieg und Aufstände, terrorostische Anschläge mit Einsatz von nuklearen, biologischen oder chemischen Waffen sowie aktive Teilnahme an Volksunruhen, Rebellionen, Revolutionen, Aufständen, Staatsstreichen. Für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung sind Ereignisse ausgeschlossen, die in Verbindung mit Aufenthalten in Ländern stehen, von denen aufgrund der dortigen Instabilität vom Außenministerium abgeraten wird. **Umwandlung/Energieausgleich des Atoms und Nukleare Ereignisse**: natürlich auftretende oder künstlich erzeugte und durch die Beschleunigungen von Elementarteilchen verursachte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms. **Tektonische Bewegungen (Erdbeben), Hochwasser, Überschwemmungen, Vulkanausbrüche**: Ereignisse, die auf Naturkatastrophen folgen bzw. durch diese ausgelöst werden. **Vorbestehende Zustände, vor Vertragsabschluss bekannte Krankheiten und Erkrankungen:** ausgeschlossen sind Ereignisse, die durch Unfälle, Krankheiten, Fehlbildungen, körperliche Defekte und Erkrankungszustände, die vor Vertragsabschluss bzw. vor dem Datum des Inkrafttretens der Police diagnostiziert worden sind oder bekannt waren (weil bereits diagnostiziert oder behandelt); eine HIV-Infektion ist Grund für Nichtversicherbarkeit. **Missbrauch von Alkohol, Betäubungsmitteln und damit verbundene Zustände:** Alkoholiker und Drogensüchtige sind nicht versicherbar. **Absichtliche Handlungen des Versicherten, Vorsatz und Beteiligung an Straftaten:** Der Vorsatz des Versicherungsnehmers, Versicherten oder Begünstigten, absichtliche Handlungen des Versicherten (insbesondere die Folgen eines Selbstmordversuchs) und die aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten führen zum Ausschluss. Ebenso zum Ausschluss führen vom Versicherten begangene Handlungen, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befand. **Unfälle, die auf das Betreiben von Profisport** sowie auf Profiwettkämpfe und dazugehörende Probeläufe und Trainingseinheiten oder auf die Ausübung folgender Sportarten zurückzuführen sind: Ski- oder Wasserskispringen, Freestyle-Skiing, Bobsport, Rugby, Gerätetauchen, American Football, Boxen oder andere Sportarten, bei denen der Einsatz eines Mundschutzes vorgeschrieben ist, Schwerathletik, Ringen in allen Formen, Bergsteigen mit Klettern im Fels und Gletscher mit mehr als Grad 3 der französischen Schwierigkeitsskala, Speläologie, Luftsportarten (einschließlich des Fliegens mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und ähnlichen), Sportarten mit Einsatz von Motorfahrzeugen und -booten, Mountainbike und „Downhill“. **Unfälle bei der Handhabung von pyrotechnischem Material oder Sprengstoffen.** **Als „nicht versicherbare Personen“ gelten** all diejenigen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses: einen Körpermasseindex (BMI) aufweisen, der nicht zwischen 18.00-34.99 liegt (dieser Index gilt für Personen ab 18 Jahren); auf eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation warten; bereits eine Operation gehabt oder eine Diagnose erhalten haben oder auf Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen warten: Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome (dieser Ausschluss gilt gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7.12.2003 nicht für 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); Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris; Hirngefäßerkrankungen wie: Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz; chronische virale Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa; Nephropathie, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern, Diabetes (Typ 1 und 2); Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematodes, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis; Hypercholesterinämie (über 250 mg/dl trotz Behandlung), arterielle Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierte Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion; denen eine Invalidität von 25% oder mehr zuerkannt wurde oder die diese beantragt haben; die sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen haben, wie z.B.: Magnetresonanz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben. **Traf auf den Versicherten bereits vor Abschluss der Police eine dieser Bedingungen zu, verliert diese ihre Wirkung und jegliche Gültigkeit für diesen Versicherten.** Ebenso ausgeschlossen sind Leistungen, die nicht ausdrücklich unter den einzelnen Deckungen aufgeführt sind.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Abgesehen von den Angaben in den Produktinfos Leben und Schaden sind nachstehend nähere Informationen zu Selbstbehalten, Selbstbeteiligungen und Entschädigungsgrenzen aufgeführt.
Für die **Deckung Unfalltod** ist eine Obergrenze für die Deckungssumme von **€ 500.000,00** vorgesehen. Die Entschädigung wird von der Versicherungsgesellschaft geschuldet, wenn der Tod binnen **2 Jahren** ab Unfalldatum eintritt, auch wenn dies nach Ablauf des Vertrags erfolgt. Im mutmaßlichen Todesfall wird die Entschädigung frühestens **sechs Monate** nach der Todeserklärung ausgezahlt. Es sind keine Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen oder Wartezeiten angegeben.
Bei der **Deckung Unfallbedingte Bleibende Invalidität (BI)** ist die maximale Deckungssumme auf **€ 500.000,00** festgelegt. Die Entschädigung wird von der Versicherungsgesellschaft geschuldet, wenn das Ereignis, das zur BI führt, binnen **2 Jahren** ab Unfalldatum eintritt.
Die Vorgehensweise bei der Entschädigung für BI hängt von der Höhe der Deckungssumme ab:

- Bei Deckungssumme **bis € 250.000,00** wird der Prozentsatz der ausgezahlten BI anhand einer speziellen Skala festgelegt, die eine reduzierte Auszahlung für nachgewiesene BI mit Prozentsatz von 1% bis 9% und eine der nachgewiesenen BI entsprechende Auszahlung bei Prozentsatz von 10% bis 65% sowie die Auszahlung von 100% für BI von 66% bis 100% vorsieht.
- Für den Teil der Deckungssumme, der **€ 250.000,00 übersteigt, erfolgt keine Entschädigung**, wenn der Grad der nachgewiesenen Bleibenden Invalidität kleiner oder gleich **9%** ist. Wird hingegen eine BI von mehr als 9% nachgewiesen, wird für diesen Teil der Deckungssumme die Entschädigung unter Berechnung eines **Selbstbehalts von 9%** ausgezahlt.

Für die **Deckung Unfallbedingte Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit** werden die entschädigungsfähigen Tage unter Abzug eines **Selbstbehalts von 7 Tagen** berechnet. Die Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird für einen **Zeitraum von maximal 260 Tagen pro Unfall** gewährt. Falls der Versicherte die ärztlichen Atteste nicht erneuert, erfolgt die Abwicklung auf Grundlage des Genesungsdatums, das im letzten vorschriftsgemäß eingesandten Attest prognostiziert wurde, es sei denn die Versicherungsgesellschaft nimmt eine andere Einschätzung vor. Mit Einschränkung allein auf traumatische oder durch Belastung verursachte Hernien, welche zu einer stationären Aufnahme oder einer Operation führen, zahlt die Versicherungsgesellschaft das Tagegeld **für einen Zeitraum von maximal 20 Tagen pro Schadensfall.**
Für die **Deckung Erstattung von Unfallbedingten Behandlungskosten** wird ein Selbstbehalt von 10% mit Mindestbetrag € 50,00 zu Lasten des Versicherten angewendet. Die Leistungen werden für die **120 Tage nach** dem Unfalldatum zuerkannt. Es ist eine Erweiterung für Entstellungsschäden mit einem Höchstbetrag von **€ 5.000** vorgesehen.
Für die **Deckung Krankenhaustagegeld** gilt ein **Selbstbehalt von 2 Tagen**. Der Selbstbehalt **wird nicht angewendet** bei mehr als **7-tägigem** Krankenhausaufenthalt infolge von Unfall und/oder Operation oder im Falle einer Organspende. Das Tagegeld wird **maximal für 365 Tage pro Schadensfall und Versicherungsjahr** ausgezahlt. Die Versicherung gilt auch bei Krankenhausaufenthalt für Organspende und im Falle der Behandlung in Tagesklinik und Tageschirurgie, vorausgesetzt dass der Krankenhausaufenthalt am Tag ohne Übernachtung mindestens 5 Stunden dauert, in einem zugelassenen Gesundheitsbetrieb mit Ausstellung einer Krankenakte erfolgt und eine Dauer von über **2 - ggf. nicht aufeinanderfolgenden - Tagen** für dieselbe Krankheit bzw. denselben Unfall aufweist; in diesem Fall wird das Tagegeld zu **50%** bezahlt. Bei Anlegen eines Gipsverbands oder einer abnehmbaren Orthese wird - auch ohne stationäre Aufnahme - das für einen Krankenhausaufenthalt vorgesehene Tagegeld bis zum Entfernen der Orthese, **maximal jedoch für 60 Tage** entrichtet. Im Falle der häuslichen Genesung im Anschluss an einen entschädigungsfähigen Krankenhausaufenthalt zahlt die Versicherungsgesellschaft eine tägliche Entschädigung, die **50%** des in der Police ausgewiesenen Tagesgelds entspricht mit spezifischen Grenzen: **Krankenhausaufenthalt für chirurgischen Eingriff:** den Tagen des Krankenhausaufenthalts entsprechende Entschädigung von **mindestens 3** bis**maximal 30 Tagen**; **Krankenhausaufenthalt ohne Operation** mit mehr als 7-tägiger Dauer: Den Tagen des Krankenhausaufenthalts entsprechende Entschädigung über **höchstens 30** Tage; **Operation mit Vollnarkose oder Periduralanästhesie:** Entschädigung für **3 Tage.** Der Genesungszeitraum beginnt vom Tag nach der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung bzw. nach der Tageschirurgie. Für die **Deckung Kontoschutz** ist die Gültigkeit der Deckung an das Eintreten eines Unfalls gebunden, der den Tod oder eine bleibende Invalidität über 60% verursacht, die **binnen 2 Jahren ab Unfalldatum** eintreten, auch wenn dies erst nach Ablauf des Vertrags erfolgt. Die Deckungssummen, welche die Obergrenzen für die Entschädigung pro Schadensfall und Versicherungsjahr darstellen, sind folgende: bis **Euro 50.000,00** für den im Minusbereich liegenden Kontostand des in der Police angegebenen Girokontos, der um 24 Uhr des Tags vor dem Unfalldatum ausgewiesen wurde; bis **Euro 20.000,00** für Rechnungen, die in den 6 Monaten vor dem Unfall automatisch vom Konto abgebucht wurden (Versorgungsrechnungen, Kreditkartenzahlungen, Leasing-Raten, Beschäftigtengehälter, Finanzierungsraten und/oder Dispositionskredit); falls der Kontostand zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht im Minusbereich liegt, werden lediglich die automatisch abgebuchten Rechnungen beglichen.

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkt ist dem Bankkunden gewidmet, der einen Schutz vor Risiken in den Bereichen Person und Vermögen wünscht.

Welche Kosten entstehen dabei?

VERMITTLUNGSKOSTEN

Der Vermittler bezieht eine Provision in Höhe von 30% der bezahlten steuerpflichtigen Prämie.

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:

Versicherungsombudsmann **ODER** **anderes System zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten im Rahmen des FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network)**	Durch Antrag: - beim Versicherungsombudsmann über das auf dessen Website bereitstehende Portal (www.arbitroassicurativo.org), auf dem die Voraussetzungen für die Zulassung, weitere Informationen zur Antragseinreichung selbst sowie weitere nützliche Angaben eingesehen werden können oder - bei einem anderen System zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten im Rahmen des FIN.NET, dem das Unternehmen beigetreten ist oder dem es gemäß Art. 2, Abs. 3 des Dekrets des Ministeriums für Unternehmen und Made in Italy Nr. 215 vom 6. November 2024 untersteht.
Schlichtung	Durch Einschaltung einer der Schlichtungsstellen, 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. • Handelt es sich bei dem Versicherungsnehmer um eine Personen- oder Kapitalgesellschaft, sind die an die Gesellschaft gezahlten Prämien, welche die Risiken Todesfall und Bleibende Vollinvalidität zum Gegenstand haben, gemäß einschlägiger Steuergesetzgebung (Art. 109, Abs. 5, Einkommensteuergesetz TUIR) von der Steuer absetzbar, wenn sie über einen Kausalzusammenhang mit den Einkommensteuer erzeugenden Tätigkeiten verbunden sind. Es empfiehlt sich, zur korrekten Einstufung der Kosten einen Steuerberater zu Rate zu ziehen.

Worin besteht das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen?

Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen	Wenn bei dem Beitretenden/Versicherten in der Vergangenheit eine Krebserkrankung aufgetreten ist, deren aktive Behandlung entsprechend den Bestimmungen von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 sowie der diesbezüglichen Umsetzungsdekrete ohne Rezidive seit über zehn Jahren abgeschlossen ist, so ist er weder verpflichtet, Angaben zu dieser Vorerkrankung zu tätigen, noch sich jedweder Art von diesbezüglicher Kontrolle (bspw. ärztlicher Untersuchung) zu unterziehen. Dieser Zeitraum wird von zehn auf fünf Jahre reduziert, wenn die Erkrankung vor dem 21. Geburtstag aufgetreten war. Für die von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 und dessen Umsetzungsdekreten eigens aufgeführten Krebserkrankungen gelten kürzere Zeiträume, die jeweils in der Tabelle angegeben sind, welche auf der Website des Unternehmens unter folgendem Link eingesehen werden kann https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/

Attest über das Vorliegen der Voraussetzungen für das Vergessenwerden von Krebserkrankungen	Der Beitretende/Versicherte, der vor dem Abschluss oder der Verlängerung des Versicherungsvertrags Informationen zu seinem Gesundheitszustand mitgeteilt hat, die sich auf frühere Krebserkrankungen beziehen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive beendet ist, sendet das ausgestellte Attest entsprechend den Bestimmungen von Gesetz Nr. 193 aus dem Jahr 2023 sowie von dessen Umsetzungsdekreten umgehend an das Versicherungsunternehmen oder den Vermittler.
Auswirkungen des Rechts auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen für die Unternehmen	Ist der für das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen vorgesehene Zeitraum verstrichen, können ggf. bereits erfasste Daten nicht für eine Änderung der Vertragsbedingungen, für die Beurteilung des Versicherungsrisikos oder der Zahlungsfähigkeit des Beitretenden/Versicherten verwendet werden. Die Unternehmen sind verpflichtet, Daten mit Bezug auf frühere onkologische Erkrankungen binnen 30 Tagen ab Erhalt des Attests endgültig zu löschen, ohne dass dabei Kosten für den Beitretenden/Versicherten entstehen dürfen. Vereinbarte Vertragsklauseln, die den Bestimmungen von Art. 2, Abs. 1 bis 5 von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 widersprechen, sind nichtig, während Wirksamkeit und Gültigkeit des Vertrags bestehen bleiben. Die Nichtigkeit kommt ausschließlich zugunsten des Versicherungsnehmers oder Versicherten zu tragen und kann von Amts wegen jederzeit und in jeder Phase des Verfahrens festgestellt werden.

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.

Schadensversicherung

Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

Vorvertragliche Produktinformation für Schadensversicherungen

Net Insurance S.p.A. **Produkt: PROTECTION BUSINESS**

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

Art der Versicherung

Die mehrere Deckungen enthaltende Schadensversicherung stellt gemeinsam mit der temporären Todesfallversicherung, die der Unternehmenstätigkeit gewidmete Kombipolice Protection Business dar, die umfassenden Schutz für Güter, Personen und Vermögen bietet.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs VORSORGE UND GESUNDHEIT - Gesundheit entscheiden können.

Was ist versichert?

✓ **Krankheitsbedingte bleibende Invalidität**
Deckungssumme im Falle krankheitsbedingter bleibender Invalidität, welche eine Invalidität zur Folge hat, die die Fähigkeit des Versicherten zur Ausübung einer beliebigen Erwerbstätigkeit zu einem Grad von mindestens 65% schmälert und die nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und vor deren Ablauf eingetreten ist. Der versicherte Höchstbetrag entspricht Euro 250.000.

✓ **Gesundheit**
Auf Grundlage des gewählten Versicherungsplans: Tagesbetrag für die Deckung von Krankenhausleistungen, Pauschalentschädigung für Surgical Cash, Erstattung von Ausgaben für diagnostische Untersuchungen einschließlich stationärer Aufnahmen, fachärztlicher Untersuchungen, Behandlungskosten, physiotherapeutischer und Reha-Behandlungen, Zahnarztkosten und Check-up. Die Höchstbeträge werden im Voraus festgelegt und gelten pro Versicherungsjahr, pro Person oder ggf. pro Familiengruppe.

✓ **Beistand für Personen**
Die Versicherung gilt im Falle von Unfall oder Krankheit, und die Versicherungsgesellschaft stellt den versicherten Personen ausschließlich über die Vermittlung durch die Organisationsstruktur einen Beistandsservice zur Verfügung.

✓ **Reisebeistand Travel**
Die Versicherung gilt im Falle von Unfall oder Krankheit, und die Versicherungsgesellschaft stellt den versicherten Personen ausschließlich über die Vermittlung durch die Organisationsstruktur einen Beistandsservice zur Verfügung, falls diese sich infolge eines Schadensfalls in Schwierigkeiten befinden, der im Verlauf einer Geschäftsreise, die zur Wahrnehmung von Aufgaben in Verbindung mit der Aktivität des Versicherten getätigt

Was ist nicht versichert?

× Für den Abschnitt krankheitsbedingte bleibende Invalidität: Versicherte, deren Alter zum Zeitpunkt des Beitritts nicht zwischen 18 und 65 Jahren liegt.
× Für den Abschnitt Gesundheit: Versicherte, deren Alter zum Zeitpunkt des Beitritts über 70 Jahren liegt.

Ferner darf bei Fälligkeit der Versicherung das Alter:

× Für den Abschnitt Krankheitsbedingte Bleibende Invalidität nicht über 70 Jahren liegen.
× Für den Abschnitt Gesundheit darf das maximale Alter bei Ablauf der Versicherung nicht über dem vollendeten 75. Lebensjahr liegen.

Für den Abschnitt Gesundheit können die Parteien bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 75. Lebensjahrs von der Versicherung zurücktreten.
Für den Abschnitt Krankheitsbedingte Bleibende Invalidität dürfen sie bei jedem jährlichen Vertragsablauf nach Vollendung des 70. Lebensjahrs zurücktreten.
Für die Deckung Beistand für Personen können die Leistungen pro Typ höchstens dreimal im Laufe eines Versicherungsjahrs erbracht werden. Innerhalb der Grenzen der vorgesehenen Höchstbeträge werden die aufgeführten Leistungen unter Ausschluss der Kosten, die der Versicherte ohnehin hätte tragen müssen, erbracht.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Es gelten folgende allgemeine Ausschlüsse für die Abschnitte **KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT und BEISTAND FÜR DIE PERSON:**
Krieg, Aufstände, Volksunruhen und Terroristische Anschläge: Krieg und Aufstände, terrorostische Anschläge mit Einsatz von nuklearen, biologischen oder chemischen Waffen sowie aktive Teilnahme an Volksunruhen, Rebellionen, Revolutionen, Aufständen, Staatsstreichen. Für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung sind Ereignisse ausgeschlossen, die in Verbindung mit Aufenthalten in Ländern stehen, von

wurde, eingetreten ist.

✓ **Reisebeistand Travel Gold**

Die Versicherungsgesellschaft stellt den versicherten Personen ausschließlich über die Vermittlung durch die Organisationsstruktur eine Reihe von Leistungen für Ereignisse bereit, die im Verlauf einer Geschäftsreise, die zur Wahrnehmung von Aufgaben in Verbindung mit der Aktivität des Versicherten getätigt wird, eintreten können.

denen aufgrund der dortigen Instabilität vom Außenministerium abgeraten wird.

Umwandlung/Energieausgleich des Atoms und Nukleare Ereignisse: natürlich auftretende oder künstlich erzeugte und durch die Beschleunigungen von Elementarteilchen verursachte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms.

Tektonische Bewegungen (Erdbeben), Hochwasser, Überschwemmungen, Vulkanausbrüche: Ereignisse, die auf Naturkatastrophen folgen bzw. durch diese ausgelöst werden.

Vorbestehende Zustände, vor Vertragsabschluss bekannte Krankheiten und Erkrankungen: ausgeschlossen sind Ereignisse, die durch Unfälle, Krankheiten, Fehlbildungen, körperliche Defekte und Erkrankungszustände, die vor Vertragsabschluss bzw. vor dem Datum des Inkrafttretens der Police diagnostiziert worden sind oder bekannt waren (weil bereits diagnostiziert oder behandelt); insbesondere von der Deckung **Beistand für Personen** sind Ereignisse ausgeschlossen, die von Unfällen, Krankheiten, Fehlbildungen, körperlichen Defekten und Erkrankungszuständen, die vor Vertragsabschluss diagnostiziert worden sind, herrühren oder abhängen; im **Abschnitt Unfälle** ist insbesondere eine HIV-Infektion Grund für die Nichtversicherbarkeit.

Missbrauch von Alkohol, Betäubungsmitteln und damit verbundene Zustände: insbesondere im **Abschnitt Unfälle** sind Alkoholiker und Drogensüchtige nicht versicherbar; unter der **Deckung Beistand für die Person** sind Unfälle und Krankheiten ausgeschlossen, die auf Missbrauch von Alkohol und Halluzinogenen und die nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka und Betäubungsmitteln zurückzuführen sind.

Absichtliche Handlungen des Versicherten, Vorsatz und Beteiligung an Straftaten: Der Vorsatz des Versicherungsnehmers, Versicherten oder Begünstigten, absichtliche Handlungen des Versicherten (insbesondere die Folgen eines Selbstmordversuchs) und die aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten führen zum Ausschluss. Ebenso zum Ausschluss führen vom Versicherten begangene Handlungen, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befand.

Spezifische Ausschlüsse für die Deckung DENTAL:

Die Versicherung gilt nicht für: Leistungen, die vor dem Datum des Inkrafttretens der Deckung begonnen und nicht vollendet worden sind. Allein für die Leistungen im Rahmen des „Zahnärztlichen Notfalls" sind vor dem Datum des Inkrafttretens bestehende Erkrankungen ausgeschlossen. Leistungen, die nach Ablaufdatum oder vorzeitigem Erlöschen der Police aus beliebigem Grund durchgeführt werden, auch wenn die Krankheit oder der Unfall während der Versicherungslaufzeit aufgetreten sind. Nicht dringende Behandlungen: Behandlungen oder Leistungen, die nicht der Definition „Zahnärztlicher Notfall" oder „Zahnärztliche Vorsorge" entsprechen und/oder nicht in der Tabelle „Versicherte Zahnärztliche Leistungen" aufgeführt sind. Ausgaben, die bei nicht zugelassenen Einrichtungen oder Ärzten erfolgen, die nicht bei der Ärztekammer eingetragen sind und/oder über keine Approbation verfügen. Kieferorthopädische Behandlungen und damit verbundene Leistungen. Experimentelle Verfahren oder Verfahren, deren Wirksamkeit von den wichtigsten Zahnarztverbänden nicht als wissenschaftlich nachgewiesen anerkannt wird. Unfälle, die auf die Ausübung bestimmter Sportarten zurückzuführen sind (wie die in den Plänen A, B, C aufgeführten). Ausgaben für psychische Erkrankungen und/oder die Einnahme von Psychopharmaka. Leistungen, die allein für ästhetische Zwecke durchgeführt werden. Milchzähne: Ziehen von Milchzähnen. Leistungen in Verbindung mit bereits vorhandenen oder gerade

eingesetzten Implantaten. Behandlungen für bösartige Tumoren im Mund. Unfälle im Rauschzustand oder infolge von strafbaren Handlungen. Unfälle, Krankheiten und Vergiftungen, die durch Alkoholsucht, Missbrauch von Psychopharmaka oder Betäubungsmitteln verursacht werden. Folgen von nuklearer, biologischer oder chemischer Kontamination oder Strahlung (unter Ausschluss der therapeutischen Anwendung). Folgen von Krieg, Aufständen, terroristischen Anschlägen, Naturkatastrophen. HIV und damit assoziierte Krankheiten (Zahnmedizin): Behandlungen für HIV-Infektionen und damit verbundene Syndrome. Routinekontrollen (Zahnmedizin): Kontrollen und Check-up.

Spezifische Ausschlüsse für die Deckung Beistand für Personen: Vor Vertragsabschluss eingetretene Ereignisse oder bestehende Bedingungen (Unfälle, Krankheiten, Fehlbildungen, körperliche Defekte oder bereits diagnostizierte Erkrankungszustände). Aktive Teilnahme an Vorsatzdelikten, freiwilliger Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische Indikation und Unfälle, die auf Straftaten des Versicherten zurückzuführen sind (die Deckung besteht hingegen für Unfälle, die durch Unvorsichtigkeit oder - ggf. auch grobe - Fahrlässigkeit verursacht werden). HIV-assoziierte Erkrankungszustände, psychische Erkrankungen und Störungen allgemein (einschließlich hirnorganischen Psychosyndroms, schizophrener und paranoider Störungen, manisch-depressiver Formen und deren Komplikationen). Folgen von Unfällen und Krankheiten, die auf Missbrauch von Alkohol und Halluzinogenen bzw. die nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka und Betäubungsmitteln zurückzuführen sind. Ausübung von Flugsport und Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen (sowie Testläufe/Training), es sei denn es handelt sich um Gleichmäßigkeitsprüfungen. Die Deckung gilt hingegen für Tätigkeiten, bei denen Schusswaffen zum Einsatz kommen. Ereignisse wie Kriege, Aufstände, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Hochwasser, Umwandlung oder Energieausgleich des Atoms und künstlich erzeugte Strahlung. Aufenthalte in Thermalkurhäusern, spezialisierten Kurheimen für Nervenleiden und Tuberkuloseerkrankungen, in Wohn- und Genesungsheimen oder Altersheimen.

Wo gilt der Versicherungsschutz?

- ✓ Die Deckung **Krankheitsbedingte Bleibende Invalidität** gilt auf der ganzen Welt.
- ✓ Die Deckungen des Abschnitts **Gesundheit** gelten auf der ganzen Welt, es sei denn, es werden anders lautende Angaben für einzelne Leistungen getätigt.
- ✓ Für die Deckung **Beistand für die Person** gelten die Transportleistungen ausschließlich in Italien. Die telefonische ärztliche Beratung kann jedoch von jedem beliebigen Aufenthaltsort des Versicherten aus aktiviert werden.
- ✓ Für die Deckungen **Reisebeistand Travel** und **Reisebeistand Travel Gold** gilt die Versicherung für alle Länder der Welt unter Ausschluss folgender geografischer Gebiete: Afghanistan, Antarktis, Kokosinseln, Südgeorgien, Heard und McDonaldinseln, Bouvetinsel, Weihnachtsinsel, Pitcairninseln, Chagos-Archipel, Falklandinseln, Marshallinseln, Kleinere Amerikanische Überseeinseln, Salomonen, Wallis und Futuna, Kiribati, Mikronesien, Nauru, Niue, Palau, Westsahara, Samoa, St. Helena, Somalia, Französische Süd- und Antarktisgebiete, Westtimor, Osttimor, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie sind verpflichtet, wahrheitsgemäße, vollständige und zutreffende Erklärungen zum versicherten Risiko abzugeben.
- Sie sind verpflichtet, Änderungen, die zu einer Erschwerung des versicherten Risikos führen, zu melden. Ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das vollständige Erlöschen der Versicherung nach sich ziehen.
- Im Schadensfall haben Sie die Versicherungsgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen, die erforderlichen

Unterlagen einzureichen und die Spuren und Indizien des Schadensfalls bis zur Inspektion durch den beauftragten Gutachter aufzubewahren.

Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Der Vertrag sieht die Zahlung einer Prämie als Entgelt für die einjährige Dauer der Versicherung vor, deren Betrag in der Police angegeben ist. Sie können die Entrichtung der Prämie an die Versicherungsgesellschaft anhand der laut Regularien zulässigen und in der Police angegebenen Zahlungsmethode leisten. Die Jahresprämie kann, wenn ihr Betrag sich auf mindestens 120 Euro oder mehr beläuft, nach Ihrer Wahl ohne zusätzliche Kosten in halbjährliche oder monatliche Raten unterteilt werden. Die etwaige Unterteilung der Prämie befreit Sie nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung.

Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Versicherung hat einjährige Dauer und in Ermangelung einer Kündigung wird der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr verlängert. Im Falle der Kündigung läuft die Police um 24:00 Uhr des letzten Tags der im Vertrag festgelegten Laufzeit ab. Der Versicherungsvertrag wird durch Ihre Zahlung der Prämie rechtskräftig abgeschlossen. Die Versicherung tritt um 24:00 Uhr des in der Police angegebenen Datums in Kraft, wenn Sie die Prämie bzw. deren erste Rate entrichtet haben; andernfalls um 24:00 Uhr des Zahlungstages. Der anhand von Fernkommunikationsmitteln abgeschlossene Vertrag tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, an dem die Versicherungsgesellschaft Ihre Willensbekundung zum Vertragsabschluss entgegengenommen hat. Ab diesem Moment garantiert die Versicherungsgesellschaft die vertragsgegenständlichen Leistungen, vorausgesetzt dass Sie die Prämie bezahlt haben.

Wie kann die Kündigung erfolgen?

Sie können die Police kündigen, indem Sie der Versicherungsgesellschaft ein Kündigungsschreiben per Einschreiben oder E-Mail/zertifizierter E-Mail mindestens 30 Tage vor Jahresfälligkeit zusenden. Sie können von einem per Fernkommunikationsmitteln abgeschlossenen Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach erster Abbuchung der Prämie zurücktreten. Sie können Ihre diesbezügliche Absicht der Versicherungsgesellschaft mittels Einschreiben oder E-Mail/zertifizierter E-Mail mitteilen.

Schadensversicherung
Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ausg. 06/2025 – Stand 02-2026

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 für 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.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs VORSORGE UND GESUNDHEIT - Gesundheit entscheiden können.

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 Life 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?

Für alle Deckungen steht der Umfang der von der Gesellschaft erbrachten Leistungen im Verhältnis zu den mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Höchstbeträgen und Versicherungssummen. Die Kunden können ein ihrem persönlichen Schutzbedarf entsprechendes Versicherungspaket zusammenstellen, indem die von der Police vorgesehenen Deckungen kombiniert werden und eine Entschädigung für die von den angegebenen Versicherten erlittenen Schäden gewährt wird.
Einzelheiten zu den verschiedenen Deckungen:
ABSCHNITT DECKUNG KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 68, S. 42/147 verwiesen.
Für Abschnitt GESUNDHEIT:
Tagegeld: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/A.1, S. 47/147 verwiesen.
Surgical Cash: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/A.2, S. 47/147 verwiesen.
Gerätediagnostik: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/B3, S. 50/147 verwiesen.
Fachärztliche Untersuchungen: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/C3, S. 54/147 verwiesen.
Erstattung von Behandlungskosten: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/C1, S. 51/147 verwiesen.
Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/C4, S. 54/147 verwiesen.
Prävention - Check-up: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/C5, S. 55/147 verwiesen.
Dental: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/D1, S. 55/147 verwiesen.
Abschnitt BEISTAND FÜR PERSONEN: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 90, S. 66/147 verwiesen.

Abschnitt DECKUNG REISEBEISTAND TRAVEL: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 93, S. 70/147 verwiesen.
Abschnitt DECKUNG REISEBEISTAND TRAVEL GOLD: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 96, S. 74/147 verwiesen.

Was ist NICHT versichert?

Ausgeschlossene Risiken
Zusätzlich zu den Angaben in den Produktinfos Leben und Schaden gelten folgende allgemeine Ausschlüsse für die Deckungen **Krankheitsbedingte Bleibende Invalidität, Krankenhaustagegeld und Beistand für Personen:**
Psychiatrische Erkrankungen und Psychische Störungen: psychische Erkrankungen und Störungen allgemein (einschließlich hirnorganischen Psychosyndroms, schizophrener und paranoider Störungen, manisch-depressiver Formen und deren Folgen) sind ausgeschlossen; insbesondere für die Deckung **Entschädigung für Schwere Erkrankungen** sind dies Bedingungen, die dazu führen, dass eine Person nicht versicherbar ist.
Zusätzlich gelten folgende allgemeine Ausschlüsse für die Deckungen Krankheitsbedingte Bleibende Invalidität und Krankenhaustagegeld: Schönheitsbehandlungen, Abmagerungskuren und Diäten: ausgeschlossen sind Ereignisse oder Krankenhausaufenthalte, die auf diese Behandlungen oder Kuren zurückzuführen sind. **Erkrankungen, die durch Elektromagnetische Einwirkung verursacht worden sind**: Ereignisse oder Krankenhausaufenthalte, die auf solche Erkrankungen zurückzuführen sind, sind ausgeschlossen.
Ferner gelten folgende spezifische Ausschlüsse für die Deckungen TAGEGELD, SURGICAL CASH, GERÄTEDIAGNOSTIK, FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN, ERSTATTUNG VON BEHANDLUNGSKOSTEN, PHYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGEN, PRÄVENTION - CHECK-UP:
Vorbestehende Erkrankungen. Leistungen, die sich nicht auf eine (gesicherte oder vermutliche) Diagnose und das Datum des Auftretens stützen, es sei denn, sie fallen unter die Deckung „Prävention - Check-up“. Amniozentese/Chorionzottenbiopsie, wenn keine bekannte/vermutete Anomalie des Fötus vorliegt, bzw. bei Schwangeren unter 35 Jahren. Ausgaben für Behandlungen/Leistungen, die nach Ende der Laufzeit des Versicherungsschutzes erfolgen, auch wenn sie sich auf Erkrankungen/Unfälle beziehen, die während der Versicherungslaufzeit aufgetreten sind und während der Laufzeit gemeldet worden sind. Langzeitkrankenhausaufenthalte oder Beistand für Pflegebedürftigkeit. Ausgaben für Kontrolluntersuchungen, Impfungen, Standardleistungen in Allgemeinmedizin/Pädiatrie (ausgenommen „Prävention - Check-up“). Ausgaben für Akupunktur, Logopädie, physiotherapeutische Behandlungen (es sei denn, diese sind vom gewählten Versicherungsplan erfasst). Leistungen, die nicht bei Krankenhauseinrichtungen, medizinischen Zentren oder Fachärzten erbracht werden, mit Ausnahme von krankenpflegerischen und physiotherapeutischen Leistungen. Arzneimittel, ärztliche und chirurgische Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der alternativen oder komplementären, nicht konventionellen oder experimentellen Medizin. Krankheiten, die direkt oder indirekt mit einer HIV-Infektion verbunden sind, und sexuell übertragene Erkrankungen. Unfälle, Krankheiten und Vergiftungen, die durch Alkoholsucht, Missbrauch von Psychopharmaka, Betäubungsmitteln (außer bei therapeutischer Verabreichung) oder Halluzinogenen verursacht werden. Leistungen, die infolge von selbst beigebrachten Verletzungen oder Selbstmordversuchen erforderlich geworden sind (ausgenommen Handlungen der menschlichen Solidarität oder Notwehr). Plastische Chirurgie für ästhetische Zwecke (es sei denn, die Operationen werden zum Zwecke der Rekonstruktion für Neugeborene, die das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ausgeführt oder infolge von gemäß Police entschädigungsfähigen Unfällen oder infolge von gemäß Police entschädigungsfähigen, resezierenden Operationen aufgrund bösartiger Neoplasien). Klinische Erscheinungen in Verbindung mit hirnorganischen Psychosyndromen und Psychosen allgemein, deren Komplikationen und Folgen. Freiwilliger Schwangerschaftsabbruch. Behandlungen für vorbestehende körperliche Defekte oder angeborene Fehlbildungen sowie von damit verbundenen Krankheiten (mit Ausnahme derjenigen von Säuglingen bis Vollendung des 1. Lebensjahrs, die bei der Geburt versichert waren). Medizinische Leistungen, Behandlungen und Operationen bei Unfruchtbarkeit, Sterilität, zur künstlichen Befruchtung, bei Impotenz sowie sämtliche medizinische Leistungen und Operationen mit dem Zweck der Änderung der Geschlechtsmerkmale. Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Syndrom der unkontrollierten Nahrungsaufnahme) und jede aufgrund dieser Störungen erforderliche Behandlung, Adipositaschirurgie zur Behandlung von Fettleibigkeit mit Ausnahme der Fälle von Adipositas mit Grad 3 (Körpermasseindex von 40 und höher). Prothesen und orthopädische Vorrichtungen, Hörgeräte und therapeutische Geräte, ausgenommen Endoprothesen im Falle von Stationärer Aufnahme mit Operation und Tageschirurgie. Behandlungen, die aus ärztlicher Sicht nicht notwendig sind und nicht durch Krankheit oder Unfall bedingt sind. Krankenhausaufenthalte für klinische Check-ups. Ausgaben für die Transplantatentnahme vom Spender (sowohl für den Versicherten als auch für Dritte im Falle von Transplantationen). Zahnärztliche Behandlungen und Untersuchungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ausgaben für Brillengläser und Brillengestelle. Unfälle, die auf das Betreiben von Profisport sowie auf Profiwettkämpfe und dazugehörende Probeläufe und Trainingseinheiten oder auf die Ausübung folgender Sportarten zurückzuführen sind: Ski- oder Wasserskispringen, Freestyle-Skiing, Bobsport, Rugby, Gerätetauchen, American Football, Boxen oder andere Sportarten, bei denen der Einsatz eines Mundschutzes vorgeschrieben ist, Schwerathletik, Ringen in allen Formen, Bergsteigen mit Klettern im Fels und Gletscher mit mehr als Grad 3 der französischen Schwierigkeitsskala, Speläologie, Luftsportarten (einschließlich des Fliegens mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und ähnlichen), Sportarten mit Einsatz von Motorfahrzeugen und -booten, Mountainbike und „Downhill“. Unfälle bei der Handhabung von pyrotechnischem Material oder Sprengstoffen. Ereignisse, die infolge nuklearer, biologischer oder chemischer Kontamination auftreten. Umwandlung des Atomkerns ebenso wie Strahlung, die durch die künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen erzeugt wird - mit Ausnahme medizinischer Anwendungen. Krieg, Bürgerkrieg, Aufstände, Volksunruhen, Angriffe oder gewaltsame Handlungen, die politisch oder sozial begründet sind, sowie jede Art terroristischer Anschläge. Erdbeben, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, Hochwasser und Tsunamis. Ebenso ausgeschlossen sind alle Leistungen, die nicht ausdrücklich unter den einzelnen Deckungen aufgeführt sind. **Für die Deckung Beistand für Personen gelten folgende spezifische Ausschlüsse:** vor Vertragsabschluss eingetretene Ereignisse oder bestehende Bedingungen (Unfälle, Krankheiten, Fehlbildungen, körperliche Defekte oder bereits diagnostizierte Erkrankungszustände). Aktive Teilnahme an Vorsatzdelikten, freiwilliger Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische Indikation und Unfälle, die auf Straftaten des Versicherten zurückzuführen sind (die Deckung besteht hingegen für Unfälle, die durch Unvorsichtigkeit oder - ggf. auch grobe - Fahrlässigkeit verursacht werden). HIV-assoziierte Erkrankungszustände, psychische Erkrankungen und Störungen allgemein (einschließlich hirnorganischen Psychosyndroms, schizophrener und paranoider Störungen, manisch-depressiver Formen und deren Komplikationen). Folgen von Unfällen und Krankheiten, die auf Missbrauch von Alkohol und Halluzinogenen bzw. die nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka und Betäubungsmitteln zurückzuführen sind. Ausübung von Flugsport und Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen (sowie Testläufe/Training), es sei denn es handelt sich um Gleichmäßigkeitsprüfungen. Keine Deckung besteht für Tätigkeiten, bei denen Schusswaffen zum Einsatz kommen. Ereignisse wie Kriege, Aufstände, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Hochwasser, Umwandlung oder Energieausgleich des Atoms und künstlich erzeugte Strahlung. Aufenthalte in Thermalkurhäusern, spezialisierten Kurheimen für Nervenleiden und Tuberkuloseerkrankungen, in Wohn- und Genesungsheimen oder Altersheimen. **Für die Deckungen Reisebeistand Travel und Reisebeistand Travel Gold gelten folgende spezifische Ausschlüsse:** Vorsatz des Versicherten oder grobe Fahrlässigkeit. Erkrankungen, die von einer Schwangerschaft nach der 26. Schwangerschaftswoche und vom Wochenbett abhängig sind. Chronische Erkrankungen. Organspende und/oder -transplantation sowie jede Reise, die zum Zwecke von medizinisch-chirurgischen Untersuchungen und/oder Behandlungen unternommen wird. Profisport (einschließlich Wettkämpfe,

Probeläufe und Trainingseinheiten) sowie als extrem oder gefährlich geltende Sportarten, wie das Führen und Verwenden von Hängegleitern, Fallschirmspringen, Bergsteigen mit Klettern am Fels oder Gletscherbegehungen, Rugby, American Football, Speläologie, waghalsige Handlungen. Für Bobsport, Kitesurfen und Gerätetauchen gilt der Ausschluss nicht, wenn die Sportart gelegentlich und als reiner Freizeitsport ausgeübt wird. Teilnahme an Wettkämpfen/Rennen, bei denen es zu extremem und waghalsigem Verhalten kommt, einschließlich Laufsportwettkämpfen. Sämtliche berufliche Tätigkeiten, bei denen Minen, Waffen und/oder Gefahrstoffe verwendet, Bergwerke, Gruben und/oder Ausgrabungsstätten betreten werden bzw. die Abbau- und Fördertätigkeit an Land und im Meer umfassen. Spezifisch für die Leistung „Verlegung in geeignetes Fachkrankenhaus“ sind Beeinträchtigungen oder Verletzungen ausgeschlossen, die nach Urteil der Ärzte der Organisationsstruktur vor Ort behandelt werden können.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Abgesehen von den Angaben in den Produktinfos Leben und Schaden sind nachstehend nähere Informationen zu Selbstbehalten, Selbstbeteiligungen und Entschädigungsgrenzen aufgeführt.
Für den Abschnitt GESUNDHEIT: Tagegeld: Im Falle von **Krankenhausaufenthalt mit oder ohne Operation** (mit Übernachtung): Die Entschädigung beträgt **€ 100 pro Tag** bis maximal **200 Tage** pro Versicherungsjahr und pro Person. Für **Tagesklinik / Tageschirurgie** (Krankenhausaufenthalt von mindestens 5 Stunden Dauer, ohne Übernachtung, mit Krankenakte): Die Entschädigung beträgt **50% des Tagegelds** bis maximal **50 Tage**. Diese Entschädigung lässt sich mit der von der Deckung „Surgical Cash“ vorgesehenen Entschädigung kumulieren. **Surgical Cash**: Für Operation, Tageschirurgie oder ambulante Operation wird, unabhängig von den getragenen Kosten, eine **pauschale feste Entschädigung** zuerkannt. Die Operationen sind in 7 Klassen eingestuft. Einige Beispiele für die Entschädigungen: **Entfernung einer Zyste: € 200 (Privat) / € 100 (SSN). Hüftgelenksprothese: € 8.000 (Privat) / € 4.000 (SSN). Lungentransplantation: € 15.000 (Privat) / € 7.500 (SSN).** Die maximale Entschädigung pro Versicherungsjahr kann das Doppelte einer für die Klasse VII vorgesehenen Entschädigung nicht übersteigen. **Gerätediagnostik:** Der **jährliche Höchstbetrag entspricht € 5.000** pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe. Es gelten folgende Selbstbeteiligungen: **15% in Vertragseinrichtungen** (Direktzahlung) und **25% in nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen** (Erstattung) Die **Zuzahlung für SSN wird zu 100% erstattet** (keine Selbstbeteiligung). **Fachärztliche Untersuchungen:** Der **jährliche Höchstbetrag liegt bei € 1.000 für das PAKET B** und **bei € 1.500 für das PAKET C**. Der Höchstbetrag für häusliche pflegerische Versorgung beträgt **€ 50 pro Tag** (ohne Selbstbeteiligung/Selbstbehalt). Die geltenden Selbstbeteiligungen betragen **15% in Vertragseinrichtungen** und **25% in nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen.** Die **Zuzahlung für SSN wird zu 100% erstattet** (keine Selbstbeteiligung). **Erstattung von Behandlungskosten** (für stationäre Aufnahme mit oder ohne Operation, Tagesklinik/Tageschirurgie und ambulant durchgeführte Operationen): Der **jährliche Höchstbetrag entspricht € 200.000** pro Person oder pro Familiengruppe. Die medizinischen Kosten **VOR und NACH** dem Krankenhausaufenthalt werden für **90 Tage davor und 90 Tage danach** gedeckt. Es gelten folgende maximalen Einzelbeträge für: **Natürliche Entbindung: € 2.000. Kaiserschnitt/medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch: € 4.000. Refraktive Chirurgie: € 1.000 pro Auge. Neugeborenes** (für die Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und körperlichen Defekten innerhalb des ersten Lebensjahrs): **€ 100.000.** Eine **Ersatzentschädigung** wird zuerkannt, falls die Leistungen vollständig vom Gesundheitsdienst SSN übernommen werden: **€ 150 pro Tag** für Krankenhausaufenthalt (max. 100 Tage) und **€ 75 pro Tag** für Tagesklinik/Tageschirurgie. Davor und danach anfallende medizinischen Kosten werden zu 100% erstattet. Die Ausgaben für **Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson** werden bis zu **€ 50 pro Tag** über maximal **50 Tage** erstattet. Für den **Transport des Versicherten** und die **Rückführung des Leichnams** besteht jeweils eine Obergrenze von **€ 3.000**. Die **Zuzahlung für SSN wird zu 100% erstattet.** Für nicht vertraglich gebundene Einrichtungen (Erstattung): die **Selbstbeteiligung für Krankenhausaufenthalt beträgt 20%**; der **Selbstbehalt für Tagesklinik/Tageschirurgie/ambulante OP beträgt € 200.** Im Dokument „CONTROLLO.pdf“ wird darüber hinaus eine spezifische Obergrenze von **€ 350 für die Krankenhausunterbringung** in nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen aufgeführt. **Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen:** Der **jährliche Höchstbetrag entspricht € 1.000** pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe mit einer **Selbstbeteiligung von 15%**. **Dental:** Die Leistungen sind in **Vertragseinrichtungen kostenlos** (mit unbegrenztem Höchstbetrag und ohne Grenzen für die Häufigkeit mit Ausnahme der Prävention, die max. 2 Mal/Jahr zusteht). In nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen ist die **Erstattung mit festen Entschädigungen** für jede Leistung vorgesehen mit einer Gesamtobergrenze von **€ 1.000 pro Versicherungsjahr** und pro Versichertem. Die Ausschlüsse für den Abschnitt Gesundheit umfassen unter anderem vorbestehende, nicht angegebene Erkrankungen, unnötige Krankenhausaufenthalte, Leistungen der Alternativmedizin oder experimentellen Medizin und HIV-assoziierte Erkrankungen. Die Nutzung der Vertragseinrichtungen muss im Voraus von der Betriebszentrale genehmigt werden.
Für den **Abschnitt KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT:** Dieser Deckung entspricht eine Deckungssumme für den Fall der krankheitsbedingten bleibenden Invalidität. Es ist ein **Höchstbetrag von € 250.000** vorgesehen. Die Deckung gilt allein für einen Invaliditätsgrad von **nicht unter 65%**. Es sind **Wartezeiten** vorgesehen: **60 Tage** ab Inkrafttreten der Versicherung für Krankheiten, die nach diesem Datum aufgetreten sind. **180 Tage** nach Inkrafttreten der Versicherung für Folgen von Erkrankungszuständen, die dem Versicherten nicht bekannt waren, die ihren Ursprung jedoch bereits vor Abschluss dieser Police hatten. Die Versicherung endet mit der Zahlung der Entschädigung, die nur einmal geleistet werden kann.
Für den **Abschnitt Beistand für Personen** werden die Leistungen **pro Typ höchstens dreimal** im Laufe eines Versicherungsjahrs erbracht. Ausgaben, die der Versicherte ohnehin hätte tragen müssen, sind nicht gedeckt und sind von ihm selbst zu übernehmen. Für einige spezifische Leistungen sind Grenzen vorgesehen: beispielsweise ist der Transport von der Notaufnahme auf **insgesamt 300 Kilometer** begrenzt (Hin- und Rückfahrt). Der Hausbesuch eines Physiotherapeuten wird für maximal **10 Behandlungseinheiten pro Schadensfall** übernommen, während die Entsendung einer Haushaltshilfe auf **10 Stunden pro Schadensfall** zur Nutzung innerhalb von maximal **5 Tagen** begrenzt ist. Die integrierte häusliche Pflege nach stationärem Krankenhausaufenthalt ist für maximal **7 aufeinanderfolgende, nicht teilbare Tage** nach dem Krankenhausaufenthalt vorgesehen. Für die Leistung häusliche Pflege hat sich der Versicherte mindestens **48 Stunden vor** Aktivierung der Dienste an die Organisationsstruktur zu wenden.

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkt ist dem Bankkunden gewidmet, der einen Schutz vor Risiken in den Bereichen Person und Vermögen wünscht.

Welche Kosten entstehen dabei?

VERMITTLUNGSKOSTEN

Der Vermittler bezieht eine Provision in Höhe von 30% der bezahlten steuerpflichtigen Prämie.

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:

Versicherungsombudsmann **ODER** **anderes System zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten im Rahmen des FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network)**	Durch Antrag: - beim Versicherungsombudsmann über das auf dessen Website bereitstehende Portal (www.arbitroassicurativo.org), auf dem die Voraussetzungen für die Zulassung, weitere Informationen zur Antragseinreichung selbst sowie weitere nützliche Angaben eingesehen werden können oder - bei einem anderen System zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten im Rahmen des FIN.NET, dem das Unternehmen beigetreten ist oder dem es gemäß Art. 2, Abs. 3 des Dekrets des Ministeriums für Unternehmen und Made in Italy Nr. 215 vom 6. November 2024 untersteht.
Schlichtung	Durch Einschaltung einer der Schlichtungsstellen, 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. • Handelt es sich bei dem Versicherungsnehmer um eine Personen- oder Kapitalgesellschaft, sind die an die Gesellschaft gezahlten Prämien, welche die Risiken Todesfall und Bleibende Vollinvalidität zum Gegenstand haben, gemäß einschlägiger Steuergesetzgebung (Art. 109, Abs. 5, Einkommensteuergesetz TUIR) von der Steuer absetzbar, wenn sie über einen Kausalzusammenhang mit den Einkommensteuer erzeugenden Tätigkeiten verbunden sind. Es empfiehlt sich, zur korrekten Einstufung der Kosten einen Steuerberater zu Rate zu ziehen.

Worin besteht das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen?

Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen	Wenn bei dem Beitretenden/Versicherten in der Vergangenheit eine Krebserkrankung aufgetreten ist, deren aktive Behandlung entsprechend den Bestimmungen von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 sowie der diesbezüglichen Umsetzungsdekrete ohne Rezidive seit über zehn Jahren abgeschlossen ist, so ist er weder verpflichtet, Angaben zu dieser Vorerkrankung zu tätigen, noch sich jedweder Art von diesbezüglicher Kontrolle (bspw. ärztlicher Untersuchung) zu unterziehen. Dieser Zeitraum wird von zehn auf fünf Jahre reduziert, wenn die Erkrankung vor dem 21. Geburtstag aufgetreten war. Für die von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 und dessen Umsetzungsdekreten eigens aufgeführten Krebserkrankungen gelten kürzere Zeiträume, die jeweils in der Tabelle angegeben sind, welche auf der Website des Unternehmens unter folgendem Link eingesehen werden kann https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
Attest über das Vorliegen der Voraussetzungen für das Vergessenwerden von Krebserkrankungen	Der Beitretende/Versicherte, der vor dem Abschluss oder der Verlängerung des Versicherungsvertrags Informationen zu seinem Gesundheitszustand mitgeteilt hat, die sich auf frühere Krebserkrankungen beziehen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive beendet ist, sendet das ausgestellte Attest entsprechend den Bestimmungen von Gesetz Nr. 193 aus dem Jahr 2023 sowie von dessen Umsetzungsdekreten umgehend an das Versicherungsunternehmen oder den Vermittler.
Auswirkungen des Rechts auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen für die Unternehmen	Ist der für das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen vorgesehene Zeitraum verstrichen, können ggf. bereits erfasste Daten nicht für eine Änderung der Vertragsbedingungen, für die Beurteilung des Versicherungsrisikos oder der Zahlungsfähigkeit des Beitretenden/Versicherten verwendet werden. Die Unternehmen sind verpflichtet, Daten mit Bezug auf frühere onkologische Erkrankungen binnen 30 Tagen ab Erhalt des Attests endgültig zu löschen, ohne dass dabei Kosten für den Beitretenden/Versicherten entstehen dürfen. Vereinbarte Vertragsklauseln, die den Bestimmungen von Art. 2, Abs. 1 bis 5 von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 widersprechen, sind nichtig, während Wirksamkeit und Gültigkeit des Vertrags bestehen bleiben. Die Nichtigkeit kommt ausschließlich zugunsten des Versicherungsnehmers oder Versicherten zu tragen und kann von Amts wegen jederzeit und in jeder Phase des Verfahrens festgestellt werden.

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.

Schadensversicherung

Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

Vorvertragliche Produktinformation für Schadensversicherungen

Net Insurance S.p.A. **Produkt: PROTECTION BUSINESS**

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

Art der Versicherung

Die mehrere Deckungen enthaltende Schadensversicherung stellt gemeinsam mit der temporären Todesfallversicherung, die der Unternehmenstätigkeit gewidmete Kombipolice Protection Business dar, die umfassenden Schutz für Güter, Personen und Vermögen bietet.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs VERMÖGEN-Vermögen entscheiden können.

Was ist versichert?

Die Leistungen, die mit den vom Kunden gewählten, in der Police angegebenen Beträgen versichert sind, werden in Abschnitte unterteilt (es ist möglich, eine oder mehrere der folgenden Deckungen zu aktivieren):

✓ **Haftpflicht**

Der Versicherer verpflichtet sich dazu, den Versicherten schadlos zu halten, wenn dieser gemäß der gesetzlichen Haftpflicht Ersatz (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) für unabsichtlich bei Dritten verursachte Schäden zu leisten hat. Der versicherte Höchstbetrag kann vom Kunden bis zu einem Maximum von Euro 2.500.000 gewählt werden.

✓ **Rechtsschutz**

Unterstützung durch einen Rechtsbeistand vor Gericht oder bei außergerichtlichen Streitigkeiten, wenn der Versicherte in einen Rechtsstreit verwickelt ist.

Der versicherte Höchstbetrag entspricht Euro 50.000.

✓ **Schutz von POS-Einnahmen**

Der Versicherer erstattet den Einnahmeausfall des in der Police angegebenen Unternehmens, in dem eines oder mehrere elektronische - ggf. mit verschiedenen Bankinstituten verbundene - POS-Terminals (Point of sale) verwendet werden, wenn der Ausfall aufgrund der vollständigen zwangsläufigen Inaktivität verursacht wurde, die auf einen direkten Sachschaden zurückzuführen ist, der durch Brand, Blitz, Elektrischen Störfall oder andere Ereignisse verursacht wurde.

Der versicherte Höchstbetrag entspricht Euro 150.000.

✓ **Brand**

Deckungssumme im Falle von Sachschäden, die direkt von in der Police angegebenen, versicherten Gütern erlitten werden, auch wenn diese Eigentum Dritter sind - unter Ausschluss von Leasinggütern, die bereits von einer anderen Versicherung gedeckt sind - und auch wenn diese durch grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder des Versicherten verursacht werden. Die Versicherungssumme wird vom Kunden ausgewählt und wirdin der Police angegeben bis zu einem Maximum von Euro 1.500.000

✓ **Diebstahl und Raub**

Der Versicherer entschädigt direkte Sachschäden des versicherten Bestands innerhalb der Grenzen der in der Police angegebenen Standorte, auch wenn diese Eigentum Dritter sind. Die Deckungssumme wird in der Police angegeben und liegt zwischen einem Minimum von Euro 5.000 und einem Maximum von Euro 40.000.

✓ **Elektronik und Maschinenpannen All Risk**

Der Versicherer entschädigt innerhalb der Grenzen der Deckungssumme direkte Sachschäden an Geräten und Maschinen (einschließlich deren Elektronikkomponenten), die Abnahmetests unterzogen worden und für ihren bestimmungsgemäßen Einsatz bereit sind, nach dem Prinzip „All Risk“, vorbehaltlich der ausdrücklichen Angaben unter den

Was ist nicht versichert?

Ausgeschlossen sind Schäden hervorgerufen durch: Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers, des Versicherten, der gesetzlichen Vertreter, der Geschäftsführer, der unbeschränkt haftenden Gesellschafter oder von Angehörigen und Lebensgefährten; politisch-, sozial- oder kriegsbedingte Ereignisse; nukleare Vorfälle, ionisierende Strahlung. Von den Deckungen ausgeschlossen sind **Schäden oder Defekte, die vor Vertragsabschluss bereits vorhanden oder dem Versicherten bekannt waren,** sowie diejenigen, die durch die **Garantie von Hersteller oder Lieferant gedeckt sind.** Oftmals werden **Schäden ausgeschlossen, die auf die mangelnde Einhaltung der** vom Hersteller oder Lieferanten der versicherten Sachen bereitgestellten **Betriebs- und Wartungsanleitung zurückzuführen sind**, oder wenn diese die normale Folge von Gebrauch, **Abnutzung, Korrosion, Oxidation, Verkrustung, Rost oder der andauernden Witterungseinwirkung sind. Verluste und Ausgaben infolge von Verlängerungen der Inaktivität (indirekte Schäden)**, wie Änderungen am Bau, Ausfall von Vermietung, Nutzung oder geschäftlichem oder industriellem Einkommen, Betriebsunterbrechung oder jede Art von Schaden, der die versicherten Sachen nicht materiell betrifft, vorbehaltlich der Angaben zu spezifischen Deckungserweiterungen oder wenn ausdrücklich vorgesehen und im Einzelnen aufgeführt. Die Ausgaben für Eingriffe oder **Schäden rein ästhetischer Art**, die nicht im Zusammenhang mit entschädigungsfähigen Schäden stehen, Geldstrafen, Bußgelder und Strafzahlungen allgemein sind ausdrücklich ausgeschlossen, da diese nicht als entschädigungsfähige „Schäden“ gelten, sondern als finanzielle Belastung aufgrund von Ordnungswidrigkeiten oder gesetzlicher Haftung. **Abschnitt ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN ALL RISK:** Abgesehen von den allgemeinen Ausschlüssen sind Schäden ausgeschlossen, die bei **Transport und Beförderung sowie den damit verbundenen Auf- und Abladevorgängen** außerhalb des für die beweglichen Sachen angegebenen Standorts und außerhalb des ursprünglichen Installationsorts der festen Sachen auftreten. Ausgeschlossen sind Schäden durch **Verlieren und Fehlbeträge**. Nicht gedeckt sind die Kosten zur Durchführung von vorbeugender Wartung, von Funktionskontrollen oder für die Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten. Ausgeschlossen sind Geräte für den häuslichen Gebrauch, elektromedizinische Geräte und Photovoltaikanlagen. Diebstahlschäden sind ausgeschlossen, wenn die

Ausschlüssen. Der versicherte Höchstbetrag entspricht Euro 30.000.

✓ **Erneuerbare Energien All Risk**

Der Versicherer entschädigt direkte Sachschäden (einschließlich Diebstahl, Raub, Pannen und elektrische Störfälle) und indirekte Schäden, die an einer Photovoltaik- und/oder Solarthermieanlage nach dem „All-Risk-Prinzip" entstehen können, vorbehaltlich der ausdrücklichen Angaben unter den Ausschlüsse.

Der versicherte Höchstbetrag entspricht Euro 80.000.

beschriebenen **Verschlussvorrichtungen am Gebäude gleich aus welchem Grund nicht aktiv waren**. **Abschnitt ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK:** Abgesehen von den allgemeinen Ausschlüssen, sind ferner Schäden ausgeschlossen durch **Tsunamis, Vulkanausbrüche, Erdbeben, Überschwemmungen, Überflutungen, Hochwasser.** Nicht gedeckt sind durch **Ein- und Ausbauvorgänge** verursachte Schäden**, die nicht in Verbindung mit Reinigungs-, Wartungs- oder Kontrollvorgängen stehen.** Ausgeschlossen sind Schäden, **die während des Transports erlitten werden.** Ausgeschlossen sind Schäden durch **Sturmfluten, Gezeiten und Eindringen von Meerwasser.** Ausgeschlossen sind Schäden aufgrund von **Leistungsmängeln.** Ausgeschlossen sind Schäden durch **Aufprall von Fahrzeugen und/oder Hebezeugen oder Transportmitteln, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten gehören bzw. von diesem benutzt werden.** Ausgeschlossen sind Schäden durch **Verschmutzung und/oder Kontamination allgemein** sowohl fortschreitender als auch zufälliger oder synergetischer Art. Ausgeschlossen sind Schäden wegen **Nichterfolgen der automatischen Wiederverbindung des Wechselrichters mit dem Netz** infolge von Spannungssprüngen. Ausgeschlossen sind Schäden durch **Funktionsstörungen von Hardware, Software oder eingebauten Chips** und damit verbundene Schäden (wie Verlust von Daten oder Datenträgern). Ausgeschlossen sind Schäden an den **Stromverteilungs- oder Übertragungsleitungen.** Ausgeschlossen sind Schäden in Verbindung mit oder verursacht durch **Feuchtigkeit, Tau, Kondensat, Tropfleckage, Trockenheit, Bakterien, Pilzbefall, Sickerwasser und Nagetiere.** Ausgeschlossen sind Schäden in Verbindung mit oder verursacht durch die **Aussetzung und/oder Unterbrechung von Strom-, Gas- oder Wasserversorgung**, vorausgesetzt dass diese nicht durch ein die versicherte Sache betreffendes Ereignis hervorgerufen wurde, das nicht anderweitig ausgeschlossen ist. Ausgeschlossen sind Schäden, die verursacht werden oder zurückzuführen sind auf **Hinterziehung, Betrug, Fehlbeträge, Verlust, widerrechtliche Aneignung oder Untreue von Beschäftigten, Plünderung, Erpressung, Veruntreuung, Taschendiebstahl sowie die entsprechenden Versuche**, auch wenn diese bei Gelegenheit von nicht anderweitig ausgeschlossenen Ereignissen aufgetreten sind. Der Versicherer ist ferner nicht verpflichtet, Entschädigung zu leisten für **außerhalb der versicherten Sachen gelegene Leitungen** oder **Aushub-, Abtragungs-, Abstütz-, Mauer-, Putz- und Belagsarbeiten und ähnliches**. Ausgeschlossen sind Verluste und Ausgaben aufgrund einer Verlängerung der Inaktivität infolge eines an sich entschädigungsfähigen Schadensfalls (indirekte Schäden), wenn diese verursacht wird durch: Aussperrung, von Behörden verhängte Maßnahmen; Ermangelung der erforderlichen Geldmittel für die Wiederaufnahme der Tätigkeit seitens des Versicherten; Schwierigkeiten beim Wiederaufbau, Einschränkungen des Betriebs und Schwierigkeiten bei Wiederinbetriebnahme, Reparatur oder Ersatz von zerstörten oder beschädigten Sachen, die auf externe Ursachen zurückzuführen sind, wie örtliche oder staatliche Städtebauvorschriften oder andere Gesetzesnormen oder behördliche Verordnungen. Ausgeschlossen sind Schäden durch Aufhebung, Ablauf, Annullierung oder Widerruf von Mietverträgen, Lizenzen, Konzessionen, Aufträgen oder Verträgen; an Dritte geschuldete

Vertragsstrafen, Entschädigungen oder Bußgelder; Tage der Unterbrechung der versicherten Betriebstätigkeit, die aus beliebigem Grund auch ohne den Schadensfall erforderlich gewesen wären. Ausgeschlossen sind Verluste infolge der Verlängerung oder Hinauszögerung der Inaktivität, die durch Naturkatastrophen oder Höhere Gewalt verursacht werden; infolge von Streiks, welche Materiallieferungen verhindern oder verzögern; wegen Überholung, Änderungen oder Verbesserungen, die zu Anlass der Wiederinbetriebnahme oder des Ersatzes der beschädigten oder zerstörten Geräte oder Anlagen vorgenommen werden.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Abschnitt ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN ALL RISK: Selbstbehalt: €500,00, vorbehaltlich spezifischer Selbstbeteiligungen. **Geräte > 7 Jahre: Selbstbeteiligung von 25%** mit einem Mindestbetrag von **€ 2.500,00**. **Maschinenpannen: Selbstbeteiligung von 25%,** mindestens **€ 500,00**. **Elektrische Störfälle: Selbstbeteiligung von 15%,** mindestens **€ 500,00**. **Unerfahrenheit, Unvorsichtigkeit, Nachlässigkeit, Bedienfehler:** Entschädigungsgrenze von **30%** der Deckungssumme. **Ausfall oder gestörte Funktion von Bedien- oder Steuergeräten:** Obergrenze **30%** der Deckungssumme. **Sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse: Selbstbeteiligung von 15%** mit mindestens **€ 1.500,00** und Obergrenze von **60%** der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr. **Schäden an Leitungen und elektronischen Ventilen:** Obergrenze von **10%** des Werts des beschädigten Geräts mit maximal **€ 3.500,00** pro Schadensfall. **Schäden an externen Leitungen: Selbstbehalt von € 250,00** mit der Obergrenze von **10%** des Werts des beschädigten Geräts mit maximal **€ 2.500,00** pro Schadensfall. **Nicht normgerechte Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen (Diebstahl):** Der Versicherer zahlt **70%** des auszahlbaren Betrags. **Abschnitt ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK: Direkte Schäden All Risk (allgemein): Selbstbeteiligung von 5%,** mindestens **€ 750,00**. **Diebstahl, Raub und Handlungen Dritter: Selbstbeteiligung von 20%,** mindestens **€ 750,00**. Vollständig eingebaute Solarmodule: Obergrenze **50%** der Deckungssumme. Partiell eingebaute Solarmodule: Obergrenze **40%** der Deckungssumme. Am Boden installierte und nicht eingebaute Anlagen: Obergrenze **30%** der Deckungssumme. **Witterungsphänomene: Selbstbeteiligung von 15%,** mindestens **€ 750,00**. **Pannen und/oder elektrische Störfälle:** Anlagen innerhalb von 7 Jahren nach Abnahme: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 1.250,00**, Grenze **30%** der Deckungssumme. Anlagen mit mehr als 7 Jahren nach Abnahme: **Selbstbeteiligung von 30%,** mindestens **€ 2.500,00**, Grenze **20%** der Deckungssumme. **Indirekte Schäden:** Anlagen mit Fernwirkeinrichtung: **3 Tage Selbstbehalt** über einen Höchstzeitraum der Entschädigung von **60 Tagen**. Anlagen ohne Fernwirkeinrichtung: Pauschale Summe von **10%** der ausgezahlten Entschädigung für Direkte Schäden mit Obergrenze **€ 10.000,00** pro Schadensfall. **Partielle Versicherung:** Wenn der Neuwert die Deckungssumme um mehr als **20%** übersteigt, kommt die proportionale Reduktion der Entschädigung zur Anwendung.

Wo gilt der Versicherungsschutz?

- ✓ Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.
- ✓ Die Privathaftpflicht gilt für Ereignisse in aller Welt unter Ausschluss von USA und Kanada.
- ✓ Die Leistungen für den Rechtsschutz gelten für Schadensfälle, die aufgetreten sind und durch die zuständigen Gerichte der folgenden Gebiete abzuhandeln sind: Länder der Europäischen Union, Vereinigtes Königreich, Vatikanstadt, Republik San Marino, Fürstentum Monaco, Schweiz und Liechtenstein für die strafrechtliche Verteidigung, die Forderung von Schadensersatz an Dritte, für die Abwehr von außervertraglichen Schadensersatzforderungen, die durch Dritte gestellt werden; Italienische Republik, Vatikanstadt und Republik San Marino für andere Sachlagen.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie sind verpflichtet, wahrheitsgemäße, vollständige und zutreffende Erklärungen zum versicherten Risiko abzugeben.
- Sie sind verpflichtet, Änderungen, die zu einer Erschwerung des versicherten Risikos führen, zu melden. Ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das vollständige Erlöschen der Versicherung nach sich ziehen.
- Im Schadensfall haben Sie die Versicherungsgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen, die erforderlichen Unterlagen einzureichen und die Spuren und Indizien des Schadensfalls bis zur Inspektion durch den beauftragten Gutachter aufzubewahren.

Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Der Vertrag sieht die Zahlung einer Prämie als Entgelt für die einjährige Dauer der Versicherung vor, deren Betrag in der Police angegeben ist. Sie können die Entrichtung der Prämie an die Versicherungsgesellschaft anhand der laut Regularien zulässigen und in der Police angegebenen Zahlungsmethode leisten. Die Jahresprämie kann, wenn ihr Betrag sich auf mindestens 120 Euro oder mehr beläuft, nach Ihrer Wahl ohne zusätzliche Kosten in halbjährliche oder monatliche Raten unterteilt werden. Die etwaige Unterteilung der Prämie befreit Sie nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung.

Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Versicherung hat einjährige Dauer und in Ermangelung einer Kündigung wird der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr verlängert. Im Falle der Kündigung läuft die Police um 24:00 Uhr des letzten Tags der im Vertrag festgelegten Laufzeit ab. Der Versicherungsvertrag wird durch Ihre Zahlung der Prämie rechtskräftig abgeschlossen. Die Versicherung tritt um 24:00 Uhr des in der Police angegebenen Datums in Kraft, wenn Sie die Prämie bzw. deren erste Rate entrichtet haben; andernfalls um 24:00 Uhr des Zahlungstages. Der anhand von Fernkommunikationsmitteln abgeschlossene Vertrag tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, an dem die Versicherungsgesellschaft Ihre Willensbekundung zum Vertragsabschluss entgegengenommen hat. Ab diesem Moment garantiert die Versicherungsgesellschaft die vertragsgegenständlichen Leistungen, vorausgesetzt dass Sie die Prämie bezahlt haben.

Wie kann die Kündigung erfolgen?

Sie können die Police kündigen, indem Sie der Versicherungsgesellschaft ein Kündigungsschreiben per Einschreiben oder E-Mail/zertifizierter E-Mail mindestens 30 Tage vor Jahresfälligkeit zusenden. Sie können von einem per Fernkommunikationsmitteln abgeschlossenen Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach erster Abbuchung der Prämie zurücktreten. Sie können Ihre diesbezügliche Absicht der Versicherungsgesellschaft mittels Einschreiben oder E-Mail/zertifizierter E-Mail mitteilen.

Schadensversicherung
Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ausg. 06/2025 – Stand 02-2026

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 für 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.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs VERMÖGEN-Vermögen entscheiden können.

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 Life 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?

Für alle Deckungen steht der Umfang der von der Gesellschaft erbrachten Leistungen im Verhältnis zu den mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Höchstbeträgen und Versicherungssummen.
Einzelheiten zu den Deckungen:
HAFTPFLICHT: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 100, S. 78/147 verwiesen.
RECHTSSCHUTZ: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 105, S. 89/147 verwiesen.
SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 116, S. 94/147 verwiesen.
BRAND: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 125, S. 100/147 verwiesen.
DIEBSTAHL UND RAUB: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 141, S. 112/147 verwiesen.
ELEKTRONIK UND MASCHINENSCHÄDEN ALL RISK: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 156, S. 119/147 verwiesen.
ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 167, S. 124/147 verwiesen.

Was ist NICHT versichert?

AUSGESCHLOSSENE RISIKEN

Zusätzlich zu den Angaben in der Produktinfo Schaden gelten die folgenden Spezifischen Ausschlüsse für die jeweilige Deckung:
Abschnitt HAFTPFLICHT: Vorsatz/Vertrag: Vorsätzlich vom Versicherungsnehmer/Versicherten verursachte Schäden; den Ausschluss bewirkende Nichtbeachtung von Vertragspflichten. **Güter/Spezifische Bauwerke:** Übergebene/verwahrte/besessene Sachen (vorbehaltlich Ausnahmen wie Sachen, die nicht entfernt werden können, Sachen, die gehoben oder befördert werden, oder Sachen von Kunden); Sachen, an denen Arbeiten ausgeführt werden; Bauwerke/Waren nach Fertigstellung/Übergabe (unbeschadet Erweiterungen). **Ausgeschlossene Aktivitäten/Hilfsmittel:** Jagd; Schäden durch Krane, Schwebebahnen, Seilrutschen; Einsatz von Sprengstoff (innerhalb 200 m von der Explosion); Wasser-/Luftfahrzeuge/deren Inhalt/beförderte Personen; Kraftfahrzeuge/Anhänger/selbstfahrende Arbeitsmaschinen in Bereichen, die der Regelung durch Gesetz Nr. 990/69 unterstehen (unbeschadet Kfz-Haftung im Rahmen der Betriebshaftpflicht, Firmenparkplätze); Transportfahrzeuge beim Be-/Entladen; Fahrzeuge/Maschinen/Anlagen, die von Personen ohne die erforderliche Befähigung gesteuert werden (unbeschadet Haftpflicht des Haushaltsvorstands); landwirtschaftliche Maschinen auf Ketten/nicht gummierten Rädern auf Straßenbelag; Einsatz von Phytopharmaka mit verbotenen Substanzen. **Immobilien/Umweltverschmutzung:** Nicht angegebene/nicht mit der Tätigkeit oder Wohnung des Versicherten verbundene Gebäude/feste Anlagen (unbeschadet Firmenschilder); Schäden durch Anlagen (Heizung, Wasser-/Abwasserleitungen), Feuchtigkeit, Tropfleckage; Verschmutzung von Luft/Wasser/Boden (unbeschadet versehentlicher Verschmutzung); Schäden in Verbindung mit Asbest. **Allgemeine Risiken:** Kriegshandlungen/Tumulte/Beschlagnahme/Nationalisierung (außer bei Nachweis, dass kein Zusammenhang besteht); IT-Störfälle (fehlerhafte Registrierung/Betriebsstörungen/Virus, unbeschadet der Haftung für personenbezogene Daten, Brand, Explosion, Bersten); Risiken in Verbindung mit Schifffahrt/Unterwasserarbeiten; Ansteckende Tierkrankheiten; gesetzlich verbotene Aktivitäten (auch unfreiwillige); lebendes/totes Inventar des landwirtschaftlichen Unternehmens (unbeschadet der Bestände von Dritten bei Gebäudeeinsturz); geistige Berufe.
Abschnitt RECHTSSCHUTZ: Spezifische Ausgaben: Auf Vereinbarungen über die Beteiligung am Prozessgewinn basierende Anwaltshonorare, Strafanträge, in deren Folge kein Strafverfahren eingeleitet wird, nicht von ARAG benannte zustellungs- und vertretungsbevollmächtigte Anwälte; Reisekosten; Zwangsvollstreckungen nach dem zweiten Versuch; nicht obligatorische Schlichtung; Steuern/Gebühren/Bußgelder; nicht vereinbarte/doppelte Ausgaben. **Delikte:** Ausgaben für Vorsatzdelikte (unbeschadet Freispruch, Rückstufung, Einstellung des Verfahrens); für die Freigabe beschlagnahmter Güter, die nicht maßgeblich für die Tätigkeit sind. **Spezifische Streitigkeiten:** Lieferanten (Wert <€500 oder >€30.000); nicht im Beschäftigtenverzeichnis eingetragene Arbeitskräfte; Abwehr von Haftpflichtanspruch (wenn die Haftpflicht den Schaden, aber nicht die Ausgaben deckt, oder bei verspäteter Anzeige oder vorgezogener technischer Feststellung der Haftpflicht, oder bei nicht nachgewiesener Haftpflicht). **Ausgeschlossene Bereiche:** Familienrecht, Erbrecht, Schenkungsrecht; Steuer-/Verwaltungsrecht; Kriegshandlungen/Terrorismus/Tumulte/Vandalismus/Erdbeben/Radioaktivität; Kerntechnik (ausgenommen medizinische Behandlungen); Naturkatastrophen; Patente/Marken/Konkurrenz/Antitrust; Gesellschaftsanteile/Gesellschafter-Geschäftsführer; Schienenfahrzeuge/Seilbahnen (ausgeschlossen Haftpflicht); Vorsatz des Versicherten; nicht versehentliche Umweltverschmutzung; Unternehmensfusionen/-änderungen; eigene Leistungen/Lieferungen; Kauf/Verkauf/Tausch von Immobilien; spezifische Bauarbeiten (es sei denn die Unternehmenstätigkeit liegt im Baugewerbe). **Spezifische Sektoren/Subjekte:** Vermietung/Verkauf von Unternehmen/Immobilienleasing; Fertigung/Vertrieb von Sprengstoff/Waffen/Militärgütern; Abfallmanagement; Leiharbeit; Genossenschaften/Verbrauchervereine; medizinische/pflegerische Tätigkeiten; Agentur/Vertretung/Beauftragung; Rechtsstreitigkeiten mit der Versicherungsgesellschaft/Dachgesellschaft der Bank. Sammelklagen; Kindesmissbrauch (Strafverteidigung); Inkasso; Mietbeträge/Nebenkosten; Bezahlung des Preises für Güter/Dienstleistungen; Berufshaftpflicht; leer stehende/nicht versicherte Immobilien; Unternehmenspositionen; Massenentlassungen. **Abschnitt SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN: Vorsatz/Gültigkeit:** Vorsatz des Versicherungsnehmers/Versicherten; mangelnde Einhaltung von Gültigkeitsbedingungen; Auflösung/Aufgabe der Unternehmenstätigkeit. **Art von Schaden/Risiko:** Diebstahl, Raub, Erpressung, Plünderung, Fehlbeträge jeder Art; Frost; Vergiftung von Tierbeständen; Einbrechen des Erdbodens; Kriegshandlungen/Tumulte (außer bei Nachweis, dass kein Zusammenhang besteht). **Verschleiß/Wartung/Defekte:** Verderben/Abnutzung/Korrosion/Oxidation; Nichtbeachtung der Wartungsvorschriften; Kosten für vorbeugende Wartung/Inspektion/Behebung von Verschleißdefekten; bekannte Defekte; Defekte, für welche der Lieferant haftet. **Besonderheiten:** Inhalt von Back-/Röstöfen (direkter Schaden durch Feuer/Hitze); ästhetische Schäden; Utensilien/Zubehör/Flüssigkeiten (außer Öl); Haushalts-/medizinische/Photovoltaikgeräte; Schäden/Defekte, die durch Garantie/technischen Kundendienst gedeckt sind; Ausgaben für System-Upgrade (außer unvermeidliche Ausgaben bei der Instandsetzung); bereits bekannte IT-Angriffe. **Ausgeschlossene Vorgänge:** Nicht wartungsbedingte Montage-/Demontagevorgänge; Abtransport vom Standort.
Abschnitt BRAND: Vorsatz: Vorsatz des Versicherungsnehmers/Versicherten. **Andere Risiken:** Verlust/Diebstahl von versicherten Sachen; Frost; Vergiftung von Viehbeständen; Einbrechen von Erdboden.
Naturkatastrophen/Kriegshandlungen: Erdbeben, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, Hochwasser, Tsunamis, Sturmfluten; Kriegshandlungen, Aufstände, Tumulte, Streiks, Unruhen, militärische Besetzung, Invasion (außer bei nachgewiesen mangelndem Zusammenhang). **Art/Ursprung des Schadens:** Indirekte Schäden (außer Betriebsunterbrechung); Bersten/Implosion aufgrund von Verschleiß/Korrosion/Materialdefekten; Inhalt Back-/Röstöfen (direkter Schaden durch Feuer/Hitze).
Abschnitt DIEBSTAHL UND RAUB: Naturkatastrophen/Kriegshandlungen: Schäden in Verbindung mit Krieg, Aufständen, Tumulten, Terrorismus, Sabotage; oder in Verbindung mit Bränden, Explosionen, Elementarereignissen (Hagel, Erdbeben, Hochwasser usw.). **Vorsatz/grobe Fahrlässigkeit:** Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers/Versicherten/Gesetzlichen Vertreters/Gesellschafters; oder von Mitbewohnern/Benutzern der Räume/Verwandten (Art. 649 Strafgesetzbuch). Schäden durch Wachpersonal (außer Untreue Beschäftigte). **Schadensart:** Indirekte Schäden; Schäden durch Brand/Explosion/Bersten verursacht durch den Straftäter. **Versäumnis der Aufsicht:** Räumlichkeiten, die länger als **45 Tage** unbeaufsichtigt bleiben. **Ausgeschlossene Güter:** Leasinggüter, Schmuck und Wertgegenstände. **Beschlagnahmungen:** Beschlagnahmungen und Requisitionen.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Abgesehen von den Angaben in den Produktinfos Leben und Schaden sind nachstehend nähere Informationen zu Selbstbehalten, Selbstbeteiligungen und Entschädigungsgrenzen aufgeführt.
BETRIEBSHAFTPFLICHT: Fester Selbstbehalt für Sachschäden: **€250,00**. Für Baukategorie: **Selbstbehalt €1.500,00** pro Schadensfall mit Sachschäden. Teilnahme an Ausstellungen/Messen/betrieblichem Freizeitangebot. **Selbstbeteiligung von 20%,** mindestens **€ 1.500,00.** Bei Dritten durchgeführte Arbeiten: **Selbstbeteiligung von 20%,** mindestens **€ 1.500,00**,

Entschädigungsgrenze **€ 150.000,00** pro Schadensfall. Schäden an Sachen Dritter, die gehoben/ auf- oder abgeladen/befördert/geschleppt werden: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 500,00**, Entschädigungsgrenze **€ 10.000,00** pro Schadensfall. Schäden durch Betriebsunterbrechung: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 250,00**, Entschädigungsgrenze **€ 50.000,00** pro Schadensfall. Fehler bei der Verarbeitung personenbezogener Daten: **Selbstbehalt € 1.000,00** pro Schadensfall, Entschädigungsgrenze **€ 50.000,00** pro Schadensfall und **€ 150.000,00** pro Versicherungsjahr. Versehentliche Umweltverschmutzung: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 2.500,00**, Entschädigungsgrenze **€ 25.000,00** pro Schadensfall und **€ 250.000,00** pro Versicherungsjahr. Besitz und Gebrauch von Waffen: Entschädigungsgrenze von **€ 100.000,00** pro Schadensfall. Haftung für Brandschäden: Bis **€ 300.000,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr mit einem **Selbstbehalt von € 1.000,00.** Für Schäden durch Unterbrechungen/Aussetzungen: **Selbstbehalt von € 1.000,00** und max. **€ 50.000,00** pro Schadensfall. **HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT: Selbstbehalt für Sachschäden von €250,00**. **Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen: Branche Landwirtschaft:** Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder zur Verwahrung übergeben werden: **Selbstbehalt von € 250,00**, Entschädigungsgrenze **€ 50.000,00** pro Jahr (maximal **€ 5.000,00** pro geschädigtem Kunden für zur Verwahrung übergebene Sachen und **€ 1.500,00** für nicht übergebene Sachen). Haftung des Haushaltsvorstands: Entschädigungsgrenze von **€ 300.000,00** pro Schadensfall und Jahr. Viehwirtschaft: Bis **€ 100.000,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr mit einem **Selbstbehalt von € 1.500,00. Branche Industrie und Handwerk:** Baugewährleistungsversicherung für Verlege-, Installations-, Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 1.500,00**, Entschädigungsgrenze **€ 50.000,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Diebstahlschäden, die durch Gerüste begünstigt worden sind: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 250,00**, Entschädigungsgrenze **€ 50.000,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Schäden an Kleidungsstücken des Kunden (Friseure): **Selbstbehalt von € 250,00**, Entschädigungsgrenze **€ 1.500,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien): **Selbstbehalt von € 250,00**, Entschädigungsgrenze **€ 1.500,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. **Branche Handel:** Schäden infolge des Produktverkaufs: **Selbstbehalt von € 500,00**, Entschädigungsgrenze **€ 100.000,00** pro Schadensfall. **Branche Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe:** Sachen, die von Hotel-/Pensions-/B&B-Gästen mitgebracht und/oder zur Verwahrung übergeben werden: **Selbstbehalt von € 250,00**, Entschädigungsgrenze **€ 50.000,00** pro Jahr (maximal **€ 5.000,00** pro geschädigtem Kunden für zur Verwahrung übergebene Sachen und **€ 1.500,00** für nicht übergebene Sachen). Haftung des Haushaltsvorstands: Entschädigungsgrenze von **€ 300.000,00** pro Schadensfall und Jahr. **RECHTSSCHUTZ** Streitwert bei Rechtsstreitigkeiten mit Lieferanten: Ab € 500 bis maximal € 30.000.

Wartezeit: Die Schäden werden gedeckt, wenn sie frühestens 3 Monate nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes eintreten, ausgenommen gesicherte oder mutmaßliche außervertragliche Schäden und straf-/verwaltungsrechtliche Verstöße. Frist für die Meldung des Schadensfalls: Binnen 24 Monaten ab Ablaufdatum der Versicherung: **SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN: Tagegeld:** Mindestens **€ 50,00** und maximal **€ 400,00. Stufen Transaktionsvolumen:** Für Transaktionsvolumen bis € 50,00 pro Tag, Entschädigung von **€ 50,00** pro Tag. **Zeitlicher Selbstbehalt: 3 Werktage** einschließlich dem Tag des Schadensereignisses. **Leistungsgrenze:** Die festgelegte Entschädigung stellt die Leistungsgrenze pro Schadensfall und Versicherungsjahr dar. **Abschnitt BRAND: Elektrische Störfälle:** Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als **5%** der Deckungssumme mit der Obergrenze von **€ 5.000,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Dabei gilt eine **Selbstbeteiligung von 10%** von mindestens **€ 300,00**. **Witterungsphänomene: Selbstbeteiligung von 10%** der geschuldeten Entschädigung mit einem Mindestbetrag von **€ 500,00**. Auf keinen Fall bezahlt der Versicherer einen Betrag, der **70%** der Deckungssumme übersteigt. **Hagel auf zerbrechlichen Elementen: Selbstbehalt € 500,00.** Auf keinen Fall zahlt der Versicherer für einen oder mehrere Schadensfälle in einem Versicherungsjahr einen Betrag, der **€ 15.000,00** übersteigt. **Übermäßige Schneelast: Selbstbeteiligung von 10%** der Entschädigung mit einem Mindestbetrag von **€ 1.000,00**. Auf keinen Fall zahlt der Versicherer für einen oder mehrere Schadensfälle in einem Versicherungsjahr einen Betrag, der **50%** der Deckungssumme bzw. die Obergrenze von **€ 150.000,00** übersteigt. **Klage Dritter: Selbstbehalt von € 1.000,00**. Auf keinen Fall zahlt der Versicherer einen Betrag, der **20%** der Deckungssumme bzw. die Obergrenze von **€ 500.000,00** pro Schadensfall übersteigt. **Indirekte Schäden (Betriebsunterbrechung):** Tagegeld bis **€ 300,00** für jeden Werktag vollständiger Inaktivität. **7 Werktage** Selbstbehalt. Leistung für eine maximale Betriebsunterbrechung von insgesamt **90 Tagen**. **Gekühlte Waren (Ausfall der Kühlung):** Der Versicherer zahlt keinen Betrag, der **€ 10.000,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr übersteigt. **Fester Selbstbehalt von € 1.000,00**. **Sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse: Selbstbeteiligung von 10%** der Entschädigung mit einem Mindestbetrag von **€ 1.000,00**. Auf keinen Fall bezahlt der Versicherer einen Betrag, der **70%** der Deckungssumme übersteigt. **Vorschuss von Entschädigungen:** Anzahlung von maximal **50%** des voraussichtlichen Entschädigungsbetrags, wenn dieser **€ 100.000,00** übersteigt. **Ausgaben für Abbruch, Räumung, Behandlung und Transport der Rückstände:** Bis zu **10%** der Entschädigung mit Entschädigungsgrenze von **€ 10.000,00** pro Schadensfall. **Ausgaben und Honorare des Gutachters:** Max. **1%** der Entschädigung mit Obergrenze **€ 3.500,00** pro Schadensfall. **Austausch Platten und Schilder:** Der Versicherer zahlt keinen Betrag, der **€ 3.000,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr übersteigt. Es kommt ein **fester Selbstbehalt von € 250,00** zur Anwendung. **Mietausfall:** Maximal **3 Monatsmieten** pro Schadensfall über einen Gesamtbetrag von höchstens **€ 3.000,00** nach Abzug eines **Selbstbehalts von € 150,00** für jeden Schadensfall. **Waren bei Dritten:** Höchstens **10%** der Deckungssumme mit einem Höchstbetrag von **€ 40.000,00** pro einzelnem Standort und pro einzelnem Schadensfall. **Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Wertgegenstände, Pelzmäntel, Teppiche, Gemälde, Sammlungen, Kunstgegenstände:** Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Wertgegenstände, Pelzmäntel: bis **5%** der Deckungssumme (max. **€ 2.500,00** pro Schadensfall und Jahr). Bei Verwahrung in Tresor: bis **20%** (max. **€ 10.000,00** pro Schadensfall und Jahr). Teppiche, Gemälde, Sammlungen und Kunstgegenstände: bis **10%** der Deckungssumme (max. **€ 5.000,00** pro einzelnem Gegenstand und **€ 25.000,00** pro einzelner Sammlung oder Kollektion). **Hausrat/Bestand im Freien:** Höchstens **€ 100.000,00** pro einzelnem Standort und pro einzelnem Schadensfall. **Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen: Branche Landwirtschaft - Verlust von Vieh:** Höchstens **40%** der Deckungssumme, max. **€ 30.000,00** pro Schadensfall und **€ 2.000,00** pro Einzeltier. **Fester Selbstbehalt von € 500,00**. **Branche Landwirtschaft - Schäden am Futter:** Höchstens **25%** der Deckungssumme, max. **€ 100.000,00** pro Schadensfall und Jahr. **Selbstbehalt von € 1.500,00**. **Branche Landwirtschaft - Schäden an Anbauflächen:** Höchstens **10%** der Deckungssumme, max. **€ 15.000,00** pro Schadensfall und Jahr. **Fester Selbstbehalt von € 1.500,00**. **Branche Landwirtschaft - Schäden durch Auslaufen von Flüssigkeiten:** Höchstens **25%** der Deckungssumme, max. **€ 10.000,00** pro Schadensfall und Jahr. **Fester Selbstbehalt von € 500,00**. **Branche Landwirtschaft - Schäden am Eigentum von Feriengästen des Bauernhofs:** Persönliche Habe: Obergrenze von **€ 3.000,00** pro einzelnem Gegenstand und höchstens **30%** der Deckungssumme. Bargeld und Wertsachen, die zur Verwahrung übergeben worden sind: Höchstens **10%** der Deckungssumme und bis zu **€ 2.500,00** pro einzelnem Schadensfall. Kraftfahrzeuge: Obergrenze von **€ 30.000,00** pro einzelnem Fahrzeug und höchstens **30%** der Deckungssumme. **Branche Landwirtschaft - Schäden an Gewächshäusern (Glas):** Nicht mehr als **10%** der Deckungssumme. **Branche Handel - Verlust von pharmazeutischen Strichcode-Etiketten:**

Entschädigungsgrenze von **€ 7.500,00** pro Schadensfall. **Branche Industrie und Handwerk - Land-/Wasserfahrzeuge Dritter in Verwahrung:** Höchstens **10%** der Deckungssumme, max. **€ 15.000,00** pro Schadensfall und Jahr. **Selbstbehalt von € 1.500,00**.
Abschnitt DIEBSTAHL UND RAUB, allgemein: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 500,00**. Bei nicht normgerechten Sicherungsvorrichtungen: Der Versicherer zahlt **70%** des auszahlbaren Betrags. Bei nicht aktivierter/nicht funktionstüchtiger Alarmanlage: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 500,00**. **Untreue der Beschäftigten:** Entschädigungsgrenze maximal **10%** der Deckungssumme und **€ 2.500,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. **Transport von Wertsachen:** Entschädigungsgrenze maximal **10%** der Deckungssumme und **€ 2.500,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. **Durch Diebe verursachte Schäden und Vandalismus:** Entschädigungsgrenze maximal **10%** der Deckungssumme und **€ 2.500,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. **Diebstahl und Raub von Waren und Maschinen bei Dritten:** Entschädigungsgrenze maximal **10%** der Deckungssumme. **Belegte Behandlungskosten (außer Arzneimittel):** Entschädigungsgrenze von **€ 1.500,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. **Sachen im Freien:** Entschädigungsgrenze maximal **20%** der Deckungssumme. **Allgemeine Entschädigungsgrenzen:** Hausrat/Bestand der Nebengebäude: Maximal **10%** der Deckungssumme. Bargeld und Wertsachen gleich an welchem Aufbewahrungsort: Entschädigungsgrenze von **€ 1.500,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Bargeld und Wertsachen in Tresor: Entschädigungsgrenze von **€ 2.500,00** pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Teppiche, Gemälde, Sammlungen, Kunstgegenstände: Maximal **10%** der Deckungssumme. Raub von persönlicher Habe: **Selbstbehalt € 250,00**, Entschädigungsgrenze **€ 1.000,00** pro Person und **€ 3.000,00** pro Versicherungsjahr. **Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen: Branche Landwirtschaft - Diebstahl von Vieh: Selbstbeteiligung von 20%,** mindestens **€ 500,00**, Obergrenze **30%** der Deckungssumme und **€ 2.000,00** pro Einzeltier. **Branche Landwirtschaft - Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder zur Verwahrung übergeben werden:** Persönliche Habe: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 500,00**, Obergrenze **15%** der Deckungssumme und **€ 1.500,00** pro Einzelgegenstand. Bargeld und Wertsachen allgemein, die zur Verwahrung übergeben worden sind: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 500,00**, Obergrenze **15%** der Deckungssumme. Kraftfahrzeuge von Gästen: **Selbstbeteiligung von 10%,** mindestens **€ 500,00**, Obergrenze **30%** der Deckungssumme. **Branche Handel - Pharmazeutischen Strichcode-Etiketten:** Entschädigungsgrenze von **€ 7.500,00** pro Schadensfall. **Bereich Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe - Von Hotel-/Pensions-/B&B-Gästen mitgebrachte oder zur Verwahrung übergebene Sachen:** Persönliche Habe: Höchstens **15%** der Deckungssumme und **€ 1.500,00** pro Gegenstand. Bargeld und Wertsachen allgemein, die zur Verwahrung übergeben worden sind: Maximal **15%** der Deckungssumme. Kraftfahrzeuge von Gästen: Bis zu **30%** der Deckungssumme.

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkt ist dem Bankkunden gewidmet, der einen Schutz vor Risiken in den Bereichen Person und Vermögen wünscht.

Welche Kosten entstehen dabei?

VERMITTLUNGSKOSTEN

Der Vermittler bezieht eine Provision in Höhe von 30% der bezahlten steuerpflichtigen Prämie.

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:	
Versicherungsombudsmann **ODER** **anderes System zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten im Rahmen des FIN-NET (Financial Dispute Resolution Network)**	Durch Antrag: - beim Versicherungsombudsmann über das auf dessen Website bereitstehende Portal (www.arbitroassicurativo.org), auf dem die Voraussetzungen für die Zulassung, weitere Informationen zur Antragseinreichung selbst sowie weitere nützliche Angaben eingesehen werden können oder - bei einem anderen System zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten im Rahmen des FIN.NET, dem das Unternehmen beigetreten ist oder dem es gemäß Art. 2, Abs. 3 des Dekrets des Ministeriums für Unternehmen und Made in Italy Nr. 215 vom 6. November 2024 untersteht.
Schlichtung	Durch Einschaltung einer der Schlichtungsstellen, 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. • Handelt es sich bei dem Versicherungsnehmer um eine Personen- oder Kapitalgesellschaft, sind die an die Gesellschaft gezahlten Prämien, welche die Risiken Todesfall und Bleibende Vollinvalidität zum Gegenstand haben, gemäß einschlägiger Steuergesetzgebung (Art. 109, Abs. 5, Einkommensteuergesetz TUIR) von der Steuer absetzbar, wenn sie über einen Kausalzusammenhang mit den Einkommensteuer erzeugenden Tätigkeiten verbunden sind. Es empfiehlt sich, zur korrekten Einstufung der Kosten einen Steuerberater zu Rate zu ziehen.

Worin besteht das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen?

Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen	Wenn bei dem Beitretenden/Versicherten in der Vergangenheit eine Krebserkrankung aufgetreten ist, deren aktive Behandlung entsprechend den Bestimmungen von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 sowie der diesbezüglichen Umsetzungsdekrete ohne Rezidive seit über zehn Jahren abgeschlossen ist, so ist er weder verpflichtet, Angaben zu dieser Vorerkrankung zu tätigen, noch sich jedweder Art von diesbezüglicher Kontrolle (bspw. ärztlicher Untersuchung) zu unterziehen. Dieser Zeitraum wird von zehn auf fünf Jahre reduziert, wenn die Erkrankung vor dem 21. Geburtstag aufgetreten war. Für die von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 und dessen Umsetzungsdekreten eigens aufgeführten Krebserkrankungen gelten kürzere Zeiträume, die jeweils in der Tabelle angegeben sind, welche auf der Website des Unternehmens unter folgendem Link eingesehen werden kann https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
Attest über das Vorliegen der Voraussetzungen für das Vergessenwerden von Krebserkrankungen	Der Beitretende/Versicherte, der vor dem Abschluss oder der Verlängerung des Versicherungsvertrags Informationen zu seinem Gesundheitszustand mitgeteilt hat, die sich auf frühere Krebserkrankungen beziehen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive beendet ist, sendet das ausgestellte Attest entsprechend den Bestimmungen von Gesetz Nr. 193 aus dem Jahr 2023 sowie von dessen Umsetzungsdekreten umgehend an das Versicherungsunternehmen oder den Vermittler.
Auswirkungen des Rechts auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen für die Unternehmen	Ist der für das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen vorgesehene Zeitraum verstrichen, können ggf. bereits erfasste Daten nicht für eine Änderung der Vertragsbedingungen, für die Beurteilung des Versicherungsrisikos oder der Zahlungsfähigkeit des Beitretenden/Versicherten verwendet werden. Die Unternehmen sind verpflichtet, Daten mit Bezug auf frühere onkologische Erkrankungen binnen 30 Tagen ab Erhalt des Attests endgültig zu löschen, ohne dass dabei Kosten für den Beitretenden/Versicherten entstehen dürfen. Vereinbarte Vertragsklauseln, die den Bestimmungen von Art. 2, Abs. 1 bis 5 von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 widersprechen, sind nichtig, während Wirksamkeit und Gültigkeit des Vertrags bestehen bleiben. Die Nichtigkeit kommt ausschließlich zugunsten des Versicherungsnehmers oder Versicherten zu tragen und kann von Amts wegen jederzeit und in jeder Phase des Verfahrens festgestellt werden.

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.

Schadensversicherung

Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

Vorvertragliche Produktinformation für Schadensversicherungen

Net Insurance S.p.A. **Produkt: PROTECTION BUSINESS**

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

Art der Versicherung

Die mehrere Deckungen enthaltende Schadensversicherung stellt gemeinsam mit der temporären Todesfallversicherung, die der Unternehmenstätigkeit gewidmete Kombipolice Protection Business dar, die umfassenden Schutz für Güter, Personen und Vermögen bietet.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs VERMÖGEN-Cyber entscheiden können.

Was ist versichert?

✓ **Bereich Cyber - Finanzielle Verluste**

Der Versicherer erstattet infolge eines Schadens, der durch einen Angriff auf das Informationssystem verursacht wurde, die notwendigen und verhältnismäßigen Ausgaben des Versicherten für: Ermittlung und Dokumentation der Ursachen; Schadensbegrenzung; Entfernung der Malware, die den Schaden verursacht hat, aus dem Informationssystem; Wiederherstellung und Konfiguration von Daten und Informationssystem, wobei - wenn möglich - der unmittelbar vor genanntem Angriff bestehende Zustand wiederherzustellen ist. **Bereich Cyber - Prävention und Überwachung**

Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer über den **Service Provider** exklusiv folgende kostenlose Dienstleistungen zur Verfügung: **Data Breach** - Überwachung und Erfassung der Beeinträchtigung von Unternehmensdaten/personenbezogenen Daten. **Continuous scanning -** Überwachung und Erfassung der vom öffentlichen Netzwerk zugänglichen Ports. **Spam Reputation -** Überwachung und Feststellung der Reputation von E-Mail-Adressen, um zu vermeiden, dass diese von Antispam-Softwares blockiert werden. **Threat Intelligence -** Überwachung der „cyber reputation" der Firmenressourcen (öffentliche IP-Adressen und Domänen).

Der für den Bereich Cyber versicherte Höchstbetrag entspricht Euro 20.000.

Was ist nicht versichert?

Ausgeschlossen sind alle Schadensarten, wenn die **Gültigkeitsbedingungen der Deckungen** (angemessenes Passwortmanagement, Einsatz von Antivirus, Anti-Spyware und Firewall auf dem neuesten Stand, regelmäßige Backups und Updates des Systems) **nicht eingehalten worden sind.** Ausgeschlossen sind **Schäden bei Dritten.** Ausgeschlossen sind Ausgaben, die entstanden sind, um **das Informationssystem oder die Daten auf einer höheren Ebene** als der vor dem versicherten Ereignis bestehenden Situation zu implementieren oder um Verbesserungen vorzunehmen, es sei denn, dies ist im Rahmen der Datenwiederherstellung unvermeidbar. Ausgeschlossen sind Schäden aufgrund **finanzieller Verluste infolge der Unmöglichkeit, Geschäftsvorgänge, Investitionen, Veräußerungen, Kauf und Verkauf von Wertpapieren jeder Art vorzunehmen**. Ausgeschlossen sind Schäden, die durch **Gesetzesverstöße des Versicherten oder des Outsourcing Providers** verursacht worden sind. Ausgeschlossen sind Schäden infolge von **angekündigten und geplanten Unterbrechungen des Informationssystems.** Ausgeschlossen sind Schäden durch **Diebstahl, Verletzung oder unerlaubter Verbreitung von geistigem Eigentum** (wie z.B. Copyright, Marken, Patente, Geschäftsgeheimnisse, Entwürfe, Modelle, vertrauliche oder Marktinformationen oder andere Formen geistigen Eigentums). Ausgeschlossen sind **Vorkenntnisse**, worunter jede Art von Angriff auf das Informationssystem gemeint ist, der dem Versicherten vor Beginn der Laufzeit der Versicherung bereits bekannt war.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Leistungsgrenze: Die in der Police angegebene Deckungssumme entspricht der Leistungsgrenze des Versicherers pro Schadensfall und Versicherungsjahr. **Entschädigungsgrenzen: Selbstbeteiligung von 10%** des entschädigungsfähigen Schadens mit einem Mindestbetrag von **€ 500,00**.

Wo gilt der Versicherungsschutz?

Die Versicherung wird für Ereignisse geleistet, die an den in Italien gelegenen Standorten der Tätigkeit des Versicherten aufgetreten sind.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie sind verpflichtet, wahrheitsgemäße, vollständige und zutreffende Erklärungen zum versicherten Risiko abzugeben.
- Sie sind verpflichtet, Änderungen, die zu einer Erschwerung des versicherten Risikos führen, zu melden. Ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das vollständige Erlöschen der Versicherung nach sich ziehen.
- Im Schadensfall haben Sie die Versicherungsgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen, die erforderlichen Unterlagen einzureichen und die Spuren und Indizien des Schadensfalls bis zur Inspektion durch den beauftragten Gutachter aufzubewahren.

Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Der Vertrag sieht die Zahlung einer Prämie als Entgelt für die einjährige Dauer der Versicherung vor, deren Betrag in der Police angegeben ist. Sie können die Entrichtung der Prämie an die Versicherungsgesellschaft anhand der laut Regularien zulässigen und in der Police angegebenen Zahlungsmethode leisten. Die Jahresprämie kann, wenn ihr Betrag sich auf mindestens 120 Euro oder mehr beläuft, nach Ihrer Wahl ohne zusätzliche Kosten in halbjährliche oder monatliche Raten unterteilt werden. Die etwaige Unterteilung der Prämie befreit Sie nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung.

Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Versicherung hat einjährige Dauer und in Ermangelung einer Kündigung wird der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr verlängert. Im Falle der Kündigung läuft die Police um 24:00 Uhr des letzten Tags der im Vertrag festgelegten Laufzeit ab. Der Versicherungsvertrag wird durch Ihre Zahlung der Prämie rechtskräftig abgeschlossen. Die Versicherung tritt um 24:00 Uhr des in der Police angegebenen Datums in Kraft, wenn Sie die Prämie bzw. deren erste Rate entrichtet haben; andernfalls um 24:00 Uhr des Zahlungstages. Der anhand von Fernkommunikationsmitteln abgeschlossene Vertrag tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, an dem die Versicherungsgesellschaft Ihre Willensbekundung zum Vertragsabschluss entgegengenommen hat. Ab diesem Moment garantiert die Versicherungsgesellschaft die vertragsgegenständlichen Leistungen, vorausgesetzt dass Sie die Prämie bezahlt haben.

Wie kann die Kündigung erfolgen?

Sie können die Police kündigen, indem Sie der Versicherungsgesellschaft ein Kündigungsschreiben per Einschreiben oder E-Mail/zertifizierter E-Mail mindestens 30 Tage vor Jahresfälligkeit zusenden. Sie können von einem per Fernkommunikationsmitteln abgeschlossenen Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach erster Abbuchung der Prämie zurücktreten. Sie können Ihre diesbezügliche Absicht der Versicherungsgesellschaft mittels Einschreiben oder E-Mail/zertifizierter E-Mail mitteilen.

Schadensversicherung
Versicherungsprodukt zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ausg. 06/2025 – Stand 02-2026

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 für 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.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs VERMÖGEN-Vermögen entscheiden können.

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 Life 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?

Für alle Deckungen steht der Umfang der von der Gesellschaft erbrachten Leistungen im Verhältnis zu den mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Höchstbeträgen und Versicherungssummen.
Einzelheiten zu den Deckungen:
FINANZIELLE VERLUSTE: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 176, S. 130/147 verwiesen.
PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Abs. 17, S. 133/147 verwiesen.

Was ist NICHT versichert?

AUSGESCHLOSSENE RISIKEN
Zusätzlich zu den Angaben in der Produktinfo Schaden gelten die folgenden Ausschlüsse:
ausgeschlossen sind alle Schadensarten, wenn die **Gültigkeitsbedingungen der Deckungen** (angemessenes Passwortmanagement, Einsatz von Antivirus, Anti-Spyware und Firewall auf dem neuesten Stand, regelmäßige Backups und Updates des Systems) **nicht eingehalten worden sind.** Ausgeschlossen sind **Schäden bei Dritten.** Ausgeschlossen sind Ausgaben, die entstanden sind, um **das Informationssystem oder die Daten auf einer höheren Ebene** als der vor dem versicherten Ereignis bestehenden Situation zu implementieren oder um Verbesserungen vorzunehmen, es sei denn, dies ist im Rahmen der Datenwiederherstellung unvermeidbar. Ausgeschlossen sind Schäden aufgrund **finanzieller Verluste infolge**

der Unmöglichkeit, Geschäftsvorgänge, Investitionen, Veräußerungen, Kauf und Verkauf von Wertpapieren jeder Art vorzunehmen. Ausgeschlossen sind Schäden, die durch **Gesetzesverstöße des Versicherten oder des Outsourcing Providers** verursacht worden sind. Ausgeschlossen sind Schäden infolge von **angekündigten und geplanten Unterbrechungen des Informationssystems.** Ausgeschlossen sind Schäden durch **Diebstahl, Verletzung oder unerlaubter Verbreitung von geistigem Eigentum** (wie z.B. Copyright, Marken, Patente, Geschäftsgeheimnisse, Entwürfe, Modelle, vertrauliche oder Marktinformationen oder andere Formen geistigen Eigentums). Ausgeschlossen sind **Vorkenntnisse**, worunter jede Art von Angriff auf das Informationssystem gemeint ist, der dem Versicherten vor Beginn der Laufzeit der Versicherung bereits bekannt war. **Abschnitt PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG:** Die bereitgestellten Quellen enthalten keine spezifische Liste der Ausschlüsse für Abschnitt 17 - Prävention und Überwachung.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Die Informationen beschränken sich auf die Angaben in der Produktinfo Schaden.

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkt ist dem Bankkunden gewidmet, der einen Schutz vor Risiken in den Bereichen Person und Vermögen wünscht.

Welche Kosten entstehen dabei?

VERMITTLUNGSKOSTEN

Der Vermittler bezieht eine Provision in Höhe von 30% der bezahlten steuerpflichtigen Prämie.

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:

Versicherungsombudsmann	Durch Antrag: - beim Versicherungsombudsmann über das auf dessen Website bereitstehende Portal (www.arbitroassicurativo.org), auf dem die Voraussetzungen für die Zulassung, weitere Informationen zur Antragseinreichung selbst sowie weitere nützliche Angaben eingesehen werden können
ODER	oder
anderes System zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten im Rahmen des FIN-NET (Financial	- bei einem anderen System zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten im Rahmen des FIN.NET, dem das Unternehmen beigetreten ist oder dem es gemäß Art. 2, Abs. 3 des Dekrets des Ministeriums für Unternehmen und Made in Italy Nr. 215 vom 6. November 2024 untersteht.

Dispute Resolution Network)	
Schlichtung	Durch Einschaltung einer der Schlichtungsstellen, 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. • Handelt es sich bei dem Versicherungsnehmer um eine Personen- oder Kapitalgesellschaft, sind die an die Gesellschaft gezahlten Prämien, welche die Risiken Todesfall und Bleibende Vollinvalidität zum Gegenstand haben, gemäß einschlägiger Steuergesetzgebung (Art. 109, Abs. 5, Einkommensteuergesetz TUIR) von der Steuer absetzbar, wenn sie über einen Kausalzusammenhang mit den Einkommensteuer erzeugenden Tätigkeiten verbunden sind. Es empfiehlt sich, zur korrekten Einstufung der Kosten einen Steuerberater zu Rate zu ziehen.

Worin besteht das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen?

Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen	Wenn bei dem Beitretenden/Versicherten in der Vergangenheit eine Krebserkrankung aufgetreten ist, deren aktive Behandlung entsprechend den Bestimmungen von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 sowie der diesbezüglichen Umsetzungsdekrete ohne Rezidive seit über zehn Jahren abgeschlossen ist, so ist er weder verpflichtet, Angaben zu dieser Vorerkrankung zu tätigen, noch sich jedweder Art von diesbezüglicher Kontrolle (bspw. ärztlicher Untersuchung) zu unterziehen. Dieser Zeitraum wird von zehn auf fünf Jahre reduziert, wenn die Erkrankung vor dem 21. Geburtstag aufgetreten war. Für die von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 und dessen Umsetzungsdekreten eigens aufgeführten Krebserkrankungen gelten kürzere Zeiträume, die jeweils in der Tabelle angegeben sind, welche auf der Website des Unternehmens unter folgendem Link eingesehen werden kann https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
Attest über das Vorliegen der Voraussetzungen für das Vergessenwerden von Krebserkrankungen	Der Beitretende/Versicherte, der vor dem Abschluss oder der Verlängerung des Versicherungsvertrags Informationen zu seinem Gesundheitszustand mitgeteilt hat, die sich auf frühere Krebserkrankungen beziehen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive beendet ist, sendet das ausgestellte Attest entsprechend den Bestimmungen von Gesetz Nr. 193 aus dem Jahr 2023 sowie von dessen Umsetzungsdekreten umgehend an das Versicherungsunternehmen oder den Vermittler.
Auswirkungen des Rechts auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen für die Unternehmen	Ist der für das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen vorgesehene Zeitraum verstrichen, können ggf. bereits erfasste Daten nicht für eine Änderung der Vertragsbedingungen, für die Beurteilung des Versicherungsrisikos oder der Zahlungsfähigkeit des Beitretenden/Versicherten verwendet werden. Die Unternehmen sind verpflichtet, Daten mit Bezug auf frühere onkologische Erkrankungen binnen 30 Tagen ab Erhalt des Attests endgültig zu löschen, ohne dass dabei Kosten für den Beitretenden/Versicherten entstehen dürfen. Vereinbarte Vertragsklauseln, die den Bestimmungen von Art. 2, Abs. 1 bis 5 von Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 widersprechen, sind nichtig, während Wirksamkeit und Gültigkeit des Vertrags bestehen bleiben. Die Nichtigkeit kommt ausschließlich zugunsten des Versicherungsnehmers oder Versicherten zu tragen und kann von Amts wegen jederzeit und in jeder Phase des Verfahrens festgestellt werden.

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 - *PROTECTION BUSINESS*

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz von Personen und Betriebsvermögen

Inhalt

VORWORT **6**

KONTAKTDATEN **9**

GLOSSAR **10**

Art. 1 - Erklärungen zu den Risikoumständen. 21
Art. 2 - Wirkung, Laufzeit und Kündigung des Vertrags - Versicherungsprämie 21
Art. 3 - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten 21
Art. 4 Widerrufs- und Rücktrittsrecht 21
Art. 5 - Änderungen der Versicherung 22
Art. 6 - Form der Kommunikation 22
Art. 7 - Abschluss des Versicherungsvertrags 22
Art. 8 - Erhöhung des Risikos 22
Art. 9 - Minderung des Risikos 22
Art. 10 - Rücktritt im Schadensfall 22
Art. 11 - Kürzung der Deckungssummen 22
Art. 12 - Änderung der Wohnung 22
Art. 13 - Gültigkeitsgebiet 22
Art. 14 – Nachweis 22
Art. 15 - Versicherung für andere - Inhaberschaft der aus der Police erwachsenden Rechte und Pflichten 22
Art. 16 - Steuerlasten 23
Art. 17 - Andere Versicherungen 23
Art. 18 - Obergrenze der Entschädigung 23
Art. 19 - Zuständigkeit, Schlichtungsverfahren, Gerichtsstand 23
Art. 20 - Anwendbares Recht 23
Art. 21 - Verjährungsfristen 23
Art. 22 - Verweis auf gesetzliche Regelungen - Glossar 23

BEREICH PERSONENRISIKEN **23**

A. SEKTOR VORSORGE **23**

ABSCHNITT 1 - TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG **23**

A. DECKUNG TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG 24
Art. 23 - Altersgrenzen 24
Art. 24 - Gegenstand der Versicherung und Versicherte Leistung 24
Art. 25 – Ausschlüsse 24
Art. 26 - Wartezeiten 25
Art. 27 - Gültigkeitsgebiet 25
Art. 28 – Prämie 25
Art. 29 - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten 25
Art. 30 - Voraussetzungen 26
Art. 31 - Mangelnde Zahlung der Prämie: Auflösung 26
Art. 32 - Wiederaufnahme der Prämienzahlung: Wiederinkraftsetzung 26
Art. 33 - Rückkauf und Kürzung. 26
Art. 34 - Darlehen 26
Art. 35 - Auflösung des Versicherungsvertrags 26
Art. 36 - Begünstigter der Versicherten Leistung 26
Art. 37 - Abtretung von Rechten und Belastung 27
Art. 38 - Verpflichtungen im Schadensfall – Auszahlung der Versicherten Leistung 27

ABSCHNITT 2 – ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN **27**

A. DECKUNG ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN 27
Art. 39 - Altersgrenzen - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters 27
Art. 40 - Personen, die nicht versicherbar sind 28
Art. 41 - Voraussetzungen 29
Art. 42 - Gegenstand der Versicherung 29
Art. 43 - Leistungen im Falle Schwerer Erkrankungen 29
Art. 44 - Definition Schwerer Erkrankungen 29
Art. 45 - Gültigkeit der Deckung für Schwere Erkrankungen 30

Art. 46 - Überlebensdauer - Schwere Erkrankungen ... 30
Art. 47 – Ausschlüsse ... 31
Art. 48 - Vorbestehende Erkrankungen ... 31
Art. 49 - Wartezeiten ... 32
Art. 50 - Was tun im Schadensfall ... 32
Art. 51 - Schadensfallmeldung und Nachprüfung der Schweren Erkrankung ... 32
Art. 52 - Beurteilung des Schadensfalls - Abwicklung der Entschädigung ... 32
Art. 53 - Schiedsverfahren ... 32

ABSCHNITT 3 - UNFÄLLE ... **33**
Art. 54 - Altersgrenzen ... 33
Art. 55 - Personen, die nicht versicherbar sind ... 33
Art. 56 - Voraussetzungen - Anpassung der Prämie für die Deckung Krankenhaustagegeld ... 33
Art. 57 - Änderungen des Risikos - Andere als die erklärte Berufstätigkeit ... 34
Art. 58 - Gegenstand der Versicherung ... 34
A. ***DECKUNG UNFALLTOD*** ... 35
B. ***DECKUNG UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT*** ... 35
C. ***DECKUNG UNFALLBEDINGTE VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT*** ... 36
D. ***DECKUNG ERSTATTUNG VON UNFALLBEDINGTEN BEHANDLUNGSKOSTEN*** ... 37
E. ***DECKUNG KRANKENHAUSTAGEGELD*** ... 37
F. ***DECKUNG GEFÄHRLICHE SPORTARTEN*** ... 38
G. **DECKUNG KONTOSCHUTZ** ... 38
Art. 59 – Ausschlüsse ... 39
Art. 60 - Was tun im Schadensfall ... 40
Art. 61 - Entschädigungskriterien ... 40
Art. 62 - Summierung von Entschädigungsleistungen ... 41
Art. 63 - Vorschuss von Entschädigungszahlungen ... 41
Art. 64 - Auszahlung der Entschädigung ... 41
Art. 65 - Verzicht auf Eintrittsrecht ... 41
Art. 66 - Schiedsverfahren ... 41

ABSCHNITT 4 - KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT ... **42**
A. ***DECKUNG KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT*** ... 42
Art. 67 - Altersgrenzen ... 42
Art. 68 - Gegenstand der Versicherung ... 42
Art. 69 – Ausschlüsse ... 42
Art. 70 - Wartezeiten ... 43
Art. 71 - Voraussetzungen und automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten ... 43
Art. 72 - Was tun im Schadensfall ... 43
Art. 73 - Entschädigungskriterien ... 44
Art. 74 - Festlegung der *Entschädigung* ... 44

ABSCHNITT 5 - GESUNDHEIT ... **44**
Art. 75 - Altersgrenzen - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters ... 44
Art. 76 - Personen, die nicht versicherbar sind ... 45
Art. 77 - Voraussetzungen ... 46
Art. 78 - Gegenstand der Versicherung ... 46
Art. 79 - Inhalte der Deckungen ... 46
VERSICHERUNGSPLAN „A“ ... 47
VERSICHERUNGSPLAN „B“ ... 48
VERSICHERUNGSPLAN „C“ ... 50
VERSICHERUNGSPLAN „D“ ... 55
Art. 80 – Ausschlüsse ... 56
Art. 81 - Vorbestehende Erkrankungen ... 59
Art. 82 - Wartezeiten ... 59
Art. 83 - Was tun im Schadensfall ... 60
Art. 84 - Haftung ... 60
Art. 85 - Schadensmeldung ... 60
Art. 86 - Verwaltung des Schadensfalls ... 61
Art. 87 - Rückerstattung fälschlich gezahlter Summen ... 62
Art. 88 - Dokumentation zur Einsendung im Schadensfall ... 62
Art. 89 - Auszahlung der Entschädigung/Erstattung von erstattungsfähigen Schadensfällen ... 65

ABSCHNITT 6 - BEISTAND FÜR PERSONEN ... **65**

A. DECKUNG BEISTAND FÜR DIE PERSON ... 65
Art. 90 - Gegenstand der Versicherung ... 65
Art. 91 - AUSSCHLÜSSE ... 68
Art. 92 - Wie der Beistand für die Person aktiviert wird ... 68

ABSCHNITT 7 - REISEBEISTAND TRAVEL ... **69**
A. DECKUNG BEISTAND AUF REISEN ... 70
Art. 93 - Gegenstand der Versicherung ... 70
Art. 94 – Ausschlüsse mit Gültigkeit für alle Leistungen ... 72
Art. 95 - Wie der Reisebeistand Travel aktiviert wird ... 73

ABSCHNITT 8 – REISEBEISTAND TRAVEL GOLD ... **73**
A. DECKUNG REISEBEISTAND GOLD ... 74
Art. 96 - Gegenstand der Versicherung ... 74
Art. 97 – Ausschlüsse mit Gültigkeit für alle Leistungen ... 76
Art. 98 - Wie der Reisebeistand Travel Gold aktiviert wird ... 77
Art. 99 -Verpflichtungen des Versicherten im Schadensfall ... 77

BEREICH VERMÖGENSRISIKEN ... **77**

B. SEKTOR VERMÖGEN ... **77**

ABSCHNITT 9 - HAFTPFLICHT ... **77**
Art. 100 - Gegenstand der Versicherung - Änderungen des Risikos - Andere Beschäftigten- und/oder Bettenzahlen als angegeben ... 77
A. DECKUNG HAFTPFLICHT ... 78
B. DECKUNG HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT ... 82
Art. 101. - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen ... 82
Art. 102 – Ausschlüsse ... 86
Art. 103 - Personen, die nicht als Dritte gelten ... 88
Art. 104 - Verpflichtungen im Schadensfall ... 88

ABSCHNITT 10 - RECHTSSCHUTZ ... **89**
Art. 105 - Gegenstand der Versicherung ... 89
Art. 106 - Eintreten des Schadensfalls ... 89
Art. 107 - Fristen für die Meldung von Schadensfällen und die Beibringung von Beweismitteln ... 90
Art. 108 - Verwaltung des Schadensfalls, freie Wahl des Rechtsbeistands ... 90
Art. 109 - Zahlung der Ausgaben ... 90
Art. 110 - Meinungsverschiedenheiten mit dem Versicherer und Interessenkonflikte ... 90
Art. 111 - Rückforderung von Vorauszahlungen durch ARAG ... 90
Art. 112 - Gültigkeitsgebiet ... 91
Art. 113 - Versicherte ... 91
Art. 114 - Garantierte Leistungen und Höchstbeträge ... 91
Art. 115 – Ausschlüsse ... 92

ABSCHNITT 11 - SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN ... **94**
Art. 116 - Gegenstand der Versicherung ... 94
A. DECKUNG SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN ... 94
Art. 117 - Ausschlüsse ... 96
Art. 118 - Verpflichtungen im Schadensfall ... 98
Art. 119 - Festlegung der Schadenshöhe ... 98
Art. 120 - Vertragliches Gutachten ... 98
Art. 121 - Beauftragung der Gutachter ... 98
Art. 122 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs ... 99
Art. 123 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern ... 99
Art. 124 - Rückgriff ... 99

ABSCHNITT 12 - BRAND ... **99**
Art. 125 - Gegenstand der Versicherung ... 99
A. DECKUNG GEBÄUDE ... 99
B. DECKUNG BESTAND ... 99
C. DECKUNG MIETERHAFTPFLICHT ... 104
Art. 126 - Stets geltende Sonderbedingungen für die Deckung Bestandsbrand ... 105
Art. 127. - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen ... 105

Art. 128 - Ausschlüsse 109
Art. 129 - Konstruktionsmerkmale für die Gültigkeit der Deckung - Verzicht auf Rückgriffsrecht 109
Art. 130 - Verpflichtungen im Schadensfall 110
Art. 131 - Festlegung der Schadenshöhe für Gebäude, Maschinen, Möbel und Einrichtung, Bürogeräte 110
Art. 132 - Festlegung der Schadenshöhe für Waren 110
Art. 133 - Festlegung der Schadenshöhe für Vieh und Futter 110
Art. 134 - Festlegung der Schadenshöhe für Anbauflächen 110
Art. 135 - Festlegung der Schadenshöhe für persönliche Habe 111
Art. 136 - Festlegung der Schadenshöhe für „Geräte und spezielle Stützvorrichtungen“ 111
Art. 137 – Versicherung auf Erstrisiko der Deckungen Gebäudebrand und Mieterhaftpflicht 111
Art. 138 – Versicherung auf Erstrisiko der Deckungen Brand von Hausrat/Bestand 111
Art. 139 - Vertragliches Gutachten 111
Art. 140 - Beauftragung der Gutachter 111

ABSCHNITT 13 - DIEBSTAHL UND RAUB **112**
Art. 141 - Gegenstand der Versicherung 112
A. DECKUNG DIEBSTAHL UND RAUB 112
Art.142 - Stets geltende Sonderbedingungen 112
Art. 143 - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen 114
Art. 144 - Entschädigungsgrenzen 115
Art. 145 – Ausschlüsse 115
Art. 146 - Konstruktionsmerkmale des Gebäudes für die Gültigkeit der Deckung 116
Art. 147 – Selbstbeteiligungen 116
Art. 148 - Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen 116
Art. 149 - Verpflichtungen im Schadensfall 117
Art. 150 - Festlegung der Schadenshöhe - Schiedsverfahren 117
Art. 151 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs 118
Art. 152 - Kürzung der Deckungssummen im Schadensfall 118
Art. 153 - Rückerlangung der gestohlenen Sachen 118
Art. 154 - Wertpapiere 118
Art. 155 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern 118

ABSCHNITT 14 - ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN ALL RISK **118**
Art. 156 - Gegenstand der Versicherung 118
A. DECKUNG ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN 119
Art. 157 – Ausschlüsse 120
Art. 158 - Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen 121
Art. 159 - Sachen, die Eigentum Dritter sind 122
Art. 160 - Aufbewahrung der versicherten Sachen 122
Art. 161 - Inspektion der versicherten Sachen 122
Art. 162 - Verpflichtungen im Schadensfall 122
Art. 163 - Festlegung der Schadenshöhe - Schiedsverfahren 122
Art. 164 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs 123
Art. 165 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern 123
Art. 166 - Verzicht auf Rückgriffsrecht 123

ABSCHNITT 15 – ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK **124**
Art. 167 - Gegenstand der Versicherung 124
A. DECKUNG ERNEUERBARE ENERGIEN 124
Art. 168 - Entschädigungsgrenzen - Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen 124
Art. 169 - Ausschlüsse 125
Art. 170 - Verpflichtungen im Schadensfall 126
Art. 171 - Vertragliches Gutachten 127
Art. 172 - Beauftragung der Gutachter 127
Art. 173 - Festlegung der Schadenshöhe für direkte Schäden All Risk 127
Art. 174 - Festlegung der Schadenshöhe für indirekte Schäden 128
Art. 175 - Partielle Versicherung 128

CYBER-BEREICH **129**

C. SEKTOR SCHUTZ **129**

ABSCHNITT 16 - FINANZIELLE VERLUSTE **129**
Art. 176 - Gegenstand der Versicherung 129

Art.177 - Kürzung der Deckungssumme 129
Art. 178 - Nicht versicherbare Risiken 129
Art. 179 - Gültigkeitsbedingungen der Deckung. 129
Art. 180 - Gültigkeitsgebiet 130
Art. 181 - Entschädigungsgrenzen 130
Art. 182 – Ausschlüsse 130
Art. 183 - Verpflichtungen im Schadensfall 131
Art. 184 - Verfahren zur Schadensbeurteilung 132
Art. 185 - Beauftragung der Gutachter 132
Art. 186 - Auszahlung der Entschädigung 132

CYBER-BEREICH **132**

D. SEKTOR PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG **132**

ABSCHNITT 17 - PRÄVENTIONS- UND ÜBERWACHUNGSDIENSTE **132**

ANHANG 1. LISTE DER BERUFSTÄTIGKEITEN **133**

ANHANG 2. EINTEILUNG DER OPERATIONEN IN KATEGORIEN **135**

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ **1**

FORMULAR VERSICHERUNGSANTRAG **1**

VORWORT

PROTECTION BUSINESS ist eine Police mit Mehrfachdeckung, die dem Schutz von Gütern, Personen und Vermögen in Verbindung mit der Betriebstätigkeit gewidmet ist.

Mit PROTECTION BUSINESS ist es möglich, mit einem einzigen Vertrag die Inhaber, Beschäftigten und/oder Mitarbeiter (bis zu 5 Versicherte) und die Firmengüter (5 Gebäude/Fabrikhallen/Immobilien), Photovoltaik- und/oder Solarwärmeanlagen (5 Anlagen) zu schützen, denn es steht ein Angebot von Deckungspaketen zur Verfügung, die auf Grundlage der unterschiedlichen Zugehörigkeitsbranchen, wie Landwirtschaft, Handel, Industrie und Handwerk, freiberufliche Tätigkeit, Dienstleistungen, Tourismus und Gaststättengewerbe, zusammengestellt worden sind.

Die auf nachstehenden Seiten aufgeführten Versicherungsbedingungen sind fester Bestandteil der vom Versicherungsnehmer unterzeichneten Police. Die Versicherung gilt ausschließlich für die auf dem Formular der Police gedruckten Deckungen und wird für die jeweils in den vorliegenden Versicherungsbedingungen für die einzelnen Deckungen angegebenen Deckungssummen und/oder Höchstbeträge geleistet, unbeschadet der in der Police oder diesen Versicherungsbedingungen aufgeführten Selbstbehalte und Entschädigungsgrenzen.

Die angegebenen Versicherungsdeckungen gelten, wenn sie ausdrücklich in der Police genannt werden und die diesbezügliche Prämie entrichtet worden ist.

Das Produkt ist anhand folgenden Schemas in 3 Risikobereiche, 4 Sektoren und 17 Abschnitte gegliedert:

- **BEREICH PERSONENRISIKEN**
  - **A. SEKTOR VORSORGE**
    1. ABSCHNITT TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG
       - A. *Deckung* ***Temporäre Todesfallversicherung***
    2. ABSCHNITT ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN
       - A. *Deckung* ***Entschädigung für Schwere Erkrankungen***
    3. ABSCHNITT UNFÄLLE
       - A. *Deckung* ***Unfalltod***
       - B. *Deckung* ***Unfallbedingte bleibende Invalidität***
       - C. *Deckung* ***Unfallbedingte vorübergehende Arbeitsunfähigkeit***
       - D. *Deckung* ***Erstattung von unfallbedingten Behandlungskosten***
       - E. *Deckung* ***Krankenhaustagegeld***
       - F. *Deckung* ***Gefährliche Sportarten***
       - G. *Deckung* ***Kontoschutz***
    4. ABSCHNITT KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT
       - A. *Deckung* **Krankheitsbedingte bleibende Invalidität**
    5. ABSCHNITT GESUNDHEIT
       - A. *Deckung* **Versicherungsplan *A***
       - B. *Deckung* **Versicherungsplan *B***
       - C. *Deckung* **Versicherungsplan *C***
       - D. *Deckung* **Versicherungsplan *D***
    6. ABSCHNITT BEISTAND FÜR PERSONEN
       - A. *Deckung* ***Beistand für die Person***
    7. ABSCHNITT REISEBEISTAND TRAVEL
       - A. *Deckung* ***Beistand auf Reisen***
    8. ABSCHNITT REISEBEISTAND TRAVEL GOLD
       - A. *Deckung* ***Beistand auf Reisen***
- **BEREICH VERMÖGENSRISIKEN**
  - **B. SEKTOR VERMÖGEN**
    9. ABSCHNITT HAFTPFLICHT
       - A. *Deckung* ***Betriebshaftpflicht gegenüber Dritten und Arbeitgeberhaftpflicht***
       - B. *Deckung* ***Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht***
    10. ABSCHNITT RECHTSSCHUTZ
       - A. *Deckung* ***Rechtsschutz***
    11. ABSCHNITT SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN
       - A. *Deckung* ***Schutz von POS-Einnahmen***
    12. ABSCHNITT BRANDSCHÄDEN AN GEBÄUDE UND/ODER BESTAND/HAUSRAT
       - A. *Deckung* ***Gebäudebrand***
       - B. *Deckung* ***Hausratbrand***
       - C. *Deckung* ***Mieterhaftpflicht***
    13. ABSCHNITT DIEBSTAHL UND RAUB
       - A. *Deckung* ***Diebstahl und Raub***

14. ABSCHNITT ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN ALL RISK
    *A. Deckung **Elektronik und Maschinenpannen***
15. ABSCHNITT ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK
    A. *Deckung **Erneuerbare Energien All Risk***

- **CYBER-BEREICH**
  - **C. SEKTOR SCHUTZ**
    16. ABSCHNITT FINANZIELLE VERLUSTE
        A. Deckung Erstattung der Ausgaben für die Wiederherstellung von Daten und Informationssystem
  - **D. SEKTOR PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG**
    17. ABSCHNITT PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG

IN DER PRODUKTPRÄSENTATION WURDEN DIE ABSCHNITTE IN DREI BEDÜRFNISBEREICHEN ZUSAMMENGEFASST:

1) **Bereich FAMILIE und ANGEHÖRIGE**, der folgende Abschnitte umfasst:
   ABSCHNITT 1 - TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG
   *Deckung **Temporäre Todesfallversicherung***
   ABSCHNITT 2 – ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN
   *Deckung **Entschädigung für Schwere Erkrankungen***
   ABSCHNITT 6 - BEISTAND FÜR PERSONEN
   *Deckung **Beistand für die Person***
   ABSCHNITT 7 - REISEBEISTAND TRAVEL
   *Deckung **Beistand auf Reisen***
   ABSCHNITT 8 – REISEBEISTAND TRAVEL GOLD
   *Deckung **Beistand auf Reisen***

2) **Bereich VORSORGE und GESUNDHEIT**, der gegliedert ist in:
   VORSORGE mit:
   ABSCHNITT 3 - UNFÄLLE
   *Deckung **Unfalltod***
   *Deckung **Unfallbedingte bleibende Invalidität***
   *Deckung **Unfallbedingte vorübergehende Arbeitsunfähigkeit***
   *Deckung **Erstattung von unfallbedingten Behandlungskosten***
   *Deckung **Krankenhaustagegeld***
   *Deckung **Gefährliche Sportarten***
   *Deckung **Kontoschutz***
   GESUNDHEIT mit:
   ABSCHNITT 4 - KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT
   Deckung **Krankheitsbedingte Bleibende Invalidität**
   ABSCHNITT 5 - GESUNDHEIT
   Deckung **Versicherungsplan *A***
   Deckung **Versicherungsplan *B***
   Deckung **Versicherungsplan *C***
   Deckung **Versicherungsplan *D***
   ABSCHNITT 6 - BEISTAND FÜR PERSONEN
   *Deckung **Beistand für die Person***
   ABSCHNITT 7 - REISEBEISTAND TRAVEL
   *Deckung **Beistand auf Reisen***
   ABSCHNITT 8 – REISEBEISTAND TRAVEL GOLD
   *Deckung **Beistand auf Reisen***

3) **Bereich VERMÖGEN,** gegliedert in:
   VERMÖGEN mit:
   ABSCHNITT 9 – HAFTPFLICHT
   *Deckung **Betriebshaftpflicht gegenüber Dritten und Arbeitgeberhaftpflicht***
   *Deckung **Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht***
   ABSCHNITT 10 – RECHTSSCHUTZ
   *Deckung **Rechtsschutz***
   ABSCHNITT 11 – SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN
   *Deckung **Schutz von POS-Einnahmen***
   ABSCHNITT 12 - ABSCHNITT BRAND Schäden an GEBÄUDE und/oder BESTAND/HAUSRAT
   *Deckung **Gebäudebrand***
   *Deckung **Hausratbrand***

*Deckung **Mieterhaftpflicht***

ABSCHNITT 13 - DIEBSTAHL UND RAUB

*Deckung **Diebstahl von Hausrat***

ABSCHNITT 14 - ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN ALL RISK

*Deckung **Elektronik und Maschinenpannen***

ABSCHNITT 15 – ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK

*Deckung **Erneuerbare Energien All Risk***

CYBER mit:

ABSCHNITT 16 - ABSCHNITT FINANZIELLE VERLUSTE

Deckung Erstattung der Ausgaben für die Wiederherstellung von Daten und Informationssystem

ABSCHNITT 17 - PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG

KONTAKTDATEN

Website www.netinsurance.it

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF ALLE ABSCHNITTE (mit Ausnahme von ABSCHNITT 2, ABSCHNITT 5, ABSCHNITT 6-7-8- und ABSCHNITT 10)

- Auf dem Postweg: Net Insurance S.p.A. c/o Postfach 106 - 26100 CREMONA - Italien
- Per E-Mail: claims@netinsurance.it Fax +39 0697625707

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF: ABSCHNITT 2 (Entschädigung für Schwere Erkrankungen) - ABSCHNITT 5 (Deckungen „Tagegeld", „Surgical Cash", „Erstattung von Behandlungskosten", „Gerätediagnostik", „Fachärztliche Untersuchungen", „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen" und „Dental")

- Auf dem Postweg: Net Insurance S.p.A. c/o Postfach 106 - 26100 CREMONA - Italien
- Per Telefon: 02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr (auch bei Klärungsbedarf)
- Tool Schadensfälle: bei den Sparkassenfilialen verfügbare Applikation für Meldung und Tracking von Schadensfällen
- Per E-Mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it
- Über das Internet oder über die hierfür vorgesehene App: https://app.myassistance.eu

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF: ABSCHNITT 6-7-8- (Reisebeistand)

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

- in Italien unter der kostenlosen Rufnummer: 800 542 009
- aus dem Ausland unter der Nummer: +39.02.58.28.65.49
- Besteht keine Möglichkeit für einen telefonischen Kontakt, senden Sie bitte ein Telegramm oder ein Einschreiben an: **EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. - Via del Mulino 4 - 20057 Assago (MI)**
- oder ein Fax an die Nummer: +39.02.58.47.72.01

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF: Abschnitt 10 (Rechtsschutz)

ARAG SE - Allgemeine Vertretung und Generaldirektion Italien, Viale del Commercio 59 - 37135 VERONA

- Telefonzentrale: 045.8290411,
- Faxnummer für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: 045 8290557
- E-Mail-Adresse für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: denunce@ARAG.it,
- Faxnummer für die anschließende Übermittlung von Unterlagen für die Abwicklung des Schadensfalls 045.8290449

SONSTIGE INFORMATIONSANFRAGEN

- Kostenlose Rufnummer 800 9096 44 (Contact Center)
- Website: www.netinsurance.it/wecare
- Fax + 39 06 97625707

ZUR EINSENDUNG EINER BESCHWERDE

- Net Insurance Life S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM (Temporäre Todesfallversicherung)
- 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

Bitte lesen Sie die nachstehenden Begriffsbestimmungen, um das einwandfreie Verständnis der Versicherungsbedingungen zu gewährleisten.

Für alle Deckungsarten gültige Begriffe

Versicherungsjahr
In 12 Monaten berechneter, durchgehender Zeitraum ab 24:00 Uhr am Datum des Inkrafttretens.

Schiedsverfahren
Die Parteien verzichten einvernehmlich darauf, die ordentliche Gerichtsbarkeit anzurufen, um Streitigkeiten bezüglich der Auslegung oder Ausführung des Vertrags beizulegen. Dabei kann ein formgerechtes Schiedsverfahren durchgeführt werden, bei dem die Entscheidung der Schiedsrichter (Schiedsspruch) die gleiche Wirksamkeit eines gerichtlichen Urteils besitzt, oder eine freie Schlichtung, bei der die Schlichter die Streitigkeiten ohne besondere Förmlichkeiten regeln, wobei ihre Entscheidung nur zwischen den Parteien verbindlich ist.

Versicherter
Person, deren Belange durch die Versicherung gewahrt sind.

Versicherer
Net Insurance Life S.p.A. für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung.
Net Insurance S.p.A. für alle anderen Deckungen.

Versicherung
Dieser Versicherungsvertrag.

Beistand
Die Versicherungsdeckung, mit der sich der Versicherer verpflichtet, für sofortigen Beistand für den Versicherten zu sorgen, wenn dieser infolge eines Schadensfalls in Schwierigkeiten geraten sollte.

Begünstigter
Natürliche oder juristische Person, welche die vom Vertrag bei Eintreten des versicherten Ereignisses vorgesehene Leistung empfängt, bei der es sich um den Versicherten selbst handeln kann oder um eine andere Person. Mit Einschränkung auf die Deckung Kontoschutz ist der Versicherungsnehmer selbst zugleich der Begünstigte.

Deckungssumme
In der Police angegebener Höchstbetrag, der vom Versicherer bei einem Schadensfall ausgezahlt wird.

Wartezeit
Zeitraum nach dem Versicherungsabschluss, während dessen der Versicherungsschutz noch nicht wirksam ist.

Abschluss des Versicherungsvertrags
Der Augenblick, in dem der Versicherer den Versicherungsantrag des Versicherungsnehmers akzeptiert.

Versicherungsnehmer
Die Person, die den Versicherungsvertrag im eigenen Interesse und/oder im Interesse anderer Personen abschließt und die für die Zahlung der Prämie aufzukommen hat.

Streitigkeit
Darunter versteht sich das erste Schriftstück, aus dem sich für den Versicherten die Notwendigkeit eines Rechtsbeistands ergibt, oder auch das erste Schriftstück, aus dem sich für den Versicherten der Anspruch auf „Rechtsschutz“ ableiten lässt.

Schäden
Die gemäß Gesetz entschädigungsfähigen Schäden infolge von Tod, persönlichen Verletzungen und/oder Beschädigung bzw. Zerstörung von Sachen.

Datum des Inkrafttretens
Der Moment, in dem die Versicherung wirksam wird, unbeschadet der Wartezeiten.

Selbstbehalt
Die Anzahl von Tagen oder der Betrag (in Ziffern ausgedrückt oder als Prozentanteil von Deckungssumme/Höchstbetrag), der vom entschädigungsfähigen Schaden abgezogen und vom Versicherten selbst getragen wird.
Wenn nicht anders angegeben, wird der Selbstbehalt pro Schadensfall angewandt.

Deckung
Die Versicherungsdeckung, für welche der Versicherer im Schadensfall die Entschädigung des vom Versicherten erlittenen Schadens vornimmt und für welche die entsprechende Versicherungsprämie bezahlt worden ist, unbeschadet der Festlegungen unter „Beistand“.

Schutz vor Pfändung und Beschlagnahme
Laut diesem Prinzip gemäß Art. 1923 des it. Zivilgesetzbuchs können die dem Begünstigten vom Versicherer geschuldeten Summen keiner Vollstreckungs- oder Sicherungsmaßnahme unterzogen werden.

Entschädigung, Schadensersatz oder Erstattung
Die im Schadensfall vom Versicherer geschuldete Summe.

KONTROLLORGAN IVASS
Für die Aufsicht über Versicherungsunternehmen zuständige Einrichtung. Namensänderung von ISVAP seit dem 1. Januar 2013.

Höchstbetrag
Der in der Police festgelegte Betrag, bis zu welchem der Versicherer pro Schadensfall und Versicherungsjahr seine Deckung leistet.

Kernfamilie
Der Ehegatte und/oder die durch Verwandtschaft, Schwägerschaft oder eheähnliche Gemeinschaft mit dem Versicherten verbundenen und fest mit diesem zusammenlebenden Personen.

Partei
Der Versicherer und der Versicherungsnehmer, wenn sie einzeln genannt werden.

Parteien
Der Versicherer und der Versicherungsnehmer, wenn sie gemeinsam genannt werden.

Laufzeit der Versicherung
Die in der Police angegebene Dauer des Versicherungsvertrags.

Police

Das Dokument, das als Versicherungsnachweis dient, in dem die Hauptelemente der Versicherung (Inkrafttreten, Ablaufdatum, Prämie, Versicherungsplan usw.) aufgeführt sind.

Prämie

Die Summe, die der Versicherungsnehmer dem Versicherer schuldet.

Verjährung

Erlöschen des Anspruchs aufgrund mangelnder Ausübung binnen der gesetzlich festgelegten Fristen.

Leistung

Der Beistand, der bei Bedarf in Sachwerten vom Versicherer über die Organisationsstruktur zu leisten ist.

Darlehen

Mit Bezugnahme auf eine Lebensversicherung ist das die Summe, die der Versicherungsnehmer (falls dies von der Tarifform zugelassen ist) vom Versicherer innerhalb der Grenzen des Rückkaufwerts beantragen kann. Bedingungen, Zinssatz und die Art und Weise der Rückzahlung des Darlehens werden mithilfe eines extra Vertragsanhangs zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vereinbart. Diese Option ist für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung nicht vorgesehen.

Versicherungsantrag

Die formale Beantragung des Versicherungsschutzes beim Versicherer entsprechend den vorliegenden Versicherungsbedingungen.

Schadenssparten

Alle Versicherungssparten, die nicht zur Lebensversicherungssparte gehören.

Rücktritt

Anspruch, von der Versicherung zurückzutreten und ihre Wirkung aufzuheben.

Widerruf

Anspruch des Versicherungsnehmers, den Versicherungsantrag vor Abschluss des Versicherungsvertrags zu widerrufen.

Rückkauf

Bezüglich der Lebensversicherung ist dies die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, bestimmte Vertragsarten vorzeitig zu beenden und die Auszahlung des bis zum Zeitpunkt der Beantragung angesparten und auf Grundlage der Versicherungsbedingungen bestimmten Guthabens zu fordern. Diese Option ist für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung nicht vorgesehen.

Risiko

Die Wahrscheinlichkeit, dass der Schadensfall eintritt, und der Umfang der möglicherweise daraus folgenden Schäden.

Ablauf der Versicherung

Das Datum, zu dem die Wirkung der Versicherung endet.

Selbstbeteiligung

Der Prozentsatz des Schadens, der zu Lasten des Versicherten verbleibt. Wenn nicht anders angegeben, wird die Selbstbeteiligung pro Schadensfall angewandt.

Informationsunterlagen

Die Gesamtheit der Vertragsunterlagen (Basis- und Zusatz-Produktinformationsblatt, Versicherungsbedingungen samt Glossar), die dem Versicherungsnehmer vor Unterzeichnung der Police zu übergeben sind.

Schadensfall

Das Eintreten des Schadensereignisses, für welches die Versicherung abgeschlossen wurde.

Organisationsstruktur

Die Struktur von Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino 4 – 20057 Assago (MI) – bestehend aus Ärzten, technischen Fachkräften und Büropersonal, die rund um die Uhr das ganze Jahr über erreichbar und tätig ist, und die im Rahmen eines speziellen, mit dem Versicherer unterzeichneten Übereinkommens in dessen Auftrag den telefonischen Kontakt mit dem Versicherten unterhält und auf Kosten des Versicherers für Organisation und Erbringung des laut Police geschuldeten Beistands sorgt.

Transaktion

Übereinkommen, mit dem die Parteien anhand gegenseitiger Zugeständnisse eine zwischen ihnen entstandene Streitigkeit beilegen bzw. dieser zuvorkommen.

Spezifische Definitionen des Bereichs Personenrisiken

Medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch

Freiwillige Unterbrechung der Schwangerschaft, die durch eine pharmakologische und/oder chirurgische Behandlung bewirkt wird, um die Gesundheit der Mutter zu bewahren oder die Entwicklung eines Fetus mit schweren Fehlbildungen oder Erkrankungen zu verhindern.

Gerätediagnostik

Laboruntersuchungen, klinische und instrumentelle Diagnosetechnik mit hoher fachlicher Spezialisierung (unter Ausschluss fachärztlicher Untersuchungen), die auch in Praxen/medizinischen Zentren durchgeführt werden können und den Zweck haben, das Vorliegen von Krankheiten/Unfallfolgen festzustellen und deren Verlauf zu verfolgen.

Abnehmbare Orthese

Vorrichtung, die zur Ruhigstellung von Gelenken oder bestimmten Körperabschnitten oder zur Osteosynthese verwendet wird, wenn diese Behandlungen aufgrund traumatischer Verletzungen durch einen Unfall erforderlich sind.

Pflegerische Versorgung

Pflegeleistungen durch Personal, das über einen entsprechenden Berufsabschluss verfügt.

Krankenakte

Offizielles Dokument, das einer öffentlichen Urkunde gleichkommt und das während eines sowohl ambulanten als auch stationären Krankenhausaufenthalts verfasst wird und die Personalien des Patienten, die Diagnose bei Aufnahme und Entlassung, die weiter zurückreichende und neuere

Krankengeschichte, durchgeführte Behandlungen und Operationen, Untersuchungen sowie sämtliche klinischen Aufzeichnungen und den Entlassungsbrief enthält.

Betriebszentrale

Die Struktur von MyAssistance bestehend aus Personal mit technisch-medizinischen Kompetenzen, das mit der Verwaltung der Informationen über die Anforderungen von Versicherungsleistungen beauftragt ist.

Medizinisches Zentrum

Einrichtungen, Praxen oder Polikliniken, die nicht unbedingt für stationäre Aufnahme, Tagesklinik oder Tageschirurgie eingerichtet sein müssen, in denen keine Behandlungen ästhetischer Probleme erfolgen, die regulär auf Grundlage der geltenden Normen organisiert, ausgerüstet und zugelassen sind für die Erbringung besonders komplexer, diagnostischer oder therapeutischer Gesundheitsleistungen (Gerätediagnostik, Laboruntersuchungen, Einsatz elektromedizinischer Geräte, physiotherapeutische und Reha-Behandlungen) und über einen medizinischen Leiter verfügen, der bei der Ärzte- und Zahnärztekammer eingetragen ist.

Bariatrische Chirurgie

Auch „Adipositaschirurgie“ genannt. Operationen, deren Zweck darin besteht, die Nahrungsaufnahme über eine Einschränkung des Fassungsvermögens des Magens (restriktive Verfahren) oder des Vermögens zur Nährstoffaufnahme des Darms (malabsorptive Verfahren) zu reduzieren.

Genesung

Zeitraum nach der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung, der für die vollständige klinische Heilung oder die Stabilisierung der bleibenden Folgen benötigt wird.

Tagesklinik / Tageschirurgie

Die Aufnahme ohne Übernachtung in einer zugelassenen Behandlungseinrichtung, die über ambulante Betten verfügt und medizinische Behandlungen (Tagesklinik) sowie chirurgische Leistungen (Tageschirurgie) erbringt, die durch Fachärzte und Chirurgen durchgeführt werden und über welche Krankenakten angelegt werden.

Körperlicher Defekt

Abweichung von der normalen Morphologie eines Organs oder eines Organteils aufgrund eines angeborenen oder durch ein Trauma erworbenen Krankheitszustands.

Zahnärztlicher Notfall

Jedes unvorhergesehene oder plötzliche Ereignis, das dringende zahnärztliche Behandlung erforderlich macht und Verfahren oder Dienstleistungen nach sich zieht, die von dieser Versicherung übernommen werden und angezeigt sind für die Schmerzbehandlung bei Infektionen, Abszessen, Karies, Pulpitis, Entzündungen oder Blutungen.

Diese Deckung betrifft nicht nur die erste Notbehandlung, sondern die gesamte Behandlung bis zur Behebung der Notsituation.

Ereignis / Ereignisdatum

- Krankenhausleistungen - einzelne Aufnahme, Tagesklinik / Tageschirurgie oder ambulante Operation. Das Ereignisdatum ist der Tag, an dem die Aufnahme, die Tagesklinik / Tageschirurgie oder die ambulante Operation erfolgt.
- Andere medizinische Leistungen - die Gesamtheit aller Kontrollen, ärztlichen und diagnostischen Untersuchungen, die ein und dieselbe Erkrankung betreffen, gemeinsam eingesandt worden sind und sich auf dieselbe Deckung beziehen. Als Ereignisdatum gilt das der ersten medizinischen Leistung, die im Zusammenhang mit dem spezifischen Ereignis erbracht wurde.
- Zahnärztliche Leistungen - Datum, zu dem die jeweilige zahnärztliche Leistung erfolgt.

Fraktur

Durch einen Unfall verursachte Kontinuitätsunterbrechung des Knochengewebes. Davon ausgeschlossen sind hingegen alle Verletzungen, die lediglich das Knorpelgewebe oder andere, mit dem Knochen verbundene oder daran anliegende Gewebe betreffen.

Gipsverband

Die Immobilisation von Gliedmaßen, Apparaten und Körperabschnitten durch entsprechende orthopädische Vorrichtungen, die aus eigens modelliertem Gips oder ähnlichen Materialien hergestellt werden. Dabei kann es sich auch um die Immobilisation durch externe orthopädische Orthesen aus unterschiedlichem Material, Fixateurs externes oder Fingerschienen handeln, die den gleichen therapeutischen Zweck wie der Gipsverband erfüllen und deren von einem Facharzt für Orthopädie verordnete Anwendung durch Knochenbrüche, Kapselverletzungen bzw. komplette oder partielle Bänderrisse notwendig gemacht wird, die klinisch diagnostiziert und durch Röntgenaufnahmen, CT, MRT, Ultraschall oder Arthroskopie belegt worden sind. Dem Gipsverband gleichgestellt ist auch die Immobilisation infolge eines Beckenbruchs, aufgrund dislozierter Frakturen der Rippen oder einer nicht dislozierten Fraktur von mindestens zwei Rippenbögen.

Nicht als Immobilisationsvorrichtungen mit Gültigkeit für die Wirkung der Versicherungsdeckung gelten:

a) elastische Bandagen allgemein (ausgenommen Rucksackverband oder Gilchristverband);
b) Zinkleimverbände oder sogenannte Velpeau-Verbände;
c) elastische orthopädische Korsetts;
d) Schanz'sche Krawatten, Colombari- oder Philadelphia-Zervikalstützen;
e) andere einfache Stütz-, Halte- oder Ruhigstellungsorthesen mit entsprechenden Eigenschaften wie die unter den Buchstaben a), b), c) und d) aufgelisteten.

Familiengruppe

Die Gemeinschaft der unter Abschnitt 5 - Gesundheit versicherten Personen, die zum selben Haushalt gehören, vorausgesetzt dass es sich um Ehegatten, in eheähnlicher Gemeinschaft lebende Partner oder eingetragene Lebenspartner sowie deren jeweilige Kinder handelt, mit einer Höchstzahl von 5 Personen pro Familiengruppe. Kinder können versichert werden, auch wenn sie nicht zum selben Haushalt gehören und nicht beim betreffenden Elternteil wohnen, gleich ob diesem die entsprechenden steuerlichen Freibeträge zustehen oder nicht.

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Vorübergehende, vollständige oder partielle, körperliche Unfähigkeit, der gewöhnlich ausgeübten Berufstätigkeit nachzugehen.

Tagegeld

Pro Tag entrichtete Pauschalentschädigung des Versicherten im Falle einer stationären Aufnahme mit oder ohne Operation, Tagesklinik / Tageschirurgie, sowohl wenn diese beim öffentlichen Gesundheitswesen als auch wenn sie privat

erfolgen.

Ersatzentschädigung

Pro Tag entrichtete Pauschalentschädigung im Falle einer stationären Aufnahme ohne Erstattung der medizinischen Kosten.

Unfall

Jedes auf eine zufällige, gewaltsame und externe Ursache zurückzuführende Ereignis, das objektiv feststellbare Körperverletzungen verursacht.

Ambulant durchgeführte Operation

Kleine chirurgische Eingriffe, die nicht unter die Definition stationäre Aufnahme oder Tageschirurgie fallen und bei Krankenhauseinrichtungen, medizinischen Zentren oder chirurgischen Praxen erfolgen.

Operation

Medizinischer Eingriff mit direktem therapeutischem oder diagnostischem Zweck, der vorgenommen wird, indem Gewebe unter Einsatz von mechanischen, thermischen oder Lichtenergiequellen durchschnitten wird.

Bleibende Invalidität

Endgültige und irreversible, vollständige oder partielle, vom ausgeübten Beruf unabhängige, körperliche Unfähigkeit des Versicherten, einer beliebigen Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Krankenhauseinrichtung

Krankenhäuser, Kliniken, Pflegeeinrichtungen oder Universitätsinstitute, die regulär zur Erbringung von Behandlungs- und Pflegeleistungen, auch in Form einer Tagesklinik, befugt sind. Für gewöhnlich gelten nicht als Krankenhauseinrichtungen: Thermalkurhäuser, Einrichtungen, die vorwiegend Diät-, Schönheits-, physiotherapeutischen, Reha- und phytotherapeutischen Behandlungen gewidmet sind, Pflegeheime für Genesungszwecke, Langzeitpflege oder Unterbringung sowie Altenheime und Wellnesscenters.

Beschäftigter

Eine natürliche Person, die eine Probezeit bestanden hat, die seit mindestens sechs Monaten angestellt und zur Arbeitsleistung verpflichtet ist, mit beliebiger Qualifikation und in beliebiger Kategorie, und die diese Arbeit in einem Beschäftigungsverhältnis auf Grundlage eines Arbeitsvertrags mit einer Leistungspflicht von mindestens 16 Wochenstunden erbringt. Nicht als Beschäftigter gelten Arbeitskräfte, deren Vertrag im Ausland abgeschlossen wurde (es sei denn dieser ist dem italienischen Recht unterstellt).

Beschäftigter in der Privatwirtschaft

Natürliche Person, die ihre Arbeitsleistung bei privatrechtlichen Unternehmen oder Körperschaften erbringt.

Krankheit

Jede Beeinträchtigung des Gesundheitszustands, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist. Die Schwangerschaft gilt nicht als Krankheit.

Schwere Erkrankung

Beeinträchtigung des normalen Gesundheitszustands des Individuums, infolge welcher schwere und irreversible Störungen der Funktion und/oder Struktur eines oder mehrerer Organe auftreten. Für die vorliegende Police gilt die Deckung für die unter Artikel 44 beschriebenen schweren Erkrankungen: Myokardinfarkt, Schlaganfall und Krebs.

Psychische Erkrankungen

Alle psychischen und Verhaltensstörungen (wie z.B. Psychosen, Neurosen, depressive Störungen, geistige Entwicklungsstörungen, Anorexie, Bulimie usw.), die in Kapitel V. der 10. Überarbeitung der Internationalen Statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10 der WHO) aufgeführt sind.

Fehlbildung

Abweichung von der normalen Morphologie eines Organs oder eines Organteils aufgrund eines angeborenen Krankheitszustands.

Alternative oder komplementäre Medizin

Vom Nationalen Verband der Ärzte- und Zahnärztekammern definierte, „nicht konventionelle“ Behandlungsmethoden: Akupunktur, Phytotherapie, Ayurvedische, anthroposophische, homöopathische, traditionelle chinesische Medizin, Homotoxikologie, Chiropraktik.

MyAssistance

MyAssistance S.r.l. mit Satzungssitz in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Mailand, St.-Nr. 08667860972, ist die Dienstleistungsgesellschaft, die im Auftrag des Versicherers im Rahmen der Deckungen laut Abschnitt 5 - Gesundheit (Versicherungsplan A - B - C - D) für die direkte Bezahlung der vertraglich gebundenen medizinischen Einrichtungen, Ärzte und Zahnärzte oder für die Erstattung der Ausgaben an den Versicherten sorgt. Sie unterhält ferner die Verträge und Beziehungen zu den genannten, vertraglich gebundenen medizinischen Einrichtungen, Ärzten und Zahnärzten.

Vorbestehende Erkrankungen

Krankheiten, die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens der Police bekannt waren, diagnostiziert und/oder behandelt bzw. ärztlich/klinisch untersucht (Geräte- oder Labordiagnostik) worden sind.

Arbeitsplatzverlust

Verlust des Arbeitsplatzes infolge „gerechtfertigten objektiven Grundes“, der unabhängig vom Willen oder Verschulden des Versicherten erfolgt.

Versicherungsplan

Versicherte medizinische Leistungen, die vom Versicherten gewählt und in der Police angegeben worden sind.

Versicherte Leistung

Bezüglich der Deckung Temporäre Todesfallversicherung ist dies der vom Versicherer an den Begünstigten ausgezahlte Kapitalbetrag.

Zahnärztliche Vorsorge

Eine Reihe von Maßnahmen oder Vorgängen, die dazu bestimmt sind, die Zahngesundheit zu fördern, wozu von dieser Versicherung übernommene Verfahren oder Leistungen gehören, die dazu geeignet sind, der Entstehung von Karies oder Zahnfleischerkrankungen vorzubeugen.

Gesundheitsfragebogen

Formular mit Fragen zu Gesundheitszustand und Lebensgewohnheiten des Versicherten, das vom Versicherer verwendet wird, um die Risiken zu beurteilen, die mit dem Versicherungsvertrag eingegangen werden.

Der Gesundheitsfragebogen muss vom Versicherungswilligen ausgefüllt und unterzeichnet werden.

Stationäre Unterbringung

Unterbringungskosten sowie medizinische und pflegerische Versorgung bei stationärer Krankenhausaufnahme sowohl auf Normal- als auch auf Intensivstation

Wiederinkraftsetzung

Bezüglich der Deckung Temporäre Todesfallversicherung ist dies die dem Versicherungsnehmer gegebene Möglichkeit,

im Rahmen der von den Versicherungsbedingungen festgelegten Fristen und Vorgehensweisen die Zahlung der Prämien wiederaufzunehmen, nachdem deren Zahlung ausgesetzt worden war.
Dies erfolgt üblicherweise durch Zahlung der säumigen Prämien.

Krankenhausaufenthalt
Unterbringung in einer Krankenhauseinrichtung mit mindestens einer Übernachtung.

Unnötige stationäre Aufnahme
Eine stationäre Aufnahme mit oder ohne Übernachtung in einer medizinischen Einrichtung, die auf Grundlage des klinischen Zustands nicht notwendig ist, während der keinerlei komplexe Therapie durchgeführt wird, sondern allein diagnostische Untersuchungen, die normalerweise völlig risikofrei und ohne besondere Belastung für den Patienten ambulant durchgeführt werden.

Kürzung
Bezüglich der Lebensversicherung ist dies eine Reduktion der Versicherten Leistung, die bei bestimmten Tariftypen durch die Aussetzung der Zahlung der Jahresprämien durch den Versicherungsnehmer bewirkt wird, die unter Berücksichtigung der tatsächlich bezahlten im Vergleich zu den ursprünglich vereinbarten Prämien berechnet wird. Diese Option ist für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung nicht vorgesehen.

Versicherungsrisiko
Gefahr, dass ein ungewisses, zukünftiges Ereignis aus dem menschlichen Leben eintritt, d.h. ein grundlegendes Merkmal des Lebensversicherungsvertrags: so stellt die Pflicht des Versicherers, die versicherte Leistung zu erbringen, die Folge des Eintretens dieses Ereignisses dar.

Skibergsteigen
Das Skifahren auch im Sinne von Tiefschneefahren mit dem Besteigen von Bergen und Skitourengehen ohne Nutzung von Skiliften auf nicht präparierten Abfahrtsrouten und mit höherem Schwierigkeitsgrad als BS der Blachére Skitourenskala.

Extremski
Abfahrten an Hängen mit mehr als 55° Gefälle.

Profisport
Von Sportlern ausgeübte, bezahlte, ständige oder im Verhältnis zu anderen Berufstätigkeiten vorwiegende Tätigkeit, die zu einer Sportdisziplin gehört.

SSN
Der Nationale Gesundheitsdienst.

Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)
Vertragsnetz, bestehend aus Krankenhäusern, wissenschaftlichen Instituten, Pflegeheimen, Diagnosezentren, Polikliniken, Laboren, physiotherapeutischen Zentren, Fachärzten, zahnärztlichen Zentren und Praxen, Zahnärzten sowie Gesundheitsberuflern, die ihre Leistungen in diesen Zentren erbringen.
Die Direktzahlung setzt die Nutzung der vertraglich gebundenen Einrichtungen durch den Versicherten nach vorheriger Genehmigung durch die Betriebszentrale (Versicherungsplan A - B - C - D) voraus, welche die Kosten der erbrachten Leistungen innerhalb der versicherten Höchstbeträge übernimmt, ohne dass der Versicherte Beträge vorstrecken muss. Der Versicherte wird lediglich Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen oder die Höchstbeträge übersteigende Summen zahlen. Sowohl die medizinische Einrichtung als auch das Ärzteteam müssen vertraglich gebunden sind.

Surgical Cash
Feste Pauschalentschädigung für chirurgische Eingriffe, die aufgrund von Krankheiten oder Unfällen benötigt werden.

Wartezeiten
Zeitraum direkt nach Datum des Inkrafttretens der Police, während dessen die Deckungen noch nicht wirksam sind. Dies bedeutet, dass der Versicherte bei Schadensfällen, die sich in diesem Zeitraum ereignen, bzw. bei Krankenhausaufenthalten oder zahnärztliche Behandlungen, die während der Wartezeit beginnen, keinen Anspruch auf Entschädigung hat.

Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen
Physikalische und rehabilitative medizinische Leistungen, die von Ärzten oder Gesundheitsberuflern mit Universitätsabschluss in Physiotherapie oder einem gleichwertigen in Italien anerkannten Abschluss erbracht werden, die auf die Wiederherstellung der Funktionen eines oder mehrerer Organe oder Apparate ausgerichtet sind, die von gemäß Police entschädigungsfähigen Krankheiten oder Unfällen beeinträchtigt worden sind. Von dieser Deckung ausgeschlossen sind auf jeden Fall sämtliche Leistungen, die auf die Behandlung ästhetischer Probleme ausgerichtet sind, sowie Leistungen, die mit Geräten erbracht werden, deren vorwiegende Anwendung im Bereich der ästhetischen Medizin erfolgt.

Fachärztliche Untersuchungen
Die Untersuchung wird durch einen Facharzt zum Zweck der Diagnose und Verordnung von Therapien vorgenommen, auf welche sich dieses spezielle Fachgebiet bezieht. Es sind ausschließlich schulmedizinische Untersuchungen zulässig, Untersuchungen durch Ärzte, die Alternativmedizin praktizieren, sind ausgeschlossen. Ebenso ausgeschlossen sind die Spezialisierungen auf Allgemeinmedizin und gewöhnliche Pädiatrie.

Nicht vertraglich gebundene Einrichtungen (mit „Erstattung“)
Strukturen, die nicht zu Einrichtungen gehören, die vertraglich mit der Dienstleistungsgesellschaft verbunden sind, bei denen die erbrachten Leistungen später erstattet werden.

Spezifische Definitionen des Bereichs Vermögensrisiken

Hauptwohnung Die Wohnung, die als Hauptwohnsitz des Versicherten gemeldet ist und wo er für gewöhnlich die meiste Zeit des Jahres verbringt, sofern sich diese auf italienischem Staatsgebiet befindet.

Online-Käufe
Alle Verträge, die Güter zum Gegenstand haben und zwischen einem Freiberufler und einem Verbraucher im Rahmen eines vom Freiberufler organisierten Internet-Verkaufssystems abgeschlossen werden, wenn es sich beim Käufer um eine natürliche Person handelt, die beim Vertragsabschluss Zwecke verfolgt, die nicht in Verbindung mit der ggf. von ihr ausgeübten Berufstätigkeit stehen. Die Güter müssen mit

einem Express-Kurier oder ähnlichen Systemen, die eine Rückverfolgung der Sendung ermöglichen, geliefert werden.

Personal

Die beim Versicherten angestellten Beschäftigten (einschließlich Mitarbeiter mit Vertrag auf Abruf, Arbeitsplatzteilungsvertrag, Teilzeitvertrag, Lehrlinge, gelegentliche Aushilfskräfte, Arbeitsförderungsvertrag gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10. September 2003), die Inhaber, die Gesellschafter und mithelfende Familienmitglieder sowie Mitarbeiter, die im Rahmen eines Projekt-, Leiharbeits- oder Überlassungsvertrags von anderen Unternehmen gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10. September 2003 beschäftigt sind, die vom Versicherten unter Einhaltung der gesetzlichen Normen bei der Ausübung der in der Police beschriebenen Tätigkeit genutzt werden. Dazu gehören auch Kursteilnehmer, Stipendiaten und Praktikanten.

All-Risk-Versicherung

Darunter versteht sich ein Versicherungsschutz, der alle Risiken unter Ausnahme der ausdrücklich in den Ausschlüssen erwähnten Gefahren deckt.

Panzerschrank

Stahlschrank, der zumindest folgende Merkmale aufweist:

- Wände und Türflügel mit Außen- und Innenmantel aus Stahl;
- in der Tür, vor den Schlössern Platten aus bohrsicherem Spezialstahl;
- mehrere Riegel, die durch den Griff bewegt und durch Sicherheitsschlösser gesperrt werden.

Angriff auf das Informationssystem

Eine vorsätzliche Handlung Dritter gegen das Informationssystem des Versicherten.

Tätigkeit

Die vom Versicherer ausgeübte und in der Police erklärte Betriebstätigkeit, einschließlich der Ausübung von damit verbundenen ergänzenden, Hilfs- und Zusatztätigkeiten sowie die Erbringung von Dienstleistungen einschließlich des Betriebs angeschlossener Direkt- und/oder Fabrikverkaufsstellen, wobei alle genannten Aktivitäten in enger Verbindung zur grundlegenden Unternehmenstätigkeit stehen müssen.

Landwirtschaftsbetrieb

Ausübung von eigenständiger landwirtschaftlicher Tätigkeit, die gebietlich bestimmt und begrenzt ist, auch wenn sie auf räumlich voneinander getrennten Grundstücken stattfindet, vorausgesetzt, dass diese eine Unternehmenseinheit darstellen, die dazu geeignet ist, gemäß den Bestimmungen von DPR (Dekret des Präsidenten der Republik) Nr. 597 vom 29.09.1973, DPR Nr. 917 vom 22.12.1986 und Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 228 vom 18.05.2001 als landwirtschaftlich geltendes Einkommen zu erwirtschaften. Zum Landwirtschaftsbetrieb gehören: die Gebäude, einschließlich des ländlichen Wohnhauses, samt Bauwerken, Vorräten und Produkten, Futter, Vieh, Ausrüstung, landwirtschaftlichen Maschinen, betriebseigenen Abteilungen, Werkstätten und Produktionsstätten sowie Silos, vorausgesetzt dass diese zum Betrieb gehören und ausschließlich von diesem verwendet werden.

Landwirtschaftsbetrieb mit Ferienangebot

Landwirtschaftsbetrieb, der zusätzlich im Bereich der Ferien auf dem Bauernhof entsprechend der Regelung durch Gesetz Nr. 730 vom 5.12.1985 und Gesetz Nr. 96 vom 20.02.2006 i.d.g.F. tätig ist und über die entsprechende Genehmigung verfügt.

Gepäck

Kleidung, Sportgeräte und Hygieneartikel, optische Geräte, Foto- und Videokameras, Computer, elektronische Terminkalender, tragbare Telefone/Smartphones und der Koffer, die Tasche oder der Rucksack, in denen diese verstaut sind, welche der Versicherte bei der Reise mit sich führt oder trägt.

Vieh

Rinder (einschließlich Büffel), Equiden, Schweine, Ziegen, Schafe, Geflügel und Kaninchen, Bienen samt Bienenstock, Strauße, vorausgesetzt, dass es sich nicht um intensiv oder industriell betriebene Zucht und Haltung handelt. Unter letzterer versteht sich der Einsatz von industriellen und wissenschaftlichen Methoden, einschließlich der Verabreichung von Arzneimitteln ohne therapeutischen Bedarf zur Wachstumsförderung, sowie der Fütterung des Viehs mit Produkten, die teilweise oder vollständig nicht aus dem betriebseigenen Anbau stammen. Von dieser Definition für das Vieh ausgenommen sind: Rennpferde, Pelztiere und die Intensivhaltung von Kaninchen, Vögeln und Geflügel allgemein.

Fahrrad

Ein pedalbetriebenes Zweirad. Dazu gehören auch Fahrräder mit Tretunterstützung durch einen Elektromotor mit maximal 0,25 kW Leistung, die nicht der verbindlichen Haftpflichtversicherung für Kraftfahrzeuge unterliegen.

Tresorschrank

Ein Tresor mit Wänden und Türflügel aus Stahl in geeigneter Stärke, der ausschließlich aus speziell hierfür vorgesehenem Material gefertigt wurde, wobei geeignete Vorkehrungen getroffen wurden, um Einbruchsversuchen angemessen standzuhalten. Die Panzerung des Tresors muss einen monolithischen Block bilden, in dem sich speziell schützende Materialien und Abwehrvorkehrungen gegenseitig ergänzen. Tresorschränke mit Gewicht unter 200 kg müssen fest am Boden und an mindestens einer Ziegelwand verankert sein.

Bestand

Darunter versteht sich:

- Maschinen und Ausrüstung: Maschinen, landwirtschaftliches Gerät, Anlagen, Ausrüstung und dazugehörende Ersatzteile und Unterbauten; Hebeanlagen und Hebezeuge oder Waagen; ggf. landwirtschaftliche, selbstfahrende Arbeitsmaschinen, Schlepp- und Transportfahrzeuge allgemein, die allesamt nicht beim Zentralen Fahrzeugregister eingetragen sind;
- Möbel und Einrichtung, einschließlich Sicherheitsschränke und Tresore, Bürowaren und Druckartikel sowie häuslicher beweglicher Besitz;
- Geräte: Prozessoren und Automationen von Industrieprozessen, die nicht im Dienste von Einzelmaschinen stehen, elektrische und elektronische Bürogeräte, Registrierkassen, elektronische Waagen, Personal Computer, Minirechner und Bürorechner samt dazugehörenden Peripheriegeräten für Empfang und Übertragung von Daten mit den dazu gehörenden Verbindungskabeln, Telekommunikationsgeräte und -anlagen, elektronische Melde-, Brandschutz- und Alarmsysteme, die aufgrund ihrer Beschaffenheit und Gebrauchsbestimmung nicht als unbeweglich gelten;

- Waren einschließlich Produktionssteuer und Zollgebühren: Rohstoffe, Verarbeitungszutaten und Produkte des Unternehmens, Halbfertigwaren und Endprodukte, Vorräte und Verbrauchsmaterialien, Verpackungen, Produkte, die mit der in der Police angegebenen Betriebstätigkeit verbunden sind, Mustersammlungen und alles, was von der Verkaufslizenz des Geschäfts vorgesehen ist, Halterungen, Ausschuss und Verschnitt aus der Verarbeitung, besondere und entflammbare Produkte in den in der Police angegebenen Mengen;
- Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Wertgegenstände, Pelzmäntel, Teppiche, Gemälde, Sammlungen, Kunstgegenstände allgemein;
- spezifische Geräte und Datenträger: Platinen, Platten, Bänder, Mikrofilm für Rechner, Computer und Datenverarbeitungsmaschinen, Zeichnungen, Dokumente, Register, Bücher, Veröffentlichungen, Modelle, Gesenke, Zylinder, Formen, Webvorlagen für Webrahmen, Druckstöcke, lithographische Drucksteine, Stereotypplatten, gravierte Kupfer- und Zinkplatten, Materialien für Farbfotografie.

Vom Bestand ausgenommen sind: Tabakwaren, Getreide vor der Ernte, der gesamte Anbau (Baum-, grasartige und Gemüsekulturen), Bäume, Wälder, hängende Früchte, Futter und Vieh.

Streitigkeit
Darunter versteht sich das erste Schriftstück, aus dem sich für den Versicherten die Notwendigkeit eines Rechtsbeistands ergibt, oder auch das erste Schriftstück, aus dem sich für den Versicherten der Anspruch auf „Rechtsschutz“ ableiten lässt.

Sachen
Materielle Gegenstände und, mit Beschränkung auf die Haftpflichtversicherung allein, auch Tiere.

Bargeld und Wertsachen
Bargeld, Wertpapiere allgemein sowie jede Art von Wertschrift (beispielsweise: Essensgutscheine, Briefmarken, Stempelmarken, Stempelpapier).

Nebengebäude und/oder Zubehör
Räumlichkeiten auch in getrennten Bauwerken, vorausgesetzt dass sie in Bereichen liegen, die an das Gebäude angrenzen, in dem sich der versicherte Betrieb mit Büros, Lagern und Depots befindet, bzw. zu diesem gehören.

Explosionsfähige Stoffe
Stoffe und Produkte, die auch in kleinen Mengen:

- im Kontakt mit Luft oder Wasser unter Normalbedingungen explodieren;
- aufgrund mechanischer oder Hitzeeinwirkung explodieren, einschließlich der Sprengstoffe gemäß Art. 83 des Königlichen Dekrets Nr. 635 vom 6. Mai 1940, die in dessen Anhang A aufgeführt sind.

Explosion
Entwicklung von Gasen oder Dämpfen mit hoher Temperatur und Druck aufgrund chemischer Reaktionen, die sich mit hoher Geschwindigkeit selbsttätig ausbreiten.

Gebäude
Das gesamte Bauwerk (einschließlich Nebengebäude und ggf. die Wohnung des Versicherten und/oder eines Hausmeisters auf dem Betriebsgelände) oder der Teil davon, in dem die erklärte Betriebstätigkeit abgewickelt wird und die versicherten Sachen enthalten sind, unter Ausschluss des Grundstückswerts. Mit dazu gehören Umzäunungen, feste Einbauteile, Fenster- und Türrahmen, Fundamente und unterirdische Bauteile, Personen- und Lastaufzüge, Rolltreppen, Antennen ebenso wie andere Anlagen und Installationen, die aufgrund ihrer Beschaffenheit oder Verwendung als nicht beweglich gelten, ferner Teppichböden, Verkleidungen, Fresken, Tore, Statuen ohne künstlerischen Wert, gemauerte Silos, Keller, Gewächshäuser und ähnliches. Falls ein Gebäudeabschnitt versichert wird, gilt die Definition für diesen Abschnitt und für die diesem zugeordneten Anteile am Gemeinschaftsbereich des Gesamtgebäudes. Ausgeschlossen sind Traglufthallen, Seilnetzkonstruktionen, verlassene Gebäude, Photovoltaik- und Solarwärmeanlagen, die als vom Gebäude unabhängige Sache eigenständig versichert werden können, sowie alles, was unter Bestand genannt wurde.

Zufälliges Ereignis
Ereignis, das keine natürliche Folge der Methode ist, die vom Versicherten für die Abwicklung der von der Police gedeckten Betriebstätigkeiten gewählt wurde, und/oder das nicht durch willentliche Verletzungen von Gesetzen, die bei der Ausübung der versicherten Betriebstätigkeit einzuhalten sind, durch den Versicherten verursacht wurde.

Unerlaubte Handlung
Die vorsätzliche oder fahrlässige Tat, welche einen rechtswidrigen Schaden verursacht hat, welcher den Täter zum Schadensersatz verpflichtet. Die unerlaubte Handlung besteht weder in der Erfüllung noch der Verletzung einer vertraglichen Verpflichtung, sondern in der Missachtung einer gesetzlichen Vorschrift oder der Verletzung von Rechten anderer Personen. Der aus der unerlaubten Handlung hervorgehende Schaden wird als „außervertraglicher“ Schaden bezeichnet, da zwischen geschädigter und verantwortlicher Person keinerlei Vertragsbeziehung besteht.

Umsatz
Der Betrag des Umsatzes (abzüglich USt und obligatorischer Sozialversicherungsbeiträge) der einzelnen versicherten Freiberufler bezüglich des Zeitraums zwischen 1. Januar und 31. Dezember des Bezugssteuerjahrs.

Feste Einbauteile, Fenster- und Türrahmen
Allgemein Fenster und Türen, Elemente für das Verschließen von Durchgängen, Beleuchtungs- und Belüftungsöffnungen an Gebäuden und generell Elemente, die fest am Mauerwerk verankert sind und zu dessen Verkleidung oder Schutz dienen.

Futter
Pflanzliche Produkte für die Fütterung des Viehs sowie Stroh und ähnliches.

Diebstahl
Aneignung beweglicher Sachen, die dem Besitzer entzogen werden, um für den Dieb selbst oder für andere Profit daraus zu ziehen.

Pharmazeutische Strichcode-Etiketten (Wertpapier)
Darunter versteht sich die von diesen verbriefte Geldforderung, d.h. der Betrag, der von der Apotheke erhalten wird, nachdem von dem auf dem Etikett angegebenen Preis des Arzneimittels, die eingenommene Zuzahlung abgezogen wurde.

Schmuck und Wertgegenstände
Gegenstände aus Gold und Platin oder mit diesen Metallen gefasste Objekte, Edelsteine, Korallen, Natur- und Zuchtperlen usw., sowie Armband- oder Taschenuhren, auch wenn diese nicht aus Edelmetall bestehen.

Fahrzeugpanne
Das plötzliche und unvorhergesehene mechanische, elektrische oder hydraulische Versagen, das dazu führt, dass das Fahrzeug nicht in der Lage ist, die geplante Fahrt fortzusetzen, bzw. das zu anomalen oder gefährlichen Verkehrsbedingungen im Hinblick auf die Sicherheit von Personen oder Fahrzeugen führt. Nicht als Panne gilt der Stillstand aufgrund von planmäßigen/regelmäßigen Wartungsmaßnahmen, des Einbaus von Zubehör oder wegen Eingriffen an der Karosserie sowie die Folgen einer Betriebsstörung mechanischer, elektrischer oder hydraulischer Art des Wartungssystems der Hebesysteme, mit denen das versicherte Fahrzeug oder dessen Anhänger möglicherweise ausgerüstet sind.

Alarmanlagen für den Diebstahlschutz
Automatische Alarmanlage für den Diebstahlschutz mit Sirene, die von einer bei der Zertifizierungsstelle I.M.Q. registrierten Firma installiert wurde, oder automatische Nebelanlage für den Diebstahlschutz entsprechend der Norm ISO 9001-2000, die von einer qualifizierten Firma installiert wurde.

Photovoltaikanlagen
Eine Photovoltaikanlage besteht aus einem Satz von Geräten, die eine direkte Umwandlung von Sonnenenergie in elektrische Energie ermöglichen. Sie umfasst ein Solarmodul (Solarzellen), das Gleichstrom aus Sonnenenergie erzeugt, einen Wechselrichter zur Umwandlung des Gleichstroms in Wechselstrom, Anschlusskästen, Schaltschränke, Verkabelungen und Stützstrukturen, Zähler zur Messung des ins Netz gespeisten Stroms.

Solarwärmeanlage
Diese besteht aus Solarmodulen, die Wärme für die Erzeugung von Warmwasser liefern.

Implosion
Zusammenbruch von Geräten, Tanks und Behältern allgemein aufgrund mangelnden Innendrucks durch enthaltene Fluide gegenüber dem Außendruck.

I.M.Q.
Italienisches Zertifizierungsstelle für Qualitätszeichen.

Brand
Verbrennung mit Flamme von Sachgütern außerhalb geeigneter Feuerstellen, die von selbst übergreifen oder sich ausbreiten kann.

Feuerfeste Materialien
Stoffe und Produkte, die sich bei einer Temperatur von 750 °C weder entzünden noch exotherme Reaktionen aufweisen. Die verwendete Testmethode ist die des Centro Studi Esperienze des italienischen Innenministeriums. Als feuerfeste Materialien gelten auch zertifizierte Dachbaustoffe mit Brandreaktionsklasse 1 (Ministerialdekret 26. Juni 1984 des Innenministeriums).

Entzündliche Stoffe
Stoffe und Produkte, die nicht als „explosionsfähig“ eingestuft werden, mit Ausnahme von wässrig-alkoholischen Lösungen bis maximal 35 %, welche folgenden Eigenschaften entsprechen:

- brennbare Gase;
- Flüssigkeiten und Feststoffe mit Zündpunkt unter 55°C;
- Sauerstoff, Substanzen und Produkte, die beim Abbau Sauerstoff freisetzen;
- Stoffe und Produkte, die bei Kontakt mit Wasser oder feuchter Luft brennbare Gase entwickeln;
- Stoffe und Produkte, die sich auch in kleinen Mengen unter Normalbedingungen und in Luftkontakt von selbst entzünden.

Der Zündpunkt wird auf Grundlage der Normen laut Ministerialdekret vom 17. Dezember 1977, Anhang V, bestimmt.

Platten und Scheiben
Platten und Scheiben aus Kristall, Halbkristall und generell aus Glas, bruchsicherem Glas oder Spiegelglas sowie Platten aus starrem Kunststoff, die zur Einrichtung oder zu Öffnungen, Treppen und anderen Räumen des Betriebs gehören, mit Ausnahme von Oberlichtern.

Betriebsräume
Immobilieneinheit, in welcher der Versicherungsnehmer den Satzungssitz oder die Betriebsstätte der in der Police angegebenen Berufstätigkeit eingerichtet hat.

Landwirtschaftliche Maschinen
Die allesamt nicht beim Zentralen Fahrzeugregister eingetragenen, selbstfahrenden oder geschleppten Fahrzeuge, die für mechanisch-landwirtschaftliche Leistungen oder Verarbeitungen bestimmt sind.

Planmäßige Wartung
Als planmäßige Wartungsarbeiten gelten Ausbesserung, Erneuerung oder Ersatz von Beschichtungen an Gebäuden sowie Maßnahmen zur Ergänzung oder Instandhaltung vorhandener technischer Anlagen.

Höchstbetrag
Der maximale Gesamtbetrag, den sich der Versicherer für die Entschädigung des Schadensfalls zu zahlen verpflichtet.

Besondere Waren
Pulver, Späne oder Schäume von: Aluminium, Aluminiumbronze, Bronze, Magnesium, Titan, Zirkonium, Hafnium, Thorium, Wolfram, Uran - Zelluloid (Rohstoff und daraus gefertigte Produkte) - Kunststoff-Schaum oder Wabenmaterial - Verpackungsmaterial aus Kunststoff-Schaum oder Wabenmaterial (unter Ausnahme von Materialien, die in Warenpackungen enthalten sind) - Korkgranulat und Rohkork - Papierabfälle, Packpapier oder Altpapier, Papier- und Kartonverschnitt - Latexschaum, Schaumgummi oder mikroporöses Gummi - Watte - gepresste Baumwollballen - Textilabfall, Gewebeverschnitt, Lumpen - Hadern, Fransen, geschreddertes Material, Fäden unter Ausnahme derjenigen, die mindestens 80% Schurwolle enthalten - Federn oder Daunen.

Verschlussvorrichtungen
Jede Öffnung nach draußen von Räumlichkeiten, die versicherte Sachen enthalten, die sich weniger als 4 m über dem Boden oder einer Wasseroberfläche oder von normal von außen zugänglichen und begehbaren (d.h. ohne Einsatz von Hilfsmitteln oder besonderer körperlicher Geschicklichkeit) Flächen befindet und die über ihre gesamte Ausdehnung geschützt wird durch: robuste Tür- oder Fensterflügel aus Holz, starren Kunststoffmaterialien, Metall oder Metalllegierung, welche mit Einbau- oder Vorhängeschlössern oder anderen geeigneten, allein von innen betätigbaren Vorrichtungen verriegelt sind; Sicherheitsglas.

Länder der Europäischen Union
Für die Deckung Rechtsschutz sind darunter die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union zu verstehen: Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Dänemark, Irland, Vereinigtes Königreich, Griechenland, Portugal, Spanien, Österreich, Finnland,

Schweden, Zypern, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Tschechische Republik, Slowakei, Ungarn, Bulgarien, Rumänien.

Vermögensverlust
Summen, für welche die Haftung des Versicherten gegenüber Kunden in Verbindung mit der Ausübung der versicherten Tätigkeit durch den Versicherten anerkannt wurde, wobei der Verlust nicht die Folge von Tod oder Personenschaden und/oder der Zerstörung oder Beschädigung von Sachen ist.

Wirksamkeitszeitraum der Versicherung
Der Zeitraum zwischen dem Zahlungsdatum der Prämie oder dem auf der Police angegeben Datum (wenn dieses mit der Zahlung übereinstimmt) und dem Ablauf der Versicherung.

P.O.S. (Point of sale)
Ein Kassensystem, das die Übertragung von Geldmitteln von einer Person (Käufer) zu einer anderen (Geschäftsbetreiber, der Güter oder Dienstleistungen veräußert) über den Einsatz von Debit-, Kredit- und Guthabenkarten ermöglicht.

Erstrisiko
Versicherungsform, bei welcher der Versicherer bis zur Erreichung einer bestimmten Deckungssumme für Schäden haftet, ohne dass die in Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs vorgesehene Proportionalitätsregel Anwendung findet.

Raub
Aneignung beweglicher Sachen, die ihrem Besitzer durch Gewaltausübung oder Bedrohung seiner Person entzogen werden.

Einbruch
Aufbrechen, Entfernen oder Zerstören von Schlössern oder Schutzvorrichtungen von Räumen, Tresoren oder Möbelstücken, in denen versicherte Güter verwahrt werden, sodass ihre vor dem Schadensfall bestehende ordnungsgemäße Funktion danach nicht mehr möglich ist.

Handtaschenraub
Diebstahl, der begangen wird, indem das Gut der aufbewahrenden Person entrissen wird.

Bersten
Plötzliches, nicht durch Explosion verursachtes Platzen von Behältern aufgrund eines internen Überdrucks der enthaltenen Fluide. Die Folgen von Vereisung und Druckstoß gelten nicht als Bersten.

Gewächshäuser
Durch Beton- oder Mauerwerksfundamente fest am Boden verankerte Anlagen für den Anbau und/oder die Aufzucht von Pflanzen allgemein mit Tragwerken aus Eisen und/oder Stahlbeton und Deckung aus Glas- und/oder starren Kunststoffscheiben. Mit dazu gehört sämtliches, ggf. unterirdisches Mauerwerk, feste Einbauteile, Fenster- und Türrahmen, fest in den Gewächshäusern installierte Anlagen und Ausrüstung.

Branche
Anhand gemeinsamer Eigenschaften zusammengefasste, unterschiedliche Betriebstätigkeiten. Die Zugehörigkeitsbranche der versicherten Tätigkeit ist in der Police angegeben.

Rechtsschutzfall
Auftreten der Streitigkeit.

Belegschaft und/oder Mitarbeiter
Jede natürliche Person, die im Auftrag des Versicherten für die Ausübung der gemäß Versicherungsgegenstand vorgesehenen Aktivität tätig ist, tätig war oder tätig sein wird, als Beschäftigter, Praktikant, Lehrling, Student, Aushilfskraft, Mitarbeiter, Korrespondent in Italien oder im Ausland, im Rahmen eines Voll- oder Teilzeit-, Ausbildungs-, Aushilfs- oder Zeitvertrags.

Fernwirkeinrichtung
Gesamtheit der Geräte für Steuerung und Kontrolle der Photovoltaikanlage, bestehend aus:

- einem System zur Datenerfassung, das den Wechselrichter regelmäßig abfragt und stichprobenhaft Betriebsdaten erhebt (Data Monitor)
- einem zentralisierten Datenerfassungssystem (Data Collector)
- einem über Internet zugänglichen Überwachungs- und Berichterstattungssystem (Data Reporter).

Dach
Gefüge von tragenden und nicht tragenden Bauteilen, die dazu bestimmt sind, das Gebäude zu decken und vor der Witterung zu schützen, einschließlich dazu gehörenden Tragwerks (Dachstuhl, Zug- oder Maueranker).

Rechtsschutz
Versicherungszweig gemäß Gesetzesvertretendem Dekret 209/05 - Art. 163 - 164 - 173 - 174.

Neuwert
Darunter versteht sich:

- für das Gebäude: die Ausgabe, die für den kompletten Neubau des Gebäudes erforderlich wäre, unter Ausschluss des alleinigen Grundstückwerts sowie unter Berücksichtigung der Konstruktionstechnik zum Zeitpunkt des Schadensfalls;
- für Geräte und Anlagen: die Kosten der Neubeschaffung der Sachen, d.h. ihr Listenpreis bzw. in dessen Ermangelung die effektiven Kosten für den Ersatz durch eine gleiche neue Sache oder, falls diese nicht mehr erhältlich sein sollte, durch eine in Eigenschaften, Leistung und Ertrag gleichwertige Sache, einschließlich Transport-, Zoll-, Montage- und Abnahmekosten sowie Steuer, falls diese vom Versicherten nicht abgesetzt werden kann.

Verbundsicherheitsglas
Scheibe mit mindestens 6 mm Stärke, die aus zwei oder mehr untereinander fest verbundenen Glasschichten besteht, wobei zwischen den Glasscheiben eine Schicht Kunststoffmaterial eingefügt ist, oder Scheibe aus einer einzigen Schicht Synthetikmaterial (Polycarbonat) mit mindestens 6 mm Stärke.

Besucher/Berater
Damit ist eine natürliche Person gemeint, die in den Räumlichkeiten des Versicherungsnehmers für einen geschäftlichen Besuch, eine Beratung oder Leistungserbringung anwesend ist und bei ihrer Ankunft regulär registriert wurde.

Speziell für den Bereich Cyber-Risiken geltende Definitionen

Angriff auf das Informationssystem

Eine vorsätzliche Handlung gegen das Informationssystem des Versicherten.

Vorsätzliche Handlung

Jede rechtswidrige Handlung, die mit der Absicht, einen Schaden zu verursachen oder sich unrechtmäßigen Zugang zu Daten, dem Informationssystem oder dem Netzwerk des Versicherten zu verschaffen, begangen worden ist.

Continous Scanning

Automatische Erfassung von Ports/Diensten, die von öffentlichen Netzwerken aus zugänglich und mit öffentlichen IP-Adressen der Firma verknüpft sind, in Verbindung mit diesbezüglicher Analyse von Verletzbarkeit, fehlerhaften Konfigurationen bzw. der Exposition kritischer Dienste gegenüber den öffentlichen Netzwerken.

Schaden

Abänderung, Löschung oder Beschädigung von Daten, wie Firmendaten oder personenbezogenen Daten, die im Informationssystem des Versicherten gespeichert sind.

Data Breach

Davon ist die Rede, wenn E-Mail-Adressen, meldeamtliche Informationen und oder firmeneigene/persönliche Passwörter (falls im Nethive-System konfiguriert) in den Datenbanken der beschädigten oder angegriffenen Cloud-Dienste vorhanden waren.

Der Verlust der Vertraulichkeit potentiell sensibler Daten, wie Username, Passwort und meldeamtliche Daten, bewirkt einen Anstieg der Wahrscheinlichkeit unbefugter Zugriffe.

Daten

Jede digitale Information, die nicht direkt für die Öffentlichkeit bereitsteht bzw. dieser allgemein bekannt ist, und die im Informationssystem des Versicherten vorhanden ist und außerhalb des Arbeitsspeichers (RAM) abgelegt wurde, unabhängig von ihrer Form und der Art und Weise, wie diese verwendet oder angezeigt wird (z.B. Text, Abbildungen, Video, Software).

Firmendaten

Firmen- und Geschäftsdaten, die ggf. als „vertraulich" gekennzeichnet sein können und die nicht direkt der Öffentlichkeit bereitgestellt werden (nicht allgemein bekannt sind).

Personenbezogene Daten

Informationen, die gemäß geltender Datenschutzgesetzgebung zur Identifikation einer Person dienen.

Discovery basis

Deckungsform, bei der Schadensfälle garantiert werden, die mit Ereignissen verbunden sind, die während der Versicherungslaufzeit zum ersten Mal entdeckt werden.

Infrastruktur

Jede beliebige Art von Kommunikationsgerät, Klimaanlage, kontinuierlicher Versorgungsanlage, alleinstehenden Generatoren, Frequenzumrichtern, Transformatoren sowie alle anderen Geräte und Dienste, die für den Betrieb des Informationssystems des Versicherten dienen.

Internet Service

Sämtliche zur Nutzung des Internets benötigten Dienste; beispielsweise aber nicht ausschließlich:

- die „Internetprovider", die für die Bereitstellung des Dienstes und der für den Zugang zum Internet benötigten Hardware verantwortlich sind;
- DNS-Dienstleister;
- andere Provider von Diensten, Geräten und Infrastrukturen (wie z.B. kabel-, satelliten- und funkgestützte Telekommunikationssysteme), die nicht vom Versicherten kontrolliert werden und für den Austausch von Informationen sowie den Internetbetrieb benötigt werden.

Intranet

Ein firmeninternes privates Datennetz.

Malware

Jede Art von schädlicher Software oder Code (wie Viren, Spyware, Würmer, Trojaner, Rootkits, Ransomware, Keylogger, Dialer und Rogue-Sicherheitssoftwares), die entwickelt wurde, um unerlaubten Zugang zu verschaffen und/oder den Betrieb des Informationssystems des Versicherten zu unterbrechen.

Cyber-Erpressung

Jede Art illegaler Geldforderung durch Dritte, die von Drohungen begleitet werden, wie:

1. Lahmlegung des Informationssystems des Versicherten zur Unterbrechung von dessen Tätigkeit;
2. Korruption, Beschädigung, Zerstörung, Verbreitung oder Aneignung von Daten aus dem Informationssystem des Versicherten;
3. Störung der Website des Versicherten;
4. Weigerung, die aus dem Informationssystem des Versicherten gestohlenen Daten zurückzugeben;
5. Verhinderung des berechtigten Zugriffs auf das Informationssystem des Versicherten durch den Einsatz elektronischer Geräte.

Outsourcing Provider

Jeder Dritte, der vertraglich festgelegte IT- und Cloud-Dienste für den Versicherten erbringt; nicht als Outsourcing Provider gelten Einrichtungen, die Internet Service, Kommunikationssysteme und Stromversorgung bereitstellen.

Netzwerk

Eine Gruppe von über eine Technologie (einschließlich Internet, Intranet und private virtuelle Netzwerke) untereinander verbundenen Informationssystemen, in denen ein Datenaustausch möglich ist.

Rückkauf

Jeder Betrag in Geld, Bitcoin oder anderen digitalen Währungen, der von einem Dritten in Verbindung mit einer Cyber-Erpressung gefordert wird.

Service Provider

Nethive S.p.A., die Gesellschaft, die im Schadensfall Orientierungs- und Beratungsdienste sowie ansonsten die unter Abschnitt 16 und 17 erwähnten Präventions- und Überwachungsdienste für den Versicherten erbringt, mit Sitz in Via Stefano Breda 26, 35010 Limena (PD),

Informationssystem

Hardware, Infrastruktur, Software oder andere Elemente, die benötigt werden, um Daten zu erstellen, darauf zuzugreifen, diese zu verarbeiten, zu schützen, zu kontrollieren, zu speichern, wiederherzustellen, anzuzeigen und zu übermitteln.

Spam reputation

Überwachung der Reputation des Domainnamens der Firmen-E-Mails im Hinblick auf die Zustellungswahrscheinlichkeit und die Zuverlässigkeit gegenüber den wichtigsten marktüblichen Anti-Spam-Systemen.

System Failure

Jeder unfreiwillige und nicht programmierte Ausfall des Informationssystems des Versicherten.

Threat Intelligence

Umfassende Risikobewertung bezüglich der „Cyber

reputation“ der Firma auf Grundlage der Analyse zahlreicher Parameter.

ALLGEMEINE REGELUNGEN FÜR ALLE DECKUNGSARTEN

Art. 1 - Erklärungen zu den Risikoumständen.

Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung 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.

Art. 2 - Wirkung, Laufzeit und Kündigung des Vertrags - Versicherungsprämie

Die Versicherung hat einjährige Laufzeit.

Unbeschadet der Wartezeit gemäß Art. 26, 49, 70 und 82 - „Wartezeiten“ entspricht das Datum des Inkrafttretens der Versicherung 24 Uhr des in der Police angegebenen Datums, wenn die Prämie bzw. deren erste Rate entrichtet worden ist; andernfalls tritt sie um 24 Uhr des Zahlungstages in Kraft und erlischt um 24 Uhr des letzten Tags der im Vertrag selbst festgelegten Laufzeit.
Falls der Versicherungsnehmer die Prämien oder deren weitere Raten nicht bezahlt, wird die Versicherung - in partieller Abweichung von Art. 1901 des it. Zivilgesetzbuchs - ab 24 Uhr des 30. Tages anstatt des 15. Tages nach Fälligkeit aufgehoben und tritt um 24 Uhr des Zahlungstages erneut in Kraft, ohne Änderung der weiteren Fälligkeiten gemäß Art. 1901 des it. Zivilgesetzbuchs. **In Ermangelung der Kündigung durch eine der Parteien, welche der Gegenpartei spätestens 30 Tage vor Ablauf zugestellt worden sein muss, wird der Vertrag, falls er eine Laufzeit von mindestens einem Jahr hat, jeweils um ein weiteres Jahr verlängert.**

Falls die Zahlung der Prämie oder der weiteren Raten mit einer Verspätung von mehr als 90 Tagen zur vertraglich festgelegten Fälligkeit erfolgt, werden die Wartezeiten gemäß Art. 26, 49, 70 und 82 - „Wartezeiten“ ab 24 Uhr des Zahlungstages berechnet.

Der Vertrag sieht die Entrichtung einer Prämie für die einjährige Dauer der Versicherung vor, deren Betrag in der Police angegeben ist.
Beläuft sich die Jahresprämie auf einen Betrag von € 120,00 oder mehr, kann sie nach Wahl des Versicherungsnehmers ohne zusätzliche Gebühren in halbjährliche Raten oder Monatsraten unterteilt werden.

Die Vereinbarung der Unterteilung der Prämie befreit jedoch den Versicherungsnehmer nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, welche mit jeglicher Wirkung als einzige und unteilbare Prämie gilt, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung.

Art. 3 - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten

Mit Bezugnahme auf ABSCHNITT 1, ABSCHNITT 2, ABSCHNITT 3, Art. 58 - Punkt D - Krankenhaustagegeld, ABSCHNITT 4 und Abschnitt 5, Art. 79 (Versicherungsplan B und Versicherungsplan C) wird die Prämie Anpassungen entsprechend den Kriterien unter Art. 29, 39, 56, 71 und 75 unterzogen.

Art. 3.1 - Variation von Prämie und Versicherungsbedingungen bei Ablauf der Versicherung

Mit Bezugnahme auf ABSCHNITT 2 und ABSCHNITT 5 hat der Versicherer, falls er beabsichtigt, bei Ablauf der Versicherung Änderungen an den Tarif- und/oder Vertragsbedingungen gegenüber den zuvor vereinbarten vorzunehmen, diese Absicht dem Versicherungsnehmer spätestens 60 Tage vor Ablauf der Police mitzuteilen.

Falls der Versicherungsnehmer mitteilt, die neuen Tarifbedingungen nicht anzunehmen, bzw. wenn er seine Annahme nicht erklärt, wird der Vertrag bei Ablauf der Versicherung aufgelöst.

Auf jeden Fall haben die Zahlung der neuen Prämie und Entgegennahme der diesbezüglichen Quittung als Annahme der neu vorgeschlagenen Bedingungen zu gelten.

Art. 4 Widerrufs- und Rücktrittsrecht

Der Versicherungsantrag kann bis zum Datum des Inkrafttretens widerrufen werden.
Der Versicherte hat das Recht, innerhalb von 60 Tagen ab Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurückzutreten.
Der Versicherte teilt dem Versicherer seinen Widerrufs- oder Rücktrittswunsch beliebig auf einem folgender Wege mit:

- per Einschreiben;
- per zertifizierter E-Mail.
- per persönlich übergebenem Einschreiben an die Filiale des Anbieters, von dem der Vertrag ausgestellt wurde.

Die Ausübung des Widerrufs- oder Rücktrittsrechts befreit den Versicherer von jeglicher Verpflichtung im Schadensfall ab dem Moment des Empfangs der vom Versicherten übermittelten Mitteilung.
Der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer die ggf. abgebuchte Prämie, die bezahlt aber nicht genutzt wurde (abzüglich Steuer für die Deckungen der Schadenssparten), anhand der gleichen Methode, die für die Zahlung der Prämien festgelegt wurde.

Art. 5 - Änderungen der Versicherung
Etwaige Änderungen am Versicherungsvertrag sind schriftlich zu genehmigen.

Art. 6 - Form der Kommunikation
Sämtliche Mitteilungen, zu denen Versicherungsnehmer, Versicherter oder Begünstigte verpflichtet sind, haben - unbeschadet der Vorgaben in den einzelnen Vertragsklauseln auch im Hinblick auf die Verwendung von Informationssystemen und elektronischen Dokumenten sowie der E-Mail - in schriftlicher Form zu erfolgen und werden ab dem Moment wirksam, in dem sie beim Versicherer an der dem Satzungssitz entsprechenden Anschrift oder bei der Vertriebsfiliale, bei welcher der Vertrag ausgestellt wurde, eingehen.

Art. 7 - Abschluss des Versicherungsvertrags
Der Augenblick, in dem der Versicherer den Versicherungsantrag des Versicherungsnehmers akzeptiert.

Art. 8 - Erhöhung des Risikos
Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte hat den Versicherer schriftlich über jede Erhöhung des Risikos zu informieren.
Eine Erhöhung des Risikos, die dem Versicherer nicht bekannt ist oder von diesem nicht akzeptiert wurde, kann den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung gemäß Art. 1898 des ital. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Art. 9 - Minderung des Risikos
Falls sich das Risiko mindert, hat der Versicherer die Prämie bzw. deren Raten, die nach diesbezüglicher Mitteilung durch den Versicherungsnehmer fällig werden, gemäß Art. 1897 des it. Zivilgesetzbuchs zu senken und auf sein diesbezügliches Rücktrittsrecht zu verzichten.

Art. 10 - Rücktritt im Schadensfall
Nach jedem, entsprechend den in der Police angegebenen Bedingungen gemeldeten Schadensfall und bis 60 Tage nach Zahlung oder Verweigerung der Entschädigung haben die Parteien die Möglichkeit, mittels Einschreiben oder zertifizierter E-Mail mit einer Vorankündigungsfrist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung zurückzutreten.
Erfolgt der Rücktritt durch den Versicherer, erstattet dieser binnen 15 Tagen ab Inkrafttreten des Rücktritts den auf den nicht getragenen Risikozeitraum entfallenden Anteil der Prämie abzüglich Steuer.
Diese Bestimmung ist nicht auf Schadensfälle laut ABSCHNITT 5 - GESUNDHEIT anwendbar.

Art. 11 - Kürzung der Deckungssummen
Unbeschadet spezifischer Bestimmungen einzelner Deckungen werden im Schadensfall die versicherten Deckungssummen/Höchstbeträge und diesbezüglichen Entschädigungsgrenzen - mit Ausnahme der Deckungen für **Gebäudebrand** und **Erneuerbare Energien All Risk** - mit sofortiger Wirkung und bis zum Ende der aktuellen Laufzeit um den Betrag des jeweils entschädigungsfähigen Schadens - ohne entsprechende Rückerstattung der Prämie - reduziert.
Falls der Versicherer infolge des Schadensfalls hingegen beschließt, vom Vertrag zurückzutreten, wird der Anteil der Prämie abzüglich Steuer zurückerstattet, der dem fortbestehenden nicht genutzten Deckungsbetrag entspricht.

Art. 12 - Änderung der Wohnung
Im Falle einer Änderung der in der Police angegebenen Wohnung hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer binnen 24 Uhr des 30. Tages ab Datum der Änderung mitzuteilen. Eine entsprechende Benachrichtigung ist auch infolge einer Änderung der Eigentumsverhältnisse der angegebenen Wohnung erforderlich. **Erfolgt die Benachrichtigung nicht innerhalb dieser Frist, werden die Deckungen so lange aufgehoben, bis der Versicherungsnehmer die schriftliche Mitteilung an den Versicherer vornimmt, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 1898 des it. Zivilgesetzbuchs.**

Art. 13 - Gültigkeitsgebiet
Unbeschadet der etwa von den einzelnen Deckungen vorgesehenen gebietlichen Beschränkungen ist die Versicherung auf der ganzen Welt gültig.

Art. 14 – Nachweis
Wer die Entschädigung, den Schadensersatz, die Erstattung oder die Leistung beantragt, hat nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für diesen Anspruch vorliegen.

Art. 15 - Versicherung für andere - Inhaberschaft der aus der Police erwachsenden Rechte und Pflichten

Die aus der Police hervorgehenden Pflichten sind vom Versicherungsnehmer zu erfüllen mit Ausnahme jener Pflichten, die gemäß Art. 1891 aufgrund ihrer Beschaffenheit nur vom Versicherten erfüllt werden können.

Art. 16 - Steuerlasten
Die Steuerlasten bezüglich der Versicherung obliegen dem Versicherungsnehmer.
Dieser Vertrag unterliegt der in Italien geltenden Versicherungssteuer.
Nach derzeitiger Gesetzeslage ist die Prämie der Lebensversicherung steuerfrei.

Art. 17 - Andere Versicherungen
Der Versicherungsnehmer bzw. Versicherte ist von der Verpflichtung befreit, das Bestehen etwaiger anderer Versicherungen für dieselben, von dieser Versicherung gedeckten Risiken zu melden.
Bei Eintreten eines Schadensfalls hat der Versicherungsnehmer bzw. Versicherte die Pflicht, diesen bei allen Versicherern zu melden und hat gemäß Art. 1910 des it. Zivilgesetzbuchs bei jedem davon die gemäß jeweiligem unabhängig berücksichtigtem Vertrag zustehende Entschädigung zu beantragen.

Art. 18 - Obergrenze der Entschädigung
Unbeschadet der ausdrücklichen Festlegungen durch die einzelnen Deckungen sowie der Bestimmungen von Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs, kann der Versicherer auf keinen Fall dazu verpflichtet werden, eine höhere als die, laut Grenzen und Bedingungen der einzelnen Deckungen versicherte Summe zu bezahlen.

Art. 19 - Zuständigkeit, Schlichtungsverfahren, Gerichtsstand
Sämtliche Streitigkeiten bezüglich dieser Versicherung unterliegen der italienischen Rechtsprechung. Im Falle von Streitigkeiten zwischen den Parteien kann die Gerichtsbehörde angerufen werden, nachdem der obligatorische Schlichtungsversuch gemäß Art. 5 des gesetzesvertretenden Dekrets 28/2010 i.d.g.F. vorgenommen wurde, wobei die Streitigkeit ausschließlich Schlichtungsstellen anvertraut werden darf, die beim Justizministerium akkreditiert und im Verzeichnis der Schlichtungsstellen auf der Website des genannten Ministeriums registriert sind (www.giustizia.it). Falls im Anschluss dennoch der Gerichtsweg beschritten wird, gelten als Gerichtsstand der Wohnort oder das Wahldomizil (Anschrift des Zustellungsbevollmächtigten) des Versicherten oder des Versicherungsnehmers.

Art. 20 - Anwendbares Recht
Das auf den Vertrag anwendbare Recht ist das italienische.

Art. 21 - Verjährungsfristen
Gemäß Art. 2952 des it. Zivilgesetzbuchs verjähren die Ansprüche aus Versicherungen der Schadenssparten innerhalb von zwei Jahren nach Auftreten des Ereignisses, auf das sich der Anspruch stützt.

Gemäß Art. 2952, Absatz 2, des it. Zivilgesetzbuchs verjähren die Ansprüche aus Lebensversicherungen innerhalb von zehn Jahren nach Auftreten des Ereignisses, auf das sich der Anspruch stützt.
Gemäß Gesetz 266 vom 23. Dezember 2005 i.d.g.F. haben die Versicherungsgesellschaften im Falle nichterfolgter Einforderung der Versicherten Leistung binnen Verjährungsfrist des Anspruchs obligatorisch die nicht beanspruchten Beträge in den „Entschädigungsfonds für Opfer von Finanzbetrug“ einzuzahlen, der beim Ministerium für Wirtschaft und Finanzen eingerichtet worden ist.

Art. 22 - Verweis auf gesetzliche Regelungen - Glossar
Das Glossar ist fester Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen. Wenn nicht ausdrücklich anders geregelt, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

BEREICH PERSONENRISIKEN
A. SEKTOR VORSORGE

ABSCHNITT 1 - TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG

Folgende Deckung gilt, wenn die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde und die damit verbundene Versicherte Leistung in der Police angegeben ist

A. DECKUNG TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG

Art. 23 - Altersgrenzen

Bei Vertragsunterzeichnung muss das Alter des Versicherten zwischen 18 und 70 Jahren liegen, während es bei Ablauf der Versicherung nicht über 75 Jahren liegen darf.

Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 75. Lebensjahrs des Versicherten mit einer Frist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung für diese Person zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Art. 24 - Gegenstand der Versicherung und Versicherte Leistung

Der Versicherer garantiert im Falle des Ablebens des Versicherten während der Laufzeit der Versicherung die Auszahlung (in einer einzigen Zahlung) der Versicherten Leistung an den benannten Begünstigten.

Die Versicherte Leistung, die nicht über € 300.000,00 liegen darf, wird im Versicherungsantrag und in der Police angegeben und gilt unverändert über die gesamte Dauer der Versicherung hinweg. **Falls der Versicherte bei Beginn der Versicherungsdeckung älter als 60 Jahre ist, darf die Versicherte Leistung € 200.000 nicht übersteigen.**

Überlebt der Versicherte das Ende der Laufzeit der Versicherung, gilt diese als erloschen und die Prämie fällt dem Versicherer anheim, da sie dazu verwendet wird, für das mit der Altersterblichkeit verbundene Versicherungsrisiko aufzukommen.

Art. 25 – Ausschlüsse

Das Todesfallrisiko wird ohne gebietliche Einschränkungen und bei jeder beliebigen Todesursache gedeckt, ausgenommen folgende Festlegungen.

Die Deckung ist ausgeschlossen, falls das Ableben des Versicherten zurückzuführen ist auf:

1. **Vorsatz des Versicherungsnehmers oder der Begünstigten;**
2. **aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten;**
3. **aktive Teilnahme des Versicherten an erklärten oder unerklärten Kriegshandlungen, Bürgerkrieg, terroristischen Anschlägen, Revolutionen, Volksunruhen oder jeder Art von militärischen Handlungen; die Deckung ist ferner auch dann ausgeschlossen, wenn der Versicherte nicht aktiv an erklärten oder unerklärten Kriegshandlungen oder Bürgerkrieg teilgenommen hat, wenn das Ableben erst 14 Tage nach Beginn der Feindseligkeiten eintritt und der Versicherte sich bereits im Gebiet der Ereignisse befand; das Vorliegen einer Kriegs- oder ähnlichen Situation in einem Land zum Zeitpunkt der Ankunft des Versicherten führt ebenfalls zum Ausschluss der Versicherungsdeckung;**
4. **Ereignisse, die verursacht werden durch Kernwaffen, Umwandlung des Atomkerns und Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen verursacht wird, oder durch die Exposition gegenüber ionisierender Strahlung;**
5. **das Führen von motorisierten Land- oder Wasserfahrzeugen, für welche der Versicherte gemäß geltenden Bestimmungen keine Fahrerlaubnis hat; die Deckung greift hingegen, wenn die Fahrerlaubnis vorliegt, aber seit höchstens 6 Monaten abgelaufen ist;**
6. **einen 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, bzw. das Fliegen mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen, Gleitschirmen und Hubschraubern oder das Ausüben von Fallschirmspringen;**
7. **Selbstmord, wenn dieser innerhalb der ersten zwei Jahre ab Inkrafttreten der Versicherung oder danach innerhalb von 12 Monaten nach einer etwaigen Wiederinkraftsetzung der Versicherung begangen wird;**
8. **Krankheiten, Fehlbildungen, Erkrankungszustände, Unfallfolgen, Verletzungen des Versicherten sowie deren direkte oder indirekte Folgen, die vor Unterzeichnung des Versicherungsantrags aufgetreten sind, dem Versicherten bekannt waren und nicht angegeben worden sind;**
9. **Schädigungen der eigenen Person, die vom Versicherten selbst verursacht worden sind oder aufgrund Fahrlässigkeit, Unvorsichtigkeit, mangelndem Sachverstand bei der Befolgung von ärztlichen Verordnungen oder Empfehlungen oder durch freiwillige Gefahraussetzung aufgetreten sind;**
10. **Ausübung von Extremsportarten und allgemein gefährlichen Sportarten, wie rein beispielsweise: Boxen, Schwerathletik, Gewichtheben, Kampfsport, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Bergsteigen mit Schwierigkeitsgrad über 3 der UIAA-Skala, Freiklettern, Skeleton, Geschwindigkeitsskifahren, Skibergsteigen, Extremski, American Football, Rugby, Hockey, Wildwasserfahren mit jeder Art von Wasserfahrzeug, Einhand-Hochseeregatten oder -Hochseeüberquerungen, Bungee Jumping, Fallschirmspringen, Ski- und Wasserskispringen, Kitesurfen sowie Skiakrobatik, Gerätetauchen, Speläologie, Bobsport;**

11. **die Ausübung folgender Arbeitstätigkeiten: berufliche Tätigkeiten, die eine Aussetzung gegenüber Hochspannung, Strahlen, Gasen, Säuren, Sprengstoffen, Giften mit sich bringen, Arbeiten, die unter Tage, unter Wasser, in Bergwerken, Gruben, Schächten oder Laderäumen ausgeführt werden;**
12. **nichttherapeutische Anwendung von Betäubungsmitteln oder Arzneimitteln in nicht vom Arzt verordneten Dosen oder Zustände akuter oder chronischer Alkoholsucht entsprechend der Definition in den geltenden Normen;**
13. **HIV-Infektion, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS) oder diesen gleichzusetzende Zustände, wenn das versicherte Ereignis binnen 5 Jahren ab Ausstellung der Police eintritt. Dieser Ausschluss kommt nicht zur Anwendung, wenn der Versicherte über einen negativen HIV-Test verfügt, der innerhalb der 3 Monate vor Unterzeichnung des Versicherungsantrags vorgenommen wurde;**
14. **einen Aufenthalt in einem beliebigen, unter den Risikoländern geführten Land, bei denen das Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten von Reisen gleich aus welchem Anlass abrät. Diese Angaben stehen auf der Website www.viaggiaresicuri.it zur Verfügung. Sollte der Hinweis des Ministeriums für Auswärtige Angelegenheiten erst ergehen, wenn der Versicherte sich bereits im betreffenden Land befindet, wird die Deckung über einen Zeitraum von maximal 14 Tagen ab Ausgabedatum der Warnung ausgedehnt.**

Art. 26 - Wartezeiten

Die Deckung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherten innerhalb der 6 Monate direkt nach Abschluss des Versicherungsvertrags eintritt.

Diese Wartezeit gilt nicht, wenn der Tod verursacht wird durch:

- **Unfall;**
- **eine der folgenden akuten Infektionskrankheiten, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags auftritt: Typhus, Paratyphus, Diphtherie, Scharlach, Masern, Pocken, Kinderlähmung, Kindbettfieber, Fleckfieber, Hirnhautentzündung, Lungenentzündung, Europäische Schlafkrankheit, Milzbrand, Virus-Hepatitis A und B, Leptospirosen, hämorrhagischer Ikterus, Cholera, Brucellose, bakterielle Dysenterie, Gelbfieber, Q-Fieber, Salmonellose, Botulismus, infektiöse Mononukleose, Mumps, Pest, Tollwut, Keuchhusten, Röteln, Vaccinia generalisata, postvakzinale Enzephalitis, Wundstarrkrampf;**
- **anaphylaktischen Schock.**

Art. 27 - Gültigkeitsgebiet

Die Versicherung gilt für Todesfälle in jedem Teil der Welt.

Art. 28 – Prämie

Die Versicherte Leistung wird gegen Zahlung einer im Voraus entrichteten Jahresprämie garantiert, deren Betrag im Versicherungsantrag und in der Police angegeben ist und der entsprechend dem vom Versicherten erreichten Versicherungsalter variiert.

Die Höhe der Prämie ist abhängig vom Betrag der Versicherten Leistung, von der Dauer der Versicherung und vom Alter des Versicherten.

Die Jahresprämie kann ohne zusätzliche Gebühren in Raten unterteilt werden und wird für die gesamte Laufzeit der Versicherung jedoch nicht über den Tod des Versicherten hinaus geschuldet.

Die Prämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsdaten am Wohnort des für die Police zuständigen Vermittlers oder des Versicherers zu entrichten.

Die Prämie des ersten Versicherungsjahrs wird auch bei Ratenzahlung auf jeden Fall vollständig geschuldet.

Art. 29 - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten

Bei jeder jährlichen Vertragsverlängerung wird die Anpassung der Prämie vorgenommen, indem auf jeden Versicherten die neue seiner Altersgruppe laut nachstehender Tabelle entsprechende Prämie angewandt wird, die pro 1.000,00 € Deckungssumme angerechnet wird.

Tabelle der Sätze pro 1.000,00 €					
Alter in Jahren	Satz pro 1.000	Alter in Jahren	Satz pro 1.000	Alter in Jahren	Satz pro 1.000
1	-	26	0,92	51	4,29
2	-	27	0,92	52	4,76
3	-	28	0,92	53	5,43
4	-	29	0,91	54	5,82
5	-	30	0,93	55	6,36
6	-	31	0,94	56	7,03
7	-	32	0,98	57	7,91
8	-	33	1,04	58	8,67

9	-	34	1,11	59	9,80
10	-	35	1,17	60	10,58
11	-	36	1,23	61	11,44
12	-	37	1,28	62	12,47
13	-	38	1,37	63	13,42
14	-	39	1,49	64	14,83
15	-	40	1,60	65	16,58
16	-	41	1,72	66	18,54
17	-	42	1,86	67	20,60
18	0,73	43	2,01	68	22,68
19	0,79	44	2,23	69	25,27
20	0,84	45	2,45	70	28,22
21	0,87	46	2,67	71	31,28
22	0,90	47	2,97	72	34,87
23	0,91	48	3,22	73	38,61
24	0,93	49	3,54	74	43,01
25	0,92	50	3,87	/	/

Art. 30 - Voraussetzungen
Die Risikoübernahme durch den Versicherer erfolgt auf Grundlage der Daten, die in dem im Versicherungsantrag enthaltenen Gesundheitsfragebogen bereitgestellt werden.
Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung 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.

Art. 31 - Mangelnde Zahlung der Prämie: Auflösung
Gemäß Art. 1924 des it. Zivilgesetzbuchs kann der Versicherer ferner, falls der Versicherungsnehmer die Prämie für das erste Versicherungsjahr nicht bezahlt, die Vertragserfüllung innerhalb von 6 Monaten ab Fälligkeitsdatum der Prämie erwirken. Diese Bestimmung gilt auch bei Ratenzahlung: In diesem Fall läuft die Frist ab Fälligkeit der einzelnen Raten.
Die mangelnde Zahlung der weiteren Prämien nach dem ersten Versicherungsjahr bewirkt nach 30 Tagen ab Fälligkeit die Auflösung des Vertrags von Rechts wegen, und die bereits bezahlten Prämien fallen dem Versicherer anheim.
Eine mangelnde Zahlung der Prämie kann vom Versicherungsnehmer auf keinen Fall durch die Entgegenhaltung gerechtfertigt werden, der Versicherer habe ihm keine Benachrichtigung zur Fälligkeit zugesandt oder habe die Prämie nicht bei ihm zuhause einkassiert.

Art. 32 - Wiederaufnahme der Prämienzahlung: Wiederinkraftsetzung
Binnen 6 Monaten ab Fälligkeit der ersten nicht bezahlten Prämienrate hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf die Versicherung wieder in Kraft zu setzen, indem er die säumigen Prämien bezahlt.
Sind 6 Monate ab Fälligkeitsdatum der ersten nicht bezahlten Prämienrate verstrichen, kann eine Wiederinkraftsetzung nur auf ausdrückliche Beantragung durch den Versicherungsnehmer und schriftliche, nach freiem Ermessen gewährte Annahme seitens des Versicherers erfolgen, der medizinische Kontrollen verlangen kann. Bei Wiederinkraftsetzung wird die Versicherung erneut über ihren gesamten Wert um 24 Uhr am Zahlungstag des geschuldeten Betrags aktiviert. Nach Ablauf von 24 Monaten nach Fälligkeit der ersten nicht bezahlten Prämienrate kann die Versicherung nicht mehr wieder in Kraft gesetzt werden.

Art. 33 - Rückkauf und Kürzung.
Die Versicherung lässt weder einen Rückkauf noch eine Kürzung der Deckungssummen zu.

Art. 34 - Darlehen
Die Versicherung lässt keine Gewährung von Darlehen zu.

Art. 35 - Auflösung des Versicherungsvertrags
Die Deckung endet:
- bei Auszahlung der Versicherten Leistung an einen beliebigen Begünstigten, die nur ein einziges Mal erfolgen kann;
- bei Rücktritt;
- bei mangelnder Zahlung der Prämie nach Verstreichen der Wiederinkraftsetzungsfrist laut Art. 32.

Art. 36 - Begünstigter der Versicherten Leistung
Die Begünstigten der Versicherten Leistung sind die vom Versicherungsnehmer angegebenen Bezugsberechtigten bzw., falls keine Ernennung erfolgt ist, die gesetzlichen und/oder testamentarischen Erben des Versicherten.
Der Versicherungsnehmer bezeichnet die Begünstigten und kann diese Bestimmung jederzeit widerrufen oder ändern.
Die Nennung der Begünstigten und deren etwaiger Widerruf oder Änderung sind dem Versicherer schriftlich mitzuteilen oder im Testament festzulegen.

Gemäß Art. 1921 des it. Zivilgesetzbuchs kann die Benennung der Begünstigten jedoch in folgenden Fällen nicht widerrufen oder geändert werden:

1. nachdem der Versicherungsnehmer und der Begünstigte schriftlich beim Versicherten ersterer den Verzicht auf Widerruf und letzterer die Annahme der Begünstigung erklärt haben;
2. nach dem Tod des Versicherungsnehmers durch dessen Erben;
3. nachdem der Begünstigte - nach Eintreten des Ereignisses, das die Verpflichtung des Versicherers zur Erbringung der Versicherten Leistung bewirkt hat, - schriftlich dem Versicherer mitgeteilt hat, die Begünstigung annehmen zu wollen.

Gemäß Art. 1923 des it. Zivilgesetzbuchs stehen die dem Begünstigten vom Versicherer ausgezahlten Summen unter dem Schutz vor Pfändung und Beschlagnahme.

Art. 37 - Abtretung von Rechten und Belastung

Der Versicherungsnehmer kann die Ansprüche aus der Versicherung abtreten oder zu Gunsten von Dritten binden. Diese Maßnahmen werden erst dann wirksam, wenn der Versicherer, nachdem er die diesbezügliche schriftliche Benachrichtigung erhalten hat, einen entsprechenden Vermerk am Police-Anhang angebracht hat.

In dem von Art. 36, Punkt 1 erwähnten Fall erfordern die Vorgänge zur Abtretung und Belastung der Police die schriftliche Einwilligung der Begünstigten.

Im Falle der Belastung ist für jeden Vorgang, der die Wirksamkeit der geleisteten Deckungen beeinträchtigen würde, die schriftliche Einwilligung des Bezugsberechtigten nötig.

Art. 38 - Verpflichtungen im Schadensfall – Auszahlung der Versicherten Leistung

Im Falle des Ablebens des Versicherten haben dessen Rechtsnachfolger den Versicherer schriftlich zu informieren.

Der Aufforderung zur Auszahlung der Versicherten Leistung sind beizulegen:

- **vom zuständigen Standesamt ausgestellte Sterbeurkunde im Original oder gleichwertige Urkunde;**
- **Totenschein des Arztes, der den Tod festgestellt hat;**
- **Kopie der Krankenakte, falls der Tod in einer öffentlichen oder privaten Krankenhauseinrichtung eingetreten ist;**
- **Protokolle der zuständigen Behörden bei gewaltsamem oder Unfalltod.**

Falls die Begünstigten die gesetzlichen oder testamentarischen Erben des Versicherten sind, haben sie ihre Berechtigung zum Empfang der Versicherten Leistung durch Einsendung folgender Unterlagen zu belegen:

- **beglaubigte Kopie des ggf. vorhandenen Testaments, samt Erklärung, dass das beiliegende Testament das einzige oder letzte gültige, nicht angefochtene Testament ist;**
- **notarielle Beurkundung, mit der bestätigt wird, dass kein Testament vorhanden ist, und die gesetzlichen Erben benannt werden;**
- **Beschluss des Vormundschaftsgerichts, mit dem die Person bestimmt wird, die die Versicherte Leistung entgegennehmen darf, wenn der Begünstigte minderjährig oder nicht geschäftsfähig ist, samt Freistellung des Versicherers von jeder Verantwortung;**
- **Kopie von Ausweis und Steuerkarte des Begünstigten.**

Der Versicherer kann nach Information über das Ableben ferner bei Vorliegen eines besonderen Untersuchungsbedarfs weitere Unterlagen verlangen.

Nach Feststellung der regulären Versicherungssituation und Erhalt der oben aufgeführten Unterlagen sorgt der Versicherer binnen 30 Tagen für die Auszahlung der Versicherten Leistung an den Begünstigten.

Der Versicherer verzichtet zu Gunsten der Rechtsnachfolger des Versicherten darauf, sein Eintrittsrecht laut Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs gegenüber den für den Schadensfall verantwortlichen Dritten auszuüben.

ABSCHNITT 2 – ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN

Folgende Deckung gilt, wenn die betreffende Prämie entrichtet wurde und die diesbezügliche Deckungssumme in der Police genannt ist.

A. DECKUNG ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN

Art. 39 - Altersgrenzen - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters

Bei Vertragsunterzeichnung muss das Alter des Versicherten zwischen 18 und 64 Jahren liegen, während es bei Ablauf der Versicherung nicht über 65 Jahren liegen darf.

Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 65. Lebensjahrs des Versicherten mit einer Frist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung für diese Person zurücktreten, wovon die Gültigkeit

des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Bei jeder jährlichen Verlängerung wird unter Berücksichtigung der in der Police angegebenen Deckungssumme die Anpassung der Prämie vorgenommen, indem auf das neue Alter des Versicherten die entsprechende Prämie laut nachstehenden Bedingungen angewandt wird:

DECKUNGSSUMME € 10.000
Alter zwischen 18 und 29 Jahren: € 25,00
Alter zwischen 30 und 39 Jahren: € 50,00
Alter zwischen 40 und 49 Jahren: € 125,00
Alter zwischen 50 und 59 Jahren: € 250,00
Alter zwischen 60 und 64 Jahren: € 355,00

DECKUNGSSUMME € 20.000
Alter zwischen 18 und 29 Jahren: € 50,00
Alter zwischen 30 und 39 Jahren: € 100,00
Alter zwischen 40 und 49 Jahren: € 250,00
Alter zwischen 50 und 59 Jahren: € 500,00
Alter zwischen 60 und 64 Jahren: € 710,00

DECKUNGSSUMME € 30.000
Alter zwischen 18 und 29 Jahren: € 75,00
Alter zwischen 30 und 39 Jahren: € 150,00
Alter zwischen 40 und 49 Jahren: € 375,00
Alter zwischen 50 und 59 Jahren: € 750,00
Alter zwischen 60 und 64 Jahren: € 1.065

Art. 40 - Personen, die nicht versicherbar sind

Nicht versicherbar sind Personen, die unter Alkohol- oder Drogensucht, einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden.

Beim Eintreten dieser Bedingungen im Vertragsverlauf erlischt automatisch und unmittelbar die Versicherung unabhängig von der konkreten Beurteilung des Gesundheitszustands des Versicherten gemäß Art. 1898 des it. Zivilgesetzbuchs, ohne dass der Versicherer zur Leistung einer Entschädigung verpflichtet wäre. Bei Erlöschen der laufenden Versicherung erstattet der Versicherer dem Versicherungsnehmer binnen 45 Tagen nach Außerkrafttreten den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende der Laufzeit, für welche die Prämie ursprünglich bezahlt worden war, bezieht.

Nicht versicherbar sind ferner Personen, deren fester Hauptwohnsitz nicht in Italien, der Republik San Marino oder der Vatikanstadt liegt.

Ebenso als „nicht versicherbare Personen“ gelten all diejenigen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses:

- **einen Körpermasseindex (BMI) aufweisen, der nicht zwischen 18.00-34.99 liegt (dieser Index gilt für Personen im Alter ab 18 Jahren);**
- **auf eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation warten;**
- **bereits eine Operation gehabt oder eine Diagnose erhalten haben oder die auf die Ergebnisse von Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen warten:**
  - **Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome (gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen anzugeben, 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);**
  - **Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris;**

- **Hirngefäßerkrankungen wie: Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz;**
- **chronische Virus-Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa;**
- **Nephrose, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern, Diabetes (Typ 1 und 2);**
- **Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematodes, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis;**

- **Hypercholesterinämie (über 250 mg/dL trotz Behandlung), arterielle Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierte Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion;**
- **denen eine Invalidität von 25% oder mehr zuerkannt wurde oder die diese beantragt haben;**
- **die sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen haben, wie z.B.: Magnetresonanz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben;**
- **denen von einer anderen Versicherungsgesellschaft ein Antrag auf eine Vorsorgeversicherung für Schwere Erkrankungen (sog. Dread Disease oder Critical Illness), Invalidität, Behandlungskosten oder eine Lebensversicherung abgelehnt oder nur zu Sonderbedingungen akzeptiert wurde;**
- **in deren Blutsverwandtschaft ersten Grades (Vater, Mutter, Brüder, Schwestern) Fälle von Herzinfarkt, Koronarer Herzkrankheit, Kardiomyopathie, Schlaganfall, polyzistischer Nierenerkrankung oder bösartigen Tumoren vor dem Alter von 60 Jahren aufgetreten sind.**

Traf auf den Versicherten bereits vor Abschluss der Police eine dieser Bedingungen zu, verliert diese ihre Wirkung und jegliche Gültigkeit für diesen Versicherten.
Sobald der Versicherer obige Umstände erfahren hat, wird er binnen 45 Tagen nach Außerkrafttreten der Police den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer erstatten, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende der Laufzeit, für welche die Prämie ursprünglich bezahlt worden war, bezieht.

Art. 41 - Voraussetzungen
Die Risikoübernahme durch den Versicherer erfolgt auf Grundlage der Daten, die in dem im Versicherungsantrag enthaltenen Gesundheitsfragebogen bereitgestellt werden.
Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung 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.

Art. 42 - Gegenstand der Versicherung
Die Versicherung gilt bei Schweren Erkrankungen, vorausgesetzt dass diese zu denen gehören, die unter Art. 44 „Definition Schwerer Erkrankungen" aufgeführt und definiert werden, und dass sie erst nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Gültigkeit beim Versicherten diagnostiziert werden, unbeschadet der ausdrücklichen Ausschlüsse laut Art. 47 „Ausschlüsse" sowie der Wartezeiten gemäß Art. 49.

Art. 43 - Leistungen im Falle Schwerer Erkrankungen
Der Versicherer zahlt ein einziges Mal während der Laufzeit der Versicherung eine Entschädigung, die der **in der Police genannten Deckungssumme** entspricht, an den Versicherten aus, wenn eine durch geeignete ärztliche Dokumentation untermauerte Diagnose einer der in Art. 44 beschriebenen Schweren Erkrankungen vorliegt und nachdem Überlebensdauer und Wartezeiten gemäß Art. 49 verstrichen sind.

Art. 44 - Definition Schwerer Erkrankungen
Für diese Versicherung gelten als Schwere Erkrankungen: Myokardinfarkt, Schlaganfall und Krebs, entsprechend folgender Definition:

<u>Myokardinfarkt</u>
Ein Facharzt für Kardiologie hat die abschließende auf akuten Myokardinfarkt lautende Diagnose zu bestätigen. Dabei muss die Nekrose eines Teils des Herzmuskels vorliegen, die durch unzureichende Blutversorgung des betroffenen Bereichs verursacht wurde. Die Diagnose muss alle drei folgenden Kriterien erfüllen und es muss eine sichere Diagnose auf akuten Myokardinfarkt vorliegen:

1. klinisch konstante Symptomatologie mit Diagnose auf akuten Myokardinfarkt,
2. neue, durch eine Ischämie bedingte Auffälligkeiten des EKG, die nicht auf Ereignisse zurückführbar sind, die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens des Vertrags aufgetreten waren, sowie
3. typisch über die Norm erhöhte Werte der herzspezifischen Biomarker.

Ausgeschlossen sind:

- **Angina pectoris, Myokarditis, Herzinsuffizienz und andere Formen von akutem Koronarsyndrom;**
- **Stress-Kardiomyopathie (Takotsubo);**
- **akute Herzschädigung durch Arrhythmien, Traumata, Lungenembolien oder Septikämie.**

Schlaganfall

Die Diagnose eines neuen akuten Schlaganfalls hat durch einen Facharzt für Neurologie zu erfolgen und ist durch Bildgebungstechnik zu belegen. Es muss zu irreversiblem Absterben von Hirngewebe durch mangelnde Blutversorgung oder Hämorrhagie im Hirngewebe oder im Subarachnoidalraum gekommen sein. Der Schlaganfall muss zu einer dauernden Schädigung der neurologischen Funktionen beitragen, die bei der objektiven Untersuchung durch klare und deutliche Anomalien zutage treten muss, welche über einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 30 Tagen nach Auftreten des Schlaganfalls bestehen bleiben.

Als ausgeschlossen gelten:

. transitorische ischämische Attacke (TIA);
. Hirnschäden durch Unfälle oder Traumata;
. Durchblutungsstörungen der Augen, einschließlich des Sehnerv oder Netzhaut betreffenden sog. Augeninfarkts;
. Durchblutungsstörungen der Wirbelsäule (Rückenmarksinfarkt);
. stummer, asymptomatischer Schlaganfall, der allein durch bildgebende Verfahren festgestellt wird.

Krebs

Die definitive Diagnose eines bösartigen Tumors, der durch das unkontrollierte Wachstum bösartiger Zellen mit Invasion des Gewebes gekennzeichnet ist, muss von einem Facharzt für Onkologie bestätigt werden. Der Begriff „Krebs“ umfasst unter anderem Leukämie, Sarkome und Lymphome. Die Diagnose muss durch histopathologischen Befund und Stadienbestimmung bestätigt werden.

Als ausgeschlossen gelten:

- **alle Tumoren, die histologisch als gutartig, präkanzerös oder nicht-invasiv, mit geringem Malignitätspotential beschrieben werden, alle Grade von Dysplasien, alle squamösen intraepithelialen Läsionen (HSIL und LSIL) sowie alle intraepithelialen Neoplasien;**
- **jede von der jüngsten Ausgabe des AJCC Cancer Staging Manual als Carcinoma in situ beschriebene Läsion (Tis oder Ta);**
- **alle Tumoren der Haut außer dem bösartigen Melanom, Hautlymphome und Dermatofibrosarkome, die sich nicht auf Lymphknoten oder entfernte Organe/Stellen ausgebreitet haben;**
- **Tumoren im Stadium 1 laut jüngster Ausgabe des AJCC Cancer Staging Manual für Hautmelanome, neuroendokrine Tumoren (Karzinoide), gastrointestinale Stromatumoren sowie Schilddrüsentumoren im Stadium T1N0M0, die kleiner als 2 cm sind;**
- **alle Tumoren der Prostata, die einen Gleason-Score gleich oder kleiner als 6 aufweisen oder von der jüngsten Ausgabe des AJCC Cancer Staging Manual histologisch als Stadium unter T2N0M0 beschrieben werden;**
- **sämtliche bösartigen Neoplasien des Knochenmarks (einschließlich unter anderen: Leukämie, myeloproliferative Neoplasien, Thrombozythämie, primäre Myelofibrose, echte Polyzythämie und myelodysplastisches Syndrom), es sei denn, diese erfordern Behandlungen mit wiederholten Transfusionen, therapeutischem Aderlass, Chemotherapie, gezielter Krebstherapie, Knochenmarks- oder Blutstammzellentransplantation.**

Art. 45 - Gültigkeit der Deckung für Schwere Erkrankungen

Die Entschädigung wird dem Versicherten nur einmal während der gesamten Versicherungslaufzeit ausgezahlt und nur dann, wenn zum ersten Mal eine Schwere Erkrankung diagnostiziert wird, die gemäß Versicherung entschädigungsfähig ist, und vorausgesetzt dass der Versicherte 30 Tage nach diesem Ereignis noch am Leben ist. Wird dem Versicherten die Entschädigung für eine der unter den Definitionen in diesem Absatz beschriebenen Schweren Erkrankungen zuerkannt, gilt diese Deckung gemäß Versicherungsbedingungen nicht mehr für andere Schwere Erkrankungen.
Bei der ersten darauffolgenden Verlängerung der Versicherung wird die Deckung Schwere Erkrankungen automatisch gestrichen.

Art. 46 - Überlebensdauer - Schwere Erkrankungen

Die Versicherung sieht keinerlei Auszahlung von Leistungen für Schwere Erkrankungen entsprechend vorausgehender Beschreibung vor, wenn das Ableben des Versicherten innerhalb der 30 (dreißig), direkt auf die Diagnose folgenden Tage (Überlebensdauer) eintritt.

Für den Anspruch auf Entschädigung sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- der Versicherte muss zum Zeitpunkt der Schadensmeldung am Leben sein;
- der Versicherte muss von einer der in Art. 44 beschriebenen Schweren Erkrankungen betroffen sein, und alle unter der Definition aufgeführten Kriterien müssen erfüllt werden;
- es muss die gesamte, zur Beurteilung des Schadensfalls erforderliche Dokumentation eingereicht werden.

Keinerlei Leistungen werden erbracht für Schwere Erkrankungen, die erst nach dem Ableben des Versicherten diagnostiziert werden.

Art. 47 – Ausschlüsse

Unbeschadet der bereits unter Artikel 44 „Definition Schwerer Erkrankungen" getätigten Ausschlüsse, bleiben weiterhin Ereignisse ausgeschlossen, die zurückzuführen sind auf:

1. **jede beliebige, von der Police abgedeckte Schwere Erkrankung, an welcher der Versicherte vor dem Datum des Inkrafttretens der Police oder während der Wartezeit bereits gelitten hat oder die innerhalb dieser Fristen diagnostiziert wurde;**
2. **betrügerische Absicht des Versicherten oder Begünstigten;**
3. **Krieg oder Aufstand;**
4. **terroristische Anschläge mit Einsatz von Nuklear-, biologischen oder chemischen Waffen;**
5. **Trunkenheit, Alkohol- oder Drogensucht oder Abhängigkeit von Arzneimitteln, die nicht von zugelassenen Ärzten verordnet worden sind;**
6. **absichtliche Handlung des Versicherten, insbesondere die Folgen eines Selbstmordversuchs;**
7. **aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten;**
8. **Nachlässigkeit, Unvorsichtigkeit und mangelnder Sachverstand bei der Befolgung ärztlicher Verordnungen;**
9. **vorbestehende Erkrankungen laut Art. 48;**
10. **erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS) oder andere mit dem Zustand der HIV-Positivität verbundene Pathologien;**
11. **nukleare oder chemische Kontamination, Invasion, feindliche Handlungen (sowohl bei erfolgter Kriegserklärung als auch ohne), aktive Teilnahme an Volksaufruhr, Rebellionen, Revolutionen, Aufständen, Staatstreichen;**
12. **die Ausübung folgender Sportarten: Bergsteigen, Freiklettern, Speläologie, Automobilsport, Motorradsport, Motocross, Motorbootrennen, Luftsportarten (Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Drachenfliegen usw.), Hockey, Rugby, American Football, Kampfsport, Boxen, Schwerathletik, Tauchen, Wasserski- oder Skispringen, Freestyle-Ski oder -Wasserski, Bobsport;**
13. **vom Versicherten begangene Handlungen, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet;**
14. **Krankheiten/Unfälle, die in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch oder nichttherapeutischem Gebrauch von Betäubungsmitteln, Halluzinogenen, psychotropen Substanzen und ähnlichem stehen;**
15. **das Führen jeder Art von motorisiertem Land- oder Wasserfahrzeug, wenn der Versicherte nicht über die hierzu benötigte Fahrerlaubnis verfügt;**
16. **Ausübung der folgenden Arbeitstätigkeiten: Förderung von Erdöl oder Erdgas; Arbeit in Bergwerken oder Hochöfen, in Kontakt mit Sprengstoffen, Pestiziden oder anderen gefährlichen Chemikalien, darunter Asbest; Arbeit in einer Höhe von über 5 m vom Boden (Gerüste, Dächer usw.); Personenschutz und Sicherheitsdienste; Ordnungsdienste (Polizei, Carabinieri, Militär usw.) mit Einsatz von Waffen, Feuerwehrkräfte, Arbeit als Taucher;**
17. **depressive Zustände, psychiatrische Erkrankungen, organische Psychosyndrome.**

Im Falle Schwerer Erkrankung des Versicherten aufgrund einer dieser ausgeschlossenen Ursachen wird keine Entschädigung geschuldet. Die Versicherung wird hingegen aufgelöst und der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer zurück, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende des Versicherungsjahrs bezieht, für das die Prämie ursprünglich bezahlt worden war - unter Ausnahme des Falls, in dem betrügerische Absicht des Versicherten oder Begünstigten vorliegt, in dem keinerlei Erstattung erfolgt.

Art. 48 - Vorbestehende Erkrankungen

Die Versicherung kommt nicht für Krankheiten und deren direkte oder indirekte Komplikationen auf, die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens der Police bekannt waren, diagnostiziert und/oder behandelt bzw. ärztlich/klinisch untersucht (Geräte- oder Labordiagnostik) worden sind.

Art. 49 - Wartezeiten

Keinerlei Entschädigung laut Art. 43 wird bezahlt, wenn während der ersten 90 (neunzig) Tage ab Datum des Inkrafttretens der Versicherung:

- **der Versicherte Anzeichen und/oder Symptome aufweist oder sich Untersuchungen unterzieht, deren Ergebnisse zur Diagnose einer der versicherten Schweren Erkrankungen gehören, unabhängig vom Datum der Diagnose; oder**
- **dem Versicherten eine der gemäß Versicherung abgedeckten Schweren Erkrankungen diagnostiziert wird.**

Falls die Diagnose einer Schweren Erkrankung sich aus ärztlichen Untersuchungen ergibt, die während der Wartezeit der betreffenden Deckung erfolgt sind, wird keine Entschädigung geschuldet. Die Versicherung wird hingegen aufgelöst und der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer zurück, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende des Versicherungsjahrs bezieht, für das die Prämie ursprünglich bezahlt worden war.

Art. 50 - Was tun im Schadensfall

Für die Bearbeitung und Abwicklung der Schadensfälle greift der Versicherer auf die Betriebszentrale zurück, die unter folgenden Telefonnummern Anrufe aus Italien und dem Ausland entgegennimmt:
02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr für Informationen zu den Deckungen, der Vorgehensweise zur Aktivierung der Leistungen und zum Schadensfall (Meldung und Angaben zum Bearbeitungsstand).

Durch die Kontaktaufnahme zur Betriebszentrale leistet der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine von diesen beauftragte Person automatisch die Einwilligung zur Verarbeitung ihrer Daten.

Art. 51 - Schadensfallmeldung und Nachprüfung der Schweren Erkrankung

Falls dem Versicherten eine Schwere Erkrankung diagnostiziert wird, hat der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder deren Beauftragter innerhalb von 15 Tage ab Diagnosedatum der Schweren Erkrankung oder ab dem Moment, in dem dies möglich wurde, eine schriftliche Meldung einzureichen, der folgende Dokumentation beizulegen ist:

- **ein fachärztliches Attest für die diagnostizierte schwere Erkrankung und den sonstigen Gesundheitszustand des Versicherten;**
- **die vollständige Kopie der medizinischen Unterlagen (Krankenakte/Gerätediagnostik/histologische Befunde usw.), aus denen das Datum der Erstdiagnose der Krankheit des Versicherten, die das Ereignis verursacht hat, hervorgeht.**

Oben genannte Dokumentation kann vom Versicherten an die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it gesendet werden.

Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Ferner ist der Versicherte verpflichtet, sich - auf Anfrage des Versicherers - den erforderlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen, um die Feststellung der Schweren Erkrankung bei medizinischen Einrichtungen und durch Vertrauensärzte des Versicherers zu ermöglichen.

Art. 52 - Beurteilung des Schadensfalls - Abwicklung der Entschädigung

Binnen 30 Werktagen ab Datum der Schadensmeldung bzw. ab Empfangsdatum etwaiger weiterer zur Beurteilung des Schadensfalls angeforderter Unterlagen, einschließlich der Dokumentation etwaiger, vom Versicherer verlangter, ärztlicher Untersuchungen, wird die Betriebszentrale im Auftrag des Versicherers dafür sorgen, die Schwere Erkrankung zu überprüfen, und dem Versicherten die Vornahme der Überweisung des ganzen Entschädigungsbetrags laut Artikel 43 nachweisen oder schriftlich die Gründe mitteilen, aus denen diese Leistung nicht erbracht werden kann.

Die Deckung bleibt auch während der Feststellungsphase bis zum Datum der Mitteilung bestehen, die dem Versicherungsnehmer vom Versicherer mit der Anerkennung der Schweren Erkrankung zugesandt wird.
Falls die Schwere Erkrankung vom Versicherer nicht anerkannt wird, bleibt die Deckung weiter wirksam, vorausgesetzt dass der Versicherungsnehmer die Zahlung der Prämien wiederaufnimmt und ggf. seit Datum der Schadensmeldung fällig gewordene und säumige Prämien nachzahlt.

Art. 53 - Schiedsverfahren

Streitigkeiten im medizinischen Bereich hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit eines Schadensfalls entsprechend den Vorschriften

und Grenzen der Versicherungsbedingungen können schriftlich an zwei Ärzte überstellt werden, die jeweils von einer der Parteien ernannt werden und die in der dem Wohnsitz des Versicherten am nächsten gelegenen oder von diesem bevorzugten Gemeinde mit Sitz eines Instituts für Rechtsmedizin zusammentreten.
Diese Ärzte ernennen, wenn sie zu keiner Einigung gelangen, einen dritten; anschließend werden die Entscheidungen mehrheitlich unter Freistellung von allen gesetzlichen Formalitäten getroffen und sind auch dann bindend, wenn einer der Ärzte sich weigert, das betreffende Protokoll zu unterzeichnen. Falls eine der Parteien die ihr zustehende Ernennung nicht tätigt oder falls keine Einigung für die Ernennung des dritten Arztes zustande kommt, erfolgt diese auf Beantragung der gewissenhafteren Partei durch die für den Ort des Zusammentretens dieses Ausschusses zuständige Ärztekammer (Gemeinde, Sitz eines Instituts für Rechtsmedizin, der am nächsten beim Wohnort des Versicherten liegt).
Der Ärzteausschuss hat die Möglichkeit, wenn dies für angemessen gehalten wird, die endgültige Feststellung auf ein vom Ausschuss selbst bestimmtes Datum zu verschieben; in diesem Fall kann der Ausschuss die Zahlung eines Vorschusses auf die Entschädigung gewähren.
Jede Partei trägt die Kosten für den von ihr ernannten Arzt, während die des dritten Arztes jeweils zur Hälfte übernommen werden.
Davon unberührt bleibt die Möglichkeit, den Gerichtsweg zu beschreiten, nachdem der obligatorische Schlichtungsversuch gemäß Art. 5 des Gesetzesvertretenden Dekrets 28/2010 bei einer zugelassenen Schlichtungsstelle vorgenommen wurde.

ABSCHNITT 3 - UNFÄLLE

Folgende Deckungen gelten nur, wenn die betreffende Deckungssumme in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Art. 54 - Altersgrenzen
Bei Ablauf der Versicherung darf das Alter des Versicherten:
- **für die Versicherungsleistung Krankenhaustagegeld nicht über 70 Jahren und**
- **für die anderen Deckungen nicht über 75 Jahren liegen.**

Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Erreichen der genannten Altersgrenzen durch den Versicherten mit einer Vorankündigungsfrist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung für diese Person zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Art. 55 - Personen, die nicht versicherbar sind
Nicht versicherbar sind Personen, die unter Alkohol- oder Drogensucht, einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden.

Beim Eintreten dieser Bedingungen im Vertragsverlauf erlischt automatisch und unmittelbar die Versicherung unabhängig von der konkreten Beurteilung des Gesundheitszustands des Versicherten gemäß Art. 1898 des it. Zivilgesetzbuchs, ohne dass der Versicherer zur Leistung einer Entschädigung verpflichtet wäre. Bei Erlöschen der laufenden Versicherung erstattet der Versicherer dem Versicherungsnehmer binnen 45 Tagen nach Außerkrafttreten den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende der Laufzeit, für welche die Prämie ursprünglich bezahlt worden war, bezieht.

Art. 56 - Voraussetzungen - Anpassung der Prämie für die Deckung Krankenhaustagegeld
Die Risikoübernahme durch den Versicherer erfolgt auf Grundlage der Daten, die im Versicherungsantrag angegeben werden.
Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung 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.
Beschränkt auf die Versicherungsleistung Krankenhaustagegeld wird die Deckung gegen Zahlung einer Prämie geleistet, die automatisch mit dem Fortschreiten des Alters des Versicherten gemäß den Altersgruppen in nachstehender Tabelle angepasst wird.

Krankenhaustagegeld für Unfall oder Krankheit			
Altersgruppen	*Bruttoprämien pro Deckungssumme*		
	Deckungssumme € 50,00	*Deckungssumme € 75,00*	*Deckungssumme € 100,00*
0 - 25	*71,75*	*107,63*	*143,50*
26-35	*77,90*	*116,85*	*155,80*

36-45	*101,48*	*152,21*	*202,95*
46-55	*107,63*	*161,44*	*215,25*
56-65	*167,08*	*250,61*	*334,15*
66-70	*191,62*	*287,42*	*383,24*
Über 70	*Risiko nicht übernehmbar*	*Risiko nicht übernehmbar*	*Risiko nicht übernehmbar*

Art. 57 - Änderungen des Risikos - Andere als die erklärte Berufstätigkeit

Unbeschadet der Bestimmungen von Art. 59 - **„Ausschlüsse“,** Art. 1 - **„Erklärungen zu den Risikoumständen“** und Art. 7 - **„Erhöhung des Risikos“,** wird festgelegt, dass bei Auftreten des Unfalls während der Ausübung einer anderen als der erklärten Berufstätigkeit:

- die Entschädigung in vollem Umfang gewährt wird, wenn die andere Tätigkeit keine Erhöhung des Risikos mit sich bringt;
- die Entschädigung in reduziertem Umfang gewährt wird auf Grundlage der Prozentsätze, die in der nachstehenden „Tabelle der Prozentsätze für die Entschädigung“ angegeben sind, falls die andere Tätigkeit eine Erhöhung des Risikos bewirkt:

Tabelle der Prozentsätze für die Entschädigung

Momentan ausgeübte Tätigkeit des Schadensfalls	Erklärte Berufstätigkeit		
Risikoklassen	**1**	**2**	**3**
1	**100%**	**100%**	**100%**
2	**70%**	**100%**	**100%**
3	**40%**	**80%**	**100%**

Zu diesem Zweck wird zur Bestimmung des Risikolevels der in der Police erklärten Berufstätigkeit im Vergleich zu der tatsächlich bei Eintreten des Unfalls ausgeübten die „Tabelle der Berufstätigkeiten“ (Anhang 1) herangezogen, in welcher die verschiedenen Tätigkeiten mit der jeweils entsprechenden Risikoklasse aufgeführt sind.

Für die Klassifikation etwaiger nicht spezifisch in der Liste angegebener Tätigkeiten werden Kriterien der Gleichwertigkeit bzw. Entsprechung zu einer aufgeführten Tätigkeit angewendet.

Falls die tatsächlich zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübte Tätigkeit zu keiner in der Liste aufgeführten Kategorie gehört und keine Entsprechung gefunden wird, kommen die Bestimmungen von Art. 8 - „Erhöhung des Risikos“ zur Anwendung.

Art. 58 - Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung gilt für Unfälle, die vom Versicherten erlitten werden bei Ausübung:

a) der in der Police genannten Berufstätigkeit,
b) jeder anderen Aktivität die keinen Berufscharakter hat (außerberufliche Tätigkeiten).

Auch wenn diese Unfälle zurückzuführen sind auf:

1) ggf. schwere Nachlässigkeit, Unvorsichtigkeit oder Unerfahrenheit, in partieller Abweichung von Art. 1900 des it. Zivilgesetzbuchs,
2) Angriffe oder soziale Unruhen, **unter der Bedingung, dass der Versicherte nicht aktiv daran teilgenommen hat**, in partieller Abweichung von Art. 1912 des it. Zivilgesetzbuchs,
3) das Eingehen von Wagnissen, **nur wenn dies im Wege der menschlichen Solidarität oder Notwehr geschieht**.

Unfällen gleichgestellt und damit erstattungsfähig sind:

4) Unfälle, die bei einem Schwächeanfall oder im Zustand der Bewusstlosigkeit erlitten werden;
5) Erstickung, die nicht auf vorbestehende Erkrankungen zurückzuführen ist;
6) akute Vergiftung und Schädigungen, die auf versehentliches und akutes Verschlucken oder Aufnehmen von Substanzen zurückzuführen sind;
7) Ertrinken, Unterkühlung, Erfrieren, Stromschlag, Sonnenstich, Hitzschlag, Kälteschock und andere Temperatur- und Witterungseinwirkungen;
8) Reaktionen infolge der Bisse oder Stiche von Tieren **(ausgeschlossen Malaria und Tropenkrankheiten);**
9) die Folgen einer Gasembolie, **vorausgesetzt sie wurde nicht durch Tauchen ausgelöst;**
10) Unfälle, die der Versicherte als Passagier bei Flugreisen im öffentlichen oder privaten Transport mit Flugzeugen oder Hubschraubern erleidet, gleich von wem diese betrieben werden, **unter Ausnahme von Reisen mit:**
    a) Luftfahrzeugen von Fluggesellschaften/-unternehmen für Flüge, die nicht zum öffentlichen Passagiertransport gehören;
    b) Luftfahrzeugen, die von Flugvereinen betrieben werden;

c) Freizeitflug- oder Luftsportgeräten.

Die Deckung beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherte das Luftfahrzeug besteigt, und endet mit dem Aussteigen.

Es gilt als vereinbart, dass im Falle eines Flugunglücks, das mehrere beim Versicherer Versicherte betrifft, die zusammengefasste Entschädigungsgrenze den Betrag von € 5.000.000,00 für alle auf dasselbe Ereignis zurückzuführende Entschädigungen nicht übersteigen kann.

Sollten die gesamten vom Versicherer für dasselbe Flugunglück geschuldeten Entschädigungen oben genannte Grenze überschreiten, werden die jedem einzelnen Versicherten zustehenden Entschädigungen proportional zum Verhältnis zwischen genannter Grenze und dem Gesamtbetrag der geschuldeten Entschädigungen reduziert.

A. DECKUNG UNFALLTOD

Kommt es während der Laufzeit des Vertrags zu einem Unfall mit Todesfolge, die **binnen 2 Jahren ab Unfalldatum** eintritt, garantiert der Versicherer die der in der Police angegebenen Deckungssumme entsprechende Entschädigung auch nach Ablauf des Vertrags. Die Entschädigung wird an die festgelegten Begünstigten bzw. in Ermangelung einer Festlegung, an die gesetzlichen oder testamentarischen Erben des Versicherten zu gleichen Teilen ausgezahlt.

MUTMASSLICHER TOD

Wird nach einem gemäß Police-Bedingungen entschädigungsfähigen Unfall der Leichnam des Versicherten nicht aufgefunden und wird von dessen Tod ausgegangen, zahlt der Versicherer die für den Todesfall vorgesehene Deckungssumme an die Berechtigten aus. Die Auszahlung erfolgt nicht früher als 6 Monate nach der Todeserklärung gemäß Art. 60 und 62 des it. Zivilgesetzbuchs.
Sollte nach Zahlung der Entschädigung festgestellt werden, dass der Versicherte am Leben ist, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Summe. Der Versicherte kann dagegen seine Ansprüche für die ggf. erlittene bleibende Invalidität geltend machen.

ERHÖHUNG DER ENTSCHÄDIGUNG BEI GLEICHZEITIGEM TOD BEIDER ELTERN

Wenn es infolge eines durch ein und dasselbe Ereignis verursachten Unfalls zum Tod beider Eltern kommt, zahlt der Versicherer eine Zusatzentschädigung für den Todesfall aus an:

- die minderjährigen Kinder,
- die Kinder bis zum Alter von 25 Jahren, wenn diese studieren oder nicht berufstätig sind,
- Kinder mit Behinderungen.

Diese Zusatzentschädigung beläuft sich auf:

- 50%, falls beide Elternteile für diese Deckung versichert sind,
- 25%, falls nur ein Elternteil für diese Deckung versichert ist.

B. DECKUNG UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT

Kommt es zu einem Unfall, der eine bleibende Invalidität zur Folge hat, die **binnen 2 Jahren ab Unfalldatum** eintritt, zahlt der Versicherer eine Entschädigung, deren Betrag bestimmt wird, indem der Prozentsatz des Invaliditätsgrads, der gemäß den Kriterien der „Tabelle der Behinderungen“ im Anhang von Ministerialdekret 38/2000 vom 12. Juli 2000 festgelegt wurde, auf die Deckungssumme angewandt wird.
Falls der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge hat, deren Grad sich nicht auf Grundlage der in genannter Tabelle aufgeführten Werte festlegen lässt, gelten nachstehende Kriterien:

- Bei funktionellen Beeinträchtigungen ohne Verlust einer Gliedmaße oder eines Organs bzw. im Falle von anderen als den in der Tabelle erwähnten Beeinträchtigungen zahlt der Versicherer die Entschädigung auf Grundlage des bleibenden Invaliditätsgrads aus, der im Verhältnis zur verlorenen Funktion berechnet wird, wobei die in der Tabelle aufgeführten Prozentsätze als Grenze gelten.
- Bei Beeinträchtigungen eines oder mehrerer anatomischer Bereiche und/oder Gelenkbereiche einer einzigen Gliedmaße zahlt der Versicherer die Entschädigung, die der mathematischen Summe der Prozentsätze der einzelnen, getrennt bewerteten bleibenden Invaliditäten entsprechen würde. Als Obergrenze dient dabei der Wert, der dem vollständigen Verlust der betreffenden Gliedmaße entsprechen würde.
- Lässt sich die bleibende Invalidität nicht auf Grundlage der in genannter Tabelle aufgeführten Werte bestimmen, wird der bleibende Invaliditätsgrad über die oben aufgeführten Werte und Kriterien unter Berücksichtigung der Gesamtminderung der Fähigkeit des Versicherten, unabhängig von seinem Beruf einer beliebigen Arbeit nachzugehen, festgelegt.

Der anatomische oder funktionelle Verlust mehrerer Organe, Gliedmaßen oder von Teilen davon führt zur Anwendung des Prozentsatzes der bleibenden Invalidität, der auf der Basis der in genannter Tabelle angegebenen Werte und der oben aufgeführten Kriterien berechnet wird, d.h. als Summe der einzeln für jede Beeinträchtigung berechneten Prozentsätze bis zur Erreichung des Maximalwerts von 100%.

Wird eine bleibende Invalidität über 65% festgestellt, wird eine Entschädigung ausgezahlt, die 100% der für den Fall der bleibenden Invalidität versicherten Deckungssumme entspricht. Diese Deckungserweiterung gilt nicht für Versicherte über 75 Jahren.

SELBSTBEHALT

Die Regulierung der Entschädigung für Bleibende Invalidität erfolgt anhand folgender Methoden:

- **Auf die Deckungssumme bis € 250.000,00 (Euro zweihundertfünfzigtausend) wird nachstehende Tabelle angewendet:**

Prozentsatz festgestellte Bleibende Invalidität	Auszahlungsprozentsatz Bleibende Invalidität
1%	0,2%
2%	0,5%
3%	1%
4%	2%
5%	3%
6%	4%
7%	5%
8%	6%
9%	7%
von 10% bis 65%	entsprechender Prozentsatz von 10% bis 65%
von 66% bis 100%	100%

- **Für den Teil der Deckungssumme, der über € 250.000,00 (zweihundertfünfzigtausend) hinausgeht:**
  - **erfolgt keine Entschädigung, wenn der Grad bleibender Invalidität kleiner oder gleich 8% ist;**
  - **werden 8% hingegen überstiegen, wird die Entschädigung unter Berechnung eines festen Selbstbehalts von 8% ausgezahlt.**

ERWEITERUNG AUF TRAUMATISCHE UND DURCH BELASTUNG VERURSACHTE BAUCHWANDBRÜCHE

Mit Einschränkung allein auf technisch inoperable, traumatische oder durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche **gewährt der Versicherer eine Entschädigung, die dem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität entspricht mit maximal 10% der Deckungssumme für den Fall der bleibenden Invalidität, unbeschadet der Anwendung des Selbstbehalts. Diese Erweiterung gilt nicht, wenn bereits vor Vertragsabschluss eine Hernie vorhanden war. Ausgeschlossen sind ferner Bandscheibenhernien und alle anderen Arten von Hernien, bei denen es sich nicht um traumatische oder durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche handelt.**

ERHÖHUNG DER ENTSCHÄDIGUNG IM FALLE PSYCHISCHER UND KÖRPERLICHER LEIDEN

Bei Unfällen, die eine bleibende Invalidität von 30% oder darüber hervorrufen, **zahlt der Versicherer eine Zusatzsumme von 10%** des für die bleibende Invalidität zustehenden Betrags als Entschädigung für psychisches und körperliches Leiden infolge des Unfalls.

WIEDERHOLUNG EINES SCHULJAHRS

Falls der Unfall eine gemäß Police entschädigungsfähige bleibende Invalidität verursacht, welche die Unmöglichkeit des Schulbesuchs über einen Zeitraum mit sich bringt, der gemäß geltenden ministeriellen Bestimmungen zur Wiederholung des Schuljahres führt, **zahlt der Versicherer eine zusätzliche Entschädigung von € 2.500,00.**

Diese Deckung gilt für Versicherte, die sowohl italienische als auch ausländische Grund- und weiterführende Schulen auf dem Gebiet der Republik Italien, der Vatikanstadt und der Republik San Marino besuchen. Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Bescheinigung durch die zuständige öffentliche Verwaltungsbehörde, aus welcher hervorgeht, dass die mangelnde Versetzung auf die Fehlzeiten zurückzuführen ist, sowie nach Beleg anhand ärztlichen Attests, dass die Fehlzeiten direkte Folge des gemeldeten Unfalls waren.

C. DECKUNG UNFALLBEDINGTE VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Falls der Unfall eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben sollte, zahlt der Versicherer die in der Police angegebene Tagesentschädigung anhand folgender Kriterien:

Die Entschädigung steht:

a) ganz zu für jeden Tag, an dem der Versicherte vollständig körperlich unfähig ist, seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen;

b) zu 50% zu für jeden Tag, an dem der Versicherte nur teilweise in der Lage war, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.

Die Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird für einen Zeitraum von maximal 260 Tagen pro Unfall gewährt mit Laufzeit ab 24 Uhr des Tages, an dem der Unfall vorschriftsgemäß gemeldet wurde.

Falls der Versicherte die ärztlichen Atteste nicht erneuert, erfolgt die Abwicklung der Entschädigung auf Grundlage des Genesungsdatums, das im letzten vorschriftsgemäß eingesandten Attest prognostiziert wurde, es sei denn der Versicherer ist in der Lage, ein früheres Datum festzulegen.

Die entschädigungsfähigen Tage werden unter Abzug eines Selbstbehalts von 7 Tagen berechnet.

Im Falle von gegenüber den Vorschriften von Art. 60 verspäteter Meldung des Unfalls läuft die Entschädigung für vorübergehende

Arbeitsunfähigkeit ab dem Tag nach der Meldung, abzüglich des oben genannten Selbstbehalts.
Die Entschädigung wird hingegen auch für den Zeitraum vor der Meldung geschuldet, wenn es zu einer Stationären Aufnahme gekommen ist, mit Einschränkung auf die vorschriftgemäß dokumentierten Aufenthaltstage sowie unter Abzug der oben erwähnten Selbstbehaltstage.

ERWEITERUNG AUF TRAUMATISCHE UND DURCH BELASTUNG VERURSACHTE BAUCHWANDBRÜCHE
Mit Einschränkung allein auf traumatische oder durch Belastung verursachte Hernien, welche zu einer stationären Aufnahme oder einer Operation führen, zahlt der Versicherer das in der Police angegebene Tagegeld **für einen Zeitraum von maximal 20 Tagen pro Schadensfall.**
Diese Erweiterung gilt nicht, wenn bereits vor Abschluss der Police eine Hernie vorhanden war. Ausgeschlossen sind ferner Bandscheibenhernien und alle anderen Arten von Hernien, bei denen es sich nicht um traumatische oder durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche handelt.

D. DECKUNG ERSTATTUNG VON UNFALLBEDINGTEN BEHANDLUNGSKOSTEN

ERSTATTUNG VON UNFALLBEDINGTEN BEHANDLUNGSKOSTEN -> Kommt es zu einem Unfall, erstattet der Versicherer bis zur Höhe der in der Police genannten Deckungssumme die nachstehend aufgeführten, als Direktfolge des Unfalls während der 365 Tage nach Datum des Schadensfalls getragenen Kosten:

a) für die stationäre Aufnahme in öffentlichen oder privaten Krankenhauseinrichtungen: Krankenhausunterbringung, Honorare von Ärzten, Chirurgen, Assistenten, Narkoseärzten, OP-Material, Benutzungsgebühr für OP-Saal, Medikamente;
b) für - ggf. auch ambulant durchgeführte - Operationen;
c) für fachärztliche Untersuchungen und den Kauf von Medikamenten;
d) für das Anlegen von Gipsverbänden, Bandagen und Immobilisationen, diagnostische und operative Arthroskopie;
e) für diagnostische, instrumentelle, fachärztliche Untersuchungen und Tests, wie: CT, Ultraschall, Holter, Magnetresonanz, Röntgen, Tomographie, Angiographie;
f) für physikalische, ggf. fachärztliche, Therapien, wie z.B.: Lasertherapie, Chirotherapie, Heilgymnastik, Wirbelsäulenstreckung, Ultraschall, Kurzwellentherapie, Massagetherapie.

In Verbindung mit den Entschädigungsleistungen laut Buchstaben c), e) und f) wird die Deckung unter der Bedingung wirksam, dass die Ausgaben auf entsprechende ärztliche Verordnung hin getätigt werden.
Die Ausgaben gemäß Buchstabe f) werden ausschließlich für Leistungen erstattet, die in den 120 Tagen nach Datum des Unfalls getragen werden.
Die Deckung wird geleistet nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 50,00 zu Lasten des Versicherten pro Schadensfall, worunter der gesamte Behandlungszyklus eines Unfalls zu verstehen ist.

ERWEITERUNG AUF ENTSTELLUNGSSCHÄDEN
Die Versicherung gilt als erweitert auf die Erstattung von Ausgaben des Versicherten für Behandlungen, Anwendungen und Operationen, die mit dem Zweck durchgeführt werden, Unfallschäden, die Beeinträchtigungen ästhetischer Art zur Folge haben, zu beseitigen oder zu mindern, die entsprechend Police unter der **Deckung B. UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT** entschädigungsfähig sind.
Die Erweiterung der Deckung wird für maximal € 5.000,00 geleistet nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 50,00 und binnen der Grenzen der Deckungssumme für die Deckung D. ERSTATTUNG UNFALLBEDINGTER BEHANDLUNGSKOSTEN.

E. DECKUNG KRANKENHAUSTAGEGELD

Bei gemäß Police entschädigungsfähiger stationärer Aufnahme des Versicherten aufgrund von Unfall, Krankheit, Geburt oder medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch zahlt der Versicherer das in der Police angegebene Tagegeld für jeden durch die Krankenakte belegten Tag des stationären Aufenthalts **über maximal 365 Tage pro Schadensfall und Versicherungsjahr.**
Die Tage von Aufnahme und Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung gelten gemeinsam als ein einziger Tag unabhängig von der Uhrzeit von Aufnahme und Entlassung.
Die Versicherung gilt auch bei:

a. Stationärer Aufnahme des Versicherten für **Organspende**;
b. **Behandlung in Tagesklinik und Tageschirurgie, vorausgesetzt dass der Krankenhausaufenthalt am Tag ohne Übernachtung mindestens 5 Stunden dauert**, in einem zugelassenen Gesundheitsbetrieb mit Ausstellung einer Krankenakte erfolgt und **eine Dauer von über 2 - ggf. nicht aufeinanderfolgenden - Tage für dieselbe Krankheit bzw. denselben Unfall aufweist; in diesem Fall wird das Tagegeld zu 50% bezahlt.**

ERWEITERUNG DER DECKUNG

a. **Anlegen eines Gipsverbands oder einer abnehmbaren Orthese:** Der Versicherer entrichtet—das für einen Krankenhausaufenthalt vorgesehene Tagegeld bis zum Entfernen des Gipsverbands oder der Orthese, **maximal jedoch für 60**

Tage. Bei einem Unfall, der auch eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus nach sich zieht, kann die Erweiterung auf den Gipsverband nicht mit dem Krankenhaustagegeld kombiniert werden.

b. **Tagegeld für Genesungszeitraum nach dem stationären Krankenhausaufenthalt**: Benötigt der Versicherte nach einem durch Unfall, Krankheit, Geburt, medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch oder Organspende verursachten Krankenhausaufenthalt, der gemäß Police entschädigungsfähig ist, einen Zeitraum der häuslichen Genesung, leistet der Versicherer eine Entschädigung pro Tag, die **50% des in der Police angegebenen Krankenhaustagegelds entspricht**, in folgenden Fällen und mit folgenden Grenzen:

- **Stationäre Aufnahme wegen Operation** - eine den Tagen des Krankenhausaufenthalts entsprechende Entschädigung von **mindestens 3 und höchstens 30 Tagen**;
- Nach **stationärer Aufnahme ohne Operation mit mehr als 7-tägiger Dauer** - eine den Tagen des Krankenhausaufenthalts entsprechende Entschädigung von **höchstens 30 Tagen**;
- **Nach ambulanter Operation nur bei Operation mit Vollnarkose oder Periduralanästhesie - eine Entschädigung von 3 Tagen.**

Der Genesungszeitraum beginnt vom Tag nach der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung bzw. nach der Tageschirurgie.

SELBSTBEHALT

Das Tagegeld wird unter Anwendung eines absoluten Selbstbehalts von 2 Tagen geleistet. Der Selbstbehalt wird nicht angewendet bei mehr als 7-tägigem Krankenhausaufenthalt infolge von Unfall und/oder Operation oder im Falle einer Organspende.

F. DECKUNG GEFÄHRLICHE SPORTARTEN

Diese Deckung bewirkt bei Angabe in der Police, in partieller Abweichung von Absatz f) des nachstehenden Art. 59.1, die Erweiterung des Umfangs der durch die Police aktivierten Deckungen, darunter diejenigen unter den Punkten A-B-C-D-E, auf die Ausübung folgender gefährlicher Sportarten:

Reitsport, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Bergsteigen mit Schwierigkeitsgrad über 3 der UIAA-Skala, Skibergsteigen, Gerätetauchen, Hockey.

Die weiteren von Art. 59.1 vorgesehenen Ausschlüsse von der Deckung gelten unverändert weiter.

G. DECKUNG KONTOSCHUTZ

Kommt es zu einem Unfall, der den **Tod oder eine bleibende Invalidität über 60%** zur Folge hat, die **binnen 2 Jahren ab Unfalldatum** eintreten, garantiert der Versicherer dem Versicherten auch nach Ablauf des Vertrags die Deckungssumme, die folgendermaßen bestimmt wird:

a) Der abschließende Kontostand des in der Police angegebenen Girokontos, der um 24 Uhr des Tages vor dem Unfalldatum ausgewiesen wurde, liegt im Minusbereich.
Die Deckung wird **bis maximal Euro 50.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr** geleistet.

b) Rechnungen, die in den 6 Monaten vor dem Unfall automatisch vom Konto abgebucht wurden, für:
- Versorgungsrechnungen;
- Zahlungen mit Kreditkarte;
- Leasingraten;
- Gehälter der Beschäftigten;
- Raten für Finanzierungen und/oder Kredite.

Die Deckung wird bis maximal Euro 20.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

Falls zum Moment des Schadensfalls der abschließende Kontostand des in der Police angegebenen Girokontos um 24 Uhr des Tags vor dem Unfalldatum nicht im Minusbereich liegt, zahlt der Versicherer allein die Rechnungen, die während der 6 Monate vor dem Unfall automatisch von dem in der Police angegebenen Konto abgebucht wurden und unter Buchstabe b. aufgeführt sind.

Falls der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge hat, deren Grad sich nicht auf Grundlage der Werte und Kriterien festlegen lässt, die in der „Tabelle der Behinderungen" aufgeführt sind, die Ministerialdekret 38/2000 vom 12. Juli 2000 beiliegt, gelten nachstehende Kriterien:

- Bei funktionellen Beeinträchtigungen ohne Verlust einer Gliedmaße oder eines Organs bzw. im Falle von anderen als den in der Tabelle erwähnten Beeinträchtigungen zahlt der Versicherer die Entschädigung auf Grundlage des bleibenden Invaliditätsgrads aus, der im Verhältnis zur verlorenen Funktion berechnet wird, wobei die in der Tabelle aufgeführten Prozentsätze als Grenze gelten.
- Bei Beeinträchtigungen eines oder mehrerer anatomischer Bereiche und/oder Gelenkbereiche einer einzigen Gliedmaße zahlt der Versicherer die Entschädigung, die der mathematischen Summe der Prozentsätze der einzelnen, getrennt bewerteten Invalidität entsprechen würde. Als Obergrenze dient dabei der Wert, der dem vollständigen Verlust der betreffenden Gliedmaße

entsprechen würde.

- Lässt sich die bleibende Invalidität nicht auf Grundlage der in genannter Tabelle aufgeführten Werte bestimmen, wird der bleibende Invaliditätsgrad über die oben aufgeführten Werte und Kriterien unter Berücksichtigung der Gesamtminderung der Fähigkeit des Versicherten, unabhängig von seinem Beruf einer beliebigen Arbeit nachzugehen, festgelegt.

Der anatomische oder funktionelle Verlust mehrerer Organe, Gliedmaßen oder von Teilen davon führt zur Anwendung des Prozentsatzes der Invalidität, der auf der Basis der in genannter Tabelle angegebenen Werte und der oben aufgeführten Kriterien berechnet wird, d.h. als Summe der einzeln für jede Beeinträchtigung berechneten Prozentsätze bis zur Erreichung des Maximalwerts von 100%.

MUTMAßLICHER TOD

Wird nach einem gemäß Police-Bedingungen entschädigungsfähigen Unfall der Leichnam des Versicherten nicht aufgefunden und wird von dessen Tod ausgegangen, zahlt der Versicherer die für die Deckung Kontoschutz vorgesehene Deckungssumme an den Versicherungsnehmer aus. Die Auszahlung erfolgt nicht früher als 6 Monate nach der Todeserklärung gemäß Art. 60 und 62 des it. Zivilgesetzbuchs.

Sollte nach Zahlung der Entschädigung festgestellt werden, dass der Versicherte am Leben ist, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Summe. Der Versicherte kann dagegen seine Ansprüche für die ggf. erlittene bleibende Invalidität geltend machen.

Dem Versicherten steht keinerlei Entschädigung zu, wenn der festgestellte bleibende Invaliditätsgrad unter 60% liegt.

Sind die Versicherten mehr als einer, bleibt die Deckungssumme dennoch nur eine und gilt gemeinsam für alle Versicherten pro Versicherungsjahr.

Die Deckung tritt unter der Voraussetzung in Kraft, dass das in der Police angegebene Konto zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht geschlossen worden ist.

Begünstigter

Der Versicherungsnehmer selbst ist zugleich der Begünstigte der Leistungen.

Art. 59 – Ausschlüsse

Art. 59.1 Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle mit folgenden Ursachen:

a) **Führen oder Mitbenutzung als Passagier von Fluggeräten, einschließlich Hängegleitern und Ultraleichtflugzeugen, unbeschadet der Bestimmungen unter Punkt 10) von Art. 58 „Gegenstand der Versicherung“;**
b) **Ausübung von Luftsportarten allgemein, wie rein beispielweise: Hängegleiter, Ultraleichtflugzeuge, Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen;**
c) **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 unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt;**
d) **Führen und Benutzen von Unterwasserfahrzeugen;**
e) **Führen von Fahrzeugen, wenn der Versicherte epileptische Anfälle gehabt hat;**
f) **Ausübung von Extremsportarten und allgemein gefährlichen Sportarten, wie rein beispielsweise: Boxen, Schwerathletik, Reitsport, Gewichtheben, Kampfsport, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Bergsteigen mit Schwierigkeitsgrad über 3 der UIAA-Skala, Freiklettern, Skeleton, Geschwindigkeitsskifahren, Skibergsteigen, Extremski, American Football, Rugby, Hockey, Wildwasserfahren mit jeder Art von Wasserfahrzeug, Einhand-Hochseeregatten oder -Hochseeüberquerungen, Bungee Jumping, Fallschirmspringen, Ski- und Wasserskispringen, Kitesurfen sowie Skiakrobatik, Gerätetauchen, Speläologie, Bobsport;**
g) **professionelle Ausübung jeder Art von Sport bzw. Ausübung gegen direkte oder indirekte Bezahlung;**
h) **Teilnahme an Rennen und Wettbewerben (sowie diesbezügliche Testfahrten und Training, auch im Amateurbereich) mit Einsatz von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen;**
i) **Benutzen und Führen von Kraftfahrzeugen auf Rennbahnen, die für den Motorsport bestimmt sind;**
j) **Teilnahme an Wettbewerben (samt Übungsspielen und Training) in Baseball, Fußball, 5er- oder Mini-Fußball und ähnliche, Volleyball, Beachvolleyball, Basketball, Handball, Nicht-Extrem-Ski und -Snowboard, Radrennen, Reitsport, Schlittschuhlauf, wenn diese auf Profiebene ausgeübt werden und/oder als Einkommensquelle für den Sportler dienen. Unter die Deckung fallen hingegen weiterhin die Teilnahme an Wettbewerben/Turnieren im Amateursport, einschließlich des Trainings;**
k) **die auf Trunkenheit des Versicherten, Alkoholmissbrauch oder nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka, Betäubungsmitteln, Halluzinogenen und ähnlichen Substanzen zurückzuführen sind;**

l) soziale Unruhen, gewalttätige Aktionen oder Angriffe, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat;
m) vom Versicherten begangene oder versuchte arglistige Handlungen;
n) Straftaten des Versicherten auch gegen die eigene Person bzw. durch ihn selbst zugelassene Straftaten (Selbstmord und Selbstverletzung);
o) Erdbeben, Überschwemmungen, Sturmfluten und Vulkanausbrüche;
p) Kriegszustand zwischen Staaten oder Bürgerkrieg, bewaffnete Auseinandersetzungen, Aufstände oder terroristische Anschläge, einschließlich der direkten oder indirekten Folgen chemischer oder biologischer Kontamination;
q) natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).

Ausgeschlossen sind ferner:
r) Unfälle, die durch chirurgische Eingriffe, Untersuchungen oder medizinische Behandlungen verursacht werden, welche nicht durch einen Unfall erforderlich gemacht worden waren;
s) Unfälle, deren Folgen in der Erkrankung am Syndrom der erworbenen Immunschwäche (AIDS) bestehen;
t) Herzinfarkt und Schlaganfall;
u) Hernien jeder Art und Lokalisierung sowie geschlossene Ruptur von Sehnen, unbeschadet der Bestimmungen unter „Erweiterung auf traumatische und durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche“ der Deckung B. UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT und unter „Erweiterung auf traumatische und durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche“ der Deckung C. UNFALLBEDINGTE VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT.

Art. 59.2 Im Rahmen der Deckung Krankenhaustagegeld bei Krankheit sind außerdem stationäre Aufnahmen ausgeschlossen:
v) die auf zum Datum des Inkrafttretens der Police Vorbestehende Erkrankungen zurückzuführen sind;
w) die durch Schönheitsbehandlungen, Abmagerungskuren und Diäten verursacht worden sind;
x) die auf psychische Krankheiten und Störungen allgemein oder auf Neurosen, einschließlich Angst- und/oder depressiver Syndrome, zurückzuführen sind;
y) die auf das erworbene Immunschwächesyndrom (AIDS) oder andere damit verbundene Erkrankungen zurückzuführen sind;
z) die auf Erkrankungen zurückzuführen sind, die durch elektromagnetische Einflüsse verursacht worden sind.

Art. 60 - Was tun im Schadensfall

Im Schadensfall haben der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger den Versicherer binnen 3 Tagen ab Kenntnisnahme gemäß Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs formgerecht zu benachrichtigen. Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs nach sich ziehen.

Die Meldung des Unfalls ist an den Versicherer zu senden und muss Angabe von Ort, Datum, Uhrzeit und Ursache des Ereignisses beinhalten, nebst einer detaillierten Beschreibung des Hergangs und der Beilage eines ärztlichen Attests.

Die weiteren Entwicklungen der Schädigungen sind durch weitere ärztliche Atteste zu belegen.

Der Versicherte hat sich den ggf. vom Versicherer angeordneten Untersuchungen und ärztlichen Kontrollen zu unterziehen und diesem jede Information samt Kopien der ärztlichen Dokumentation und der Krankenakte (wo zutreffend) zu übermitteln; zu diesem Zweck sind die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben von ihrer Schweigepflicht zu befreien und es ist der Verarbeitung der personengezogenen Daten gemäß geltender einschlägiger Gesetzgebung zuzustimmen.

Es ist eine Untersuchung bei einem vom Versicherer beauftragten Vertrauensarzt vorgesehen, falls ersterer eine Überprüfung der Art der durch den gemeldeten Unfall verursachten Verletzungen für erforderlich hält.

Die Feststellung des Unfalls wird vom Versicherer nicht früher als nach Verstreichen einer 10-tägigen Frist und nicht später als 365 Tage nach Erhalt der Meldung vorgenommen.

Im Falle des Ablebens des Versicherten haben dessen Rechtsnachfolger dem Versicherer zu gestatten, die erforderlichen Ermittlungen, Beurteilungen und Nachforschungen anzustellen.

Die Ausgaben für ärztliche Atteste und jede andere verlangte medizinische Dokumentation gehen zu Lasten des Versicherten mit Ausnahme der Untersuchung beim Vertrauensarzt des Versicherers, wenn verlangt.

Art. 61 - Entschädigungskriterien

Der Versicherer leistet die Entschädigung für die direkten und ausschließlichen Folgen des Unfalls. Falls der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls nicht körperlich unversehrt und gesund ist, sind nur jene Folgen zu entschädigen, die auch dann aufgetreten wären, wenn der Unfall einer körperlich unversehrten und gesunden Person

widerfahren wäre, sodass von der Bewertung etwaige größere Beeinträchtigungen ausgeschlossen werden, die dem Versicherten aufgrund seines vorbestehenden Zustands entstanden sind.
Bezüglich Deckung B. UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT werden bei Verlust oder Funktionsminderung von bereits beeinträchtigten Organen oder Gliedmaßen die in genanntem Artikel aufgeführten Prozentsätze unter Berücksichtigung des vorbestehenden Invaliditätsgrad reduziert.
Die Regulierung der Entschädigung erfolgt auf Grundlage der Bestimmungen von Art. 64 „Auszahlung der Entschädigung".
Deckung D. ERSTATTUNG UNFALLBEDINGTER BEHANDLUNGSKOSTEN gilt, falls der Versicherte andere gleichartige private oder soziale Versicherungen hat, lediglich für den ggf. von diesen nicht gedeckten Kostenanteil.
Sollte der Versicherte den Nationalen Gesundheitsdienst (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) in Anspruch nehmen, erstattet der Versicherer die von diesem nicht übernommenen Kosten, einschließlich etwaiger Rezeptgebühren und Zuzahlungen (vollständige Übernahme), die vom Versicherten für oben genannte Leistungen getragen werden.

Art. 62 - Summierung von Entschädigungsleistungen
Die Entschädigungen sämtlicher Deckungen können summiert werden mit Ausnahme derjenigen für den **Todesfall, die nicht** mit derjenigen für **bleibende Invalidität summiert** werden kann. Kommt es jedoch nach Zahlung einer Entschädigung für bleibende Invalidität binnen 2 Jahren ab dem Datum des Unfalls und infolge dessen zum Tod des Versicherten, sind die Erben des Versicherten nicht zur Rückzahlung verpflichtet und haben stattdessen Anspruch auf die Differenz zwischen der Entschädigung für Todesfall (falls diese höher ist) und der bereits ausgezahlten Entschädigung für bleibende Invalidität.

Art. 63 - Vorschuss von Entschädigungszahlungen
Auf ausdrückliche Beantragung hat der Versicherte Anspruch auf die Zahlung eines **Vorschusses von 50%** des voraussichtlichen Betrags der Entschädigung für **unfallbedingte bleibende Invalidität**, die anschließend bei der definitiven Schadensregulierung abgerechnet wird, vorausgesetzt dass:

- keine Beanstandung der Entschädigungsfähigkeit für den betreffenden Unfall vorliegt;
- der vom Versicherer geschätzte bleibende Invaliditätsgrad 25% oder mehr beträgt.

Unbeschadet dieser Regelung, darf dieser Vorschuss nicht als endgültige Verpflichtung des Versicherers im Hinblick auf den bei der Schadensabwicklung festzustellenden Prozentsatz der bleibenden Invalidität gelten.
Die Verpflichtung des Versicherers entsteht auf keinen Fall früher als 120 Tage nach Datum des Unfalls und bis zu einer Grenze von € 50.000,00.

Art. 64 - Auszahlung der Entschädigung
Nachdem die Wirksamkeit der Deckungen überprüft wurde, die zur Beurteilung erforderlichen kompletten Unterlagen erhalten und die geeigneten Kontrollen vorgenommen worden sind, legt der Versicherer die geschuldete Entschädigung fest, benachrichtig die Empfangsberechtigten schriftlich darüber und nimmt, nach Erhalt von deren Annahme, die Zahlung binnen 30 Tagen ab dem Datum, an dem die Schadensregulierung unterzeichnet wurde, vor.
Der Anspruch auf Entschädigung ist persönlich und lässt sich daher nicht auf Erben übertragen mit Ausnahme folgender Fälle:

1. Der Versicherer wird im Falle des Ablebens des Versicherten, nachdem die Schadensregulierung bereits erfolgt ist bzw. letzterer bereits ein Angebot mit dem festgelegten Betrag erhalten hat, den regulierten oder angebotenen Betrag, entsprechend den Normen des Erbrechts oder den testamentarischen Bestimmungen, an die Erben des Versicherten auszahlen.
2. Sollte der Versicherte vor Ablauf der Frist für die Feststellung der bleibenden Folgen im Rahmen einer Unfall- oder Krankheitsbedingten Invalidität bzw. vor der amtsärztlichen Feststellung durch den Versicherer aus anderer Ursache sterben als derjenigen, welche die Invalidität verursacht hat, können die Erben des Versicherten das Vorliegen des Anspruchs auf Entschädigung durch die Übergabe anderer geeigneter Dokumentation zur Feststellung der Stabilisierung der Invalidität belegen.

Für Leistungen zur Erstattung getragener Ausgaben erfolgt die Zahlung der gemäß diesem Vertrag geschuldeten Beträge, falls die Quittungen, Rechnungen oder Belege zur Erstattung auch bei Dritten vorgelegt worden sind, nach Beweis der tatsächlich getragenen Ausgaben, abzüglich der von den genannten Dritten übernommenen Beträge.
Die Zahlung der Entschädigung erfolgt in Italien in der dort geltenden Währung. Wurden die Ausgaben im Ausland getragen, so werden sie zum mittleren Wechselkurs der Woche, in welcher die Ausgabe vom Versicherten getragen wurde, erstattet.

Art. 65 - Verzicht auf Eintrittsrecht
Sollte der Unfall von Dritten zu verantworten sein, verzichtet der Versicherer zu Gunsten des Versicherten und dessen Rechtsnachfolgern auf sein Eintrittsrecht gemäß Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs gegenüber den für den Schadensfall haftenden Dritten.

Art. 66 - Schiedsverfahren
Streitigkeiten im medizinischen Bereich hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit eines Schadensfalls, hinsichtlich des Grades einer Unfallbedingten bleibenden Invalidität, des Grades einer Krankheitsbedingten bleibenden Invalidität, hinsichtlich der Verbesserungen, die sich durch geeignete therapeutische Behandlungen erzielen lassen, hinsichtlich der Vorübergehenden

Arbeitsunfähigkeit, hinsichtlich der Festlegung der Kategorie einer Operation sowie betreffend der Anwendung der Entschädigungskriterien entsprechend den Vorschriften und Grenzen der Versicherungsbedingungen können schriftlich an zwei Ärzte, die jeweils von einer der Parteien ernannt werden, überstellt werden, die in der dem Wohnsitz des Versicherten am nächsten gelegenen oder von diesem bevorzugten Gemeinde mit Sitz eines Instituts für Rechtsmedizin zusammentreten.
Diese Ärzte ernennen, wenn sie zu keiner Einigung gelangen, einen dritten; anschließend werden die Entscheidungen mehrheitlich unter Freistellung von allen gesetzlichen Formalitäten getroffen und sind auch dann bindend, wenn einer der Ärzte sich weigert, das betreffende Protokoll zu unterzeichnen. Falls eine der Parteien die ihr zustehende Ernennung nicht tätigt oder falls keine Einigung für die Ernennung des dritten Arztes zustande kommt, erfolgt diese auf Beantragung der gewissenhafteren Partei durch die für den Ort des Zusammentretens dieses Ausschusses zuständige Ärztekammer (Gemeinde, Sitz eines Instituts für Rechtsmedizin, der am nächsten beim Wohnort des Versicherten liegt).
Der Ärzteausschuss hat die Möglichkeit, wenn dies für angemessen gehalten wird, die endgültige Feststellung auf ein vom Ausschuss selbst bestimmtes Datum zu verschieben; in diesem Fall kann der Ausschuss die Zahlung eines Vorschusses auf die Entschädigung gewähren.
Jede Partei trägt die Kosten für den von ihr ernannten Arzt, während die des dritten Arztes jeweils zur Hälfte übernommen werden.

Davon unberührt bleibt die Möglichkeit, den Gerichtsweg zu beschreiten, nachdem der obligatorische Schlichtungsversuch gemäß Art. 5 des Gesetzesvertretenden Dekrets 28/2010 bei einer zugelassenen Schlichtungsstelle vorgenommen wurde.

ABSCHNITT 4 - KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT

Folgende Deckung gilt nur, wenn die betreffende Deckungssumme in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

A. DECKUNG KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT

Art. 67 - Altersgrenzen

Bei Vertragsunterzeichnung muss das Alter des Versicherten zwischen 18 und 65 Jahren liegen, während es bei Ablauf der Versicherung nicht über 70 Jahren liegen darf.
Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 70. Lebensjahrs des Versicherten mit einer Frist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung für diese Person zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Art. 68 - Gegenstand der Versicherung

Im Falle von krankheitsbedingter bleibender Invalidität, welche ein Ausmaß annimmt, das die Fähigkeit des Versicherten zur Ausübung einer beliebigen Erwerbstätigkeit unabhängig vom zuvor ausgeübten Beruf dauerhaft zu einem Grad von mindestens 65% schmälert, wobei die Invalidität, unbeschadet der Wartezeiten laut nachstehendem Art. 70 **„Wartezeiten“**, nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und vor deren Ablauf eingetreten sein muss, zahlt der Versicherer die in der Police angegebene Deckungssumme an den Versicherten aus.
Die Regulierung der Entschädigung erfolgt auf Grundlage der Bestimmungen von Art. 74 **„Festlegung der Entschädigung“.**
Die Versicherung der entschädigten Person endet mit der Zahlung der Entschädigung, sodass diese nur einmal geleistet werden kann.

Art. 69 – Ausschlüsse

Von der Versicherung ausgeschlossen sind bleibende Invaliditäten:

1. **die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens dieser Police bestanden;**
2. **die durch Krankheiten bedingt sind, die Ausdruck oder Folge von Erkrankungszuständen sind, die ihren Ursprung vor Beginn der Laufzeit dieser Police hatten und zu jenem Zeitpunkt dem Versicherten bereits bekannt waren, da sie bereits diagnostiziert oder behandelt worden waren;**
3. **die durch Alkoholmissbrauch oder nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka, Betäubungsmitteln, Halluzinogenen und ähnlichen Substanzen verursacht worden sind;**
4. **die auf natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms und die Beschleunigungen von Atomteilchen zurückzuführen sind;**
5. **die auf zwischenstaatliche Kriege oder Bürgerkriegszustände, bewaffnete Kämpfe und Aufstände, soziale Unruhen und terroristische Anschläge, einschließlich der direkten oder indirekten Folgen chemischer und biologischer Kontamination zurückzuführen sind;**

6. **die durch Erdbeben, Überschwemmungen, Sturmfluten und Vulkanausbrüche verursacht worden sind;**
7. **die durch Schönheitsbehandlungen, Abmagerungskuren und Diäten verursacht worden sind;**
8. **die auf psychische Krankheiten und Störungen allgemein oder auf Neurosen, einschließlich Angst- und/oder depressiver Syndrome, zurückzuführen sind;**
9. **die auf das erworbene Immunschwächesyndrom (AIDS) oder andere damit verbundene Erkrankungen zurückzuführen sind;**
10. **die durch willentlich vom Versicherten gegen sich selbst begangene oder an sich zugelassene Taten verursacht werden;**
11. **die auf Erkrankungen zurückzuführen sind, die durch elektromagnetische Einflüsse verursacht worden sind.**

Art. 70 - Wartezeiten

Unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 2 - „Wirkung, Laufzeit und Kündigung des Vertrags" erlangt die Deckung Gültigkeit um 24:00 Uhr:

- **des 60. Tages ab Inkrafttreten der Versicherung für Krankheiten, die nach diesem Datum aufgetreten sind;**
- **des 180. Tages nach Inkrafttreten der Versicherung für Folgen von Erkrankungszuständen, die dem Versicherten nicht bekannt waren, die ihren Ursprung jedoch bereits vor Abschluss dieser Police hatten.**

Falls die Police als Ersatz für andere, denselben Versicherten betreffende Policen des Versicherers ausgestellt wird, gelten vorgenannte Fristen:

- **vom Tag des Inkrafttretens der Deckung laut voriger Police für den aus dieser hervorgehenden Betrag;**
- **vom Tag des Inkrafttretens der Deckung laut der vorliegenden Police, beschränkt auf die höheren Deckungssummen, die aus letzterer hervorgehen.**

Im Falle einer Police, die als Fortsetzung einer anderen Police des Versicherers ausgestellt wird, und innerhalb der 30 Tage nach Ablauf der Vorgängerpolice gelten die Bestimmungen des vorausgehenden Absatzes.

Gleichermaßen läuft die oben genannte Frist der Wartezeiten im Falle von Änderungen, die während der Laufzeit dieses Vertrags auftreten, ab dem Datum der Änderungen für die höheren Summen oder anderen Personen oder versicherten Leistungen.

Art. 71 - Voraussetzungen und automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten

Die Risikoübernahme durch den Versicherer erfolgt auf Grundlage der Daten, die in dem im Versicherungsantrag enthaltenen Gesundheitsfragebogen bereitgestellt werden.

Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung 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.

Die *Versicherung* wurde in der Form „Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten" abgeschlossen. Die Prämien der Deckung **A. KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT** sind in 5 Altersgruppen gegliedert.

Bei der Erstunterzeichnung des Vertrags wird jedem Versicherten die seiner Altersgruppe zum Zeitpunkt der Unterzeichnung entsprechende, in der Police angegebene Prämie zugeteilt.

Bei der jährlichen Verlängerung wird, falls der Versicherte zum Verlängerungsdatum die Altersgruppe wechselt, die Prämie angepasst, indem auf den in der Police für jeden Versicherten angegebenen Prämienbetrag der Koeffizient der prozentualen Erhöhung angewandt wird, der in nachstehender Tabelle aufgeführt ist.

Tabelle der Koeffizienten (% der Prämienerhöhung pro Altersgruppe) für die *krankheitsbedingte bleibende Invalidität.*

Altersgruppen	***Krankheitsbedingte bleibende Invalidität***
Altersgruppe 0 - 25	-
Altersgruppe 26 - 35	12,50%
Altersgruppe 36 - 45	27,78%
Altersgruppe 46 - 55	39,13%
Altersgruppe 56 - 70	95,00%

Art. 72 - Was tun im Schadensfall

Im Schadensfall haben der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger den Versicherer binnen 3 Tagen, nachdem nach ärztlichem Ermessen Anlass zur Annahme besteht, dass eine *Krankheit* die geleistete Deckung betrifft, formgerecht

zu benachrichtigen. Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen. Die Meldung muss von einem ärztlichen Attest für die vorliegende Invalidität begleitet sein.

Der Versicherte hat:

- **dem Versicherer Informationen zum Krankheitsverlauf zu übermitteln, indem eine Kopie der Patientenakte etwaiger Krankenhausaufenthalte und weitere geeignete Unterlagen für eine Beurteilung der beeinträchtigenden Krankheitsfolgen bereitgestellt werden;**
- **sich eventuell vom Versicherer oder seinen Beauftragten angeordneten ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen zu unterziehen;**
- **dem Versicherer das ärztliche Attest, mit dem die Stabilisierung der Krankheitsfolgen bestätigt wird, zu übermitteln.**

Nach Ablauf von 6 Monaten ab Datum des ärztlichen Attests, mit dem die Stabilisierung der Krankheitsfolgen bestätigt wird, und nicht früher als 12 Monate ab Erstmeldung (18 im Falle von Tumorerkrankungen) hat der Versicherte ein spezifisches ärztliches Attest vorzulegen, mit dem der Grad der bleibenden Invalidität bescheinigt wird, der direkt und ausschließlich durch die gemeldete Krankheit hervorgerufen worden ist.

Sollte es nach Ablauf dieser Frist nach Ermessen des behandelnden Arztes nicht möglich sein, die Stabilisierung der Krankheitsfolgen zu bescheinigen, kann der Versicherte dennoch spezifische ärztliche Dokumentation zur Bescheinigung des zum Moment des Antrags festgestellten Grads bleibender Invalidität vorlegen.

Falls der Versicherte kein Attest beibringt, wird der Versicherer seinerseits binnen maximal 24 Monaten ab Meldung für die Bestimmung des Grades der direkt und ausschließlich von der gemeldeten *Krankheit* verursachten, bleibenden Invalidität auf Grundlage der angeordneten Untersuchungen und ärztlichen Kontrollen sorgen.

Falls der Vertrag abläuft, bevor die Krankheit gemeldet werden konnte, kann diese Meldung noch binnen 2 Jahren nach Vertragsablauf eingereicht werden, vorausgesetzt dass die Krankheit noch während der Laufzeit der Police zutage getreten war.

Die Ausgaben für ärztliche Atteste und jede andere verlangte medizinische Dokumentation gehen zu Lasten des *Versicherten* mit Ausnahme der Untersuchung beim Vertrauensarzt des Versicherers, wenn verlangt.

Art. 73 - Entschädigungskriterien

Der Versicherer leistet die Entschädigung für die direkten und ausschließlichen Folgen der einzelnen gemeldeten Krankheit. Falls die Krankheit eine Person mit bereits vor Abschluss der Versicherung bestehenden Erkrankungen und/oder einer Invalidität betrifft, gelten - abgesehen von den Bestimmungen unter Art. 69 - „Ausschlüsse“ - die aus den gleichzeitig bestehenden oder mitwirkenden Beeinträchtigungen hervorgehenden größeren Beschwerden als nicht entschädigungsfähig.

Falls die Krankheit hingegen eine Person betrifft, die bereits durch eine vorausgehende *Krankheit* beeinträchtigt ist, welche während der Laufzeit der Versicherung eine bleibende Invalidität verursacht hat, die nicht entschädigt wurde, da sie unter der Selbstbehaltsgrenze lag, ist bei gemeinsamer Einwirkung der neuen Krankheit mit den zuvor festgestellten Krankheitsfolgen die Beurteilung unter Berücksichtigung der durch den bereits vorbestehenden Zustand eingetretenen größeren Beeinträchtigung vorzunehmen.

Art. 74 - Festlegung der *Entschädigung*

Der Grad der bleibenden Invalidität wird direkt vom Versicherer oder einem von diesem beauftragten Arzt festgestellt und mit dem Versicherungsnehmer oder einer von diesem bestimmten Person vereinbart in einem Zeitraum zwischen 6 und 18 Monaten ab Meldedatum der Krankheit auf Grundlage der ärztlichen Beurteilung des Ausmaßes von deren Stabilisierung und unter Berücksichtigung der allgemein, unabhängig vom ausgeübten Beruf, verminderten Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

Dem *Versicherten* steht keinerlei Entschädigung zu, wenn der festgestellte bleibende Invaliditätsgrad unter 65% liegt.

ABSCHNITT 5 - GESUNDHEIT

Folgende Deckungen gelten, wenn die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Art. 75 - Altersgrenzen - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters

Die Versicherung gilt für Versicherte mit:

- **Maximalem Eintrittsalter: vollendetes 70. Lebensjahr;**
- **Maximalem Austrittsalter: vollendetes 75. Lebensjahr.**

Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 75. Lebensjahrs des Versicherten mit einer Frist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung für diese Person zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Für Versicherungsplan B und Versicherungsplan C wird **bei der jährlichen Verlängerung der Versicherung, falls der Versicherte ein Alter über 64 Jahren erreicht hat, die Prämie der jeweiligen Garantie automatisch** folgendermaßen angepasst:

VERSICHERUNGSPLAN B
INDIVIDUELLE FORMEL→ € 2.064
FORMEL FAMILIENGRUPPE→ € 3.948 (keine Anpassung, wenn sich in der Familiengruppe bereits ein Versicherter mit Alter über 64 Jahren befindet).

VERSICHERUNGSPLAN C
INDIVIDUELLE FORMEL→ € 2.712
FORMEL FAMILIENGRUPPE→ € 5.196 (keine Anpassung, wenn sich in der Familiengruppe bereits ein Versicherter mit Alter über 64 Jahren befindet).

Art. 76 - Personen, die nicht versicherbar sind

Nicht versicherbar sind Personen, die unter Alkohol- oder Drogensucht, einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden.

Beim Eintreten dieser Bedingungen im Vertragsverlauf erlischt automatisch und unmittelbar die Versicherung unabhängig von der konkreten Beurteilung des Gesundheitszustands des Versicherten gemäß Art. 1898 des it. Zivilgesetzbuchs, ohne dass der Versicherer zur Leistung einer Entschädigung verpflichtet wäre. Bei Erlöschen der laufenden Versicherung erstattet der Versicherer dem Versicherungsnehmer binnen 45 Tagen nach Außerkrafttreten den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen des Vertrags bis zum Ende der Laufzeit, für welche die Prämie ursprünglich bezahlt worden war, bezieht.

Nicht versicherbar sind ferner Personen, deren fester Hauptwohnsitz nicht in Italien, der Republik San Marino oder der Vatikanstadt liegt.

Ebenso als „nicht versicherbare Personen" gelten all diejenigen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses:

- **einen Körpermasseindex (BMI) aufweisen, der nicht zwischen 18.00-34.99 liegt (dieser Index gilt für Personen im Alter ab 18 Jahren);**
- **auf eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation warten;**
- **bereits eine Operation gehabt oder eine Diagnose erhalten haben oder die auf die Ergebnisse von Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen warten:**
  - **Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome (gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen anzugeben, 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);**
  - **Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris;**
  - **Hirngefäßerkrankungen wie: Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma;**
  - **chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz;**
  - **chronische Virus-Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa;**
  - **Nephrose, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern, Diabetes (Typ 1 und 2);**

- **Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematodes, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis;**

- **Hypercholesterinämie (über 250 mg/dL trotz Behandlung), arterielle Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierte Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion;**
- **denen eine Invalidität von 25% oder mehr zuerkannt wurde oder die diese beantragt haben;**
- **die sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen haben, wie z.B.: Magnetresonanz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben;**

Traf auf den Versicherten bereits vor Abschluss der Police eine dieser Bedingungen zu, verliert diese ihre Wirkung und jegliche Gültigkeit für diesen Versicherten.
Sobald der Versicherer obige Umstände erfahren hat, wird er binnen 45 Tagen nach Außerkrafttreten der Police den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer erstatten, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende der Laufzeit, für welche die Prämie ursprünglich bezahlt worden war, bezieht.

Für die Deckung „Dental" laut Art. 79. VERSICHERUNGSPLAN D - gelten lediglich der erste, zweite und dritte Absatz dieses Artikels.

Art. 77 - Voraussetzungen
Die Risikoübernahme durch den Versicherer erfolgt auf Grundlage der Daten, die in dem im Versicherungsantrag enthaltenen Gesundheitsfragebogen bereitgestellt werden, sowie auf Grundlage der Bestimmungen von Art. 76 Personen, die nicht versicherbar sind.
Der Gesundheitsfragebogen ist von Versicherten auszufüllen, deren Alter zwischen 65 und 70 vollendeten Jahren liegt.
Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung 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.

Art. 78 - Gegenstand der Versicherung
Die Versicherung übernimmt innerhalb der durch die Höchstbeträge und die Versicherungsbedingungen gesetzten Grenzen die vom Versicherten getragenen Ausgaben, die durch Krankheiten oder Unfälle bedingt werden, die nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit eintreten, unbeschadet der Wartezeiten gemäß Art. 82.
Wird die Versicherung vom Versicherungsnehmer mit der Formel **„Familiengruppe" abgeschlossen, gelten die Höchstbeträge der Deckungen Behandlungskosten, fachärztliche Untersuchungen sowie physiotherapeutische und Reha-Behandlungen als Gesamtgrenze für die Exposition des Versicherers bei einem oder mehreren Schadensfällen, die sich in einem Versicherungsjahr ereignet und einen oder mehrere Mitglieder der in der Police angegebenen Familiengruppe betroffen haben.**

Der Versicherte kann wählen, welchen der folgenden Versicherungspläne mit den jeweils festgelegten Deckungen er erwerben möchte und diese in der Police angegebene Entscheidung bestimmt die versicherten Leistungen:

VERSICHERUNGSPLAN	DAZUGEHÖRENDE DECKUNGEN
A	„Tagegeld" „Surgical Cash"
B	„Tagegeld" „Surgical Cash" „Gerätediagnostik" „Fachärztliche Untersuchungen"
C	„Erstattung von Behandlungskosten" „Gerätediagnostik" „Fachärztliche Untersuchungen" „Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen" „Prävention - Check-up"
D	„Dental"

Art. 79 - Inhalte der Deckungen

VERSICHERUNGSPLAN „A“

Deckungen für Krankenhausleistungen

A.1. Tagegeld

Diese Deckung erkennt dem Versicherten im Falle einer stationären Aufnahme mit oder ohne Operation (unter Aufenthaltstag ist ein Tag mit Übernachtung zu verstehen), einschließlich Entbindung und medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs, unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten ein Tagegeld zu.
Bei der Berechnung der Aufenthaltstage gelten der erste und letzte Tag gemeinsam als ein ganzer Tag.

Das Tagegeld wird zuerkannt, falls die stationäre Aufnahme nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Das Tagegeld wird auch im Falle von Tagesklinik / Tageschirurgie zuerkannt.

Die Krankenhausleistungen müssen erbracht werden durch:

- Eine private oder öffentliche Krankenhauseinrichtung;
- Eine über einen Rahmenvertrag mit dem Nationalen Gesundheitsdienst SSN verbundene private Krankenhauseinrichtung.

Das Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie lässt sich mit der Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash“ (A.2.) kombinieren.

Deckungssummen

Das versicherte Tagegeld ist in nachstehender Tabelle angegeben, **wobei die Beträge pro Person und Versicherungsjahr gelten.**

TAGEGELD (ÖFFENTLICHE UND PRIVATE EINRICHTUNG)	
Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation	€ 100 pro Tag Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung, maximal über 200 Tage
Tagesklinik / Tageschirurgie	50% des Tagegelds über maximal 50 Tage

A.2. Surgical Cash

Diese Deckung erkennt dem Versicherten im Falle einer stationären Aufnahme mit Operation, bei Tageschirurgie oder ambulanter Operation unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten ein pauschales festes Tagegeld zu.
Die Entschädigung wird zuerkannt, falls das Ereignis nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Die Operationen sind einzeln definiert und in 7 Kategorien gegliedert, für welche unterschiedliche Entschädigungen je nach Komplexität des chirurgischen Eingriffs vorgesehen sind. Jeder Kategorie wird laut nachstehender zusammenfassender Tabelle eine bestimmte Entschädigung zugeteilt.

Im Laufe eines Versicherungsjahrs kann die maximale Entschädigung pro einzelnem Versicherten das Doppelte einer Entschädigung der Kategorie VII nicht übersteigen.
Die von der Versicherung übernommenen chirurgischen Eingriffe sind in Anhang 2 „Einteilung der Operationen in Kategorien“ aufgelistet. Wird in dieser Liste eine Pathologie anstelle eines Operationsverfahrens genannt, so ist damit „Operation bei“ oder „Entfernung von“ gemeint. Bei einem nicht spezifisch in Anhang 2 „Einteilung der Operationen in Kategorien“ aufgeführten chirurgischen Eingriff wird die Zuteilung der Operation, deren Entschädigung beantragt wurde, auf Grundlage von Entsprechungskriterien nach ärztlicher Beurteilung seitens des Versicherers unter Bezugnahme auf die nach Erkrankung und angewandter chirurgischer Technik ähnlichste der aufgeführten Operationen festgelegt. Falls aufgrund derselben Pathologie mehrere Operationen anfallen und an demselben Organ, Gewebe oder derselben Gliedmaße erfolgen, leistet der Versicherer die vorgesehene Entschädigung ein einziges Mal im Versicherungsjahr, dem der Schadensfall zugeteilt wird.
Werden hingegen im Laufe derselben Operation zwei oder mehrere Eingriffe vorgenommen, zahlt der Versicherer eine einzige Entschädigung an den Versicherten, wobei die Operation der höchsten Kategorie zugrunde gelegt wird.
Keine Entschädigung erfolgt, falls sich die Operation auf Grundlage der vorstehend festgelegten Regeln nicht einteilen lässt.

Die Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash" lässt sich mit dem Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie (A1) kombinieren.

Deckungssummen

Die Entschädigungen für die jeweilige Operation sind in nachstehender Tabelle angegeben und gelten pro Person und Versicherungsjahr.

SURGICAL CASH				
Stationäre Aufnahme mit Operation Tageschirurgie Ambulant durchgeführte Operation	Entschädigung anhand von 7 nach Schwierigkeitsgrad der Operation gegliederten Kategorien			
	Operationskategorie	**Beispiel einer Operation**	**Privat (€)**	**SSN (€)**
	I	Entfernung einer Zyste	200	100
	II	Adenoidektomie	400	200
	III	Meniskektomie (in Arthroskopie) (vollständige Behandlung)	1.500	750
	IV	Reparatur bei Ruptur der Rotatorenmanschette der Schulter	2.000	1.000
	V	Mammarekonstruktion nach radikaler Mastektomie	4.000	2.000
	VI	Prothese Hüftgelenk	8.000	4.000
	VII	Lungentransplantation	15.000	7.500

VERSICHERUNGSPLAN „B"

Deckungen für Krankenhausleistungen

B.1. Tagegeld

Diese Deckung erkennt dem Versicherten im Falle einer stationären Aufnahme mit oder ohne Operation (unter Aufenthaltstag ist ein Tag mit Übernachtung zu verstehen), einschließlich Entbindung und medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs, unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten ein Tagegeld zu.
Bei der Berechnung der Aufenthaltstage gelten der erste und letzte Tag gemeinsam als ein ganzer Tag.

Das Tagegeld wird zuerkannt, falls die stationäre Aufnahme nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.
Das Tagegeld wird auch im Falle von Tagesklinik / Tageschirurgie zuerkannt.

Die Krankenhausleistungen müssen erbracht werden durch:

- Eine private oder öffentliche Krankenhauseinrichtung;
- Eine über einen Rahmenvertrag mit dem Nationalen Gesundheitsdienst SSN verbundene private Krankenhauseinrichtung.

Das Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie lässt sich mit der Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash" (B2) kombinieren.

Deckungssummen

Das versicherte Tagegeld ist in nachstehender Tabelle angegeben, **wobei die Beträge pro Person und Versicherungsjahr gelten.**

TAGEGELD (ÖFFENTLICHE UND PRIVATE EINRICHTUNG)	
Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation	€ 100 pro Tag Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung, maximal über 200 Tage
Tagesklinik / Tageschirurgie	50% des Tagegelds über maximal 50 Tage

B.2. Surgical Cash
Diese Deckung erkennt dem Versicherten im Falle einer stationären Aufnahme mit Operation, bei Tageschirurgie oder ambulanter Operation unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten ein pauschales festes Tagegeld zu.
Die Entschädigung wird zuerkannt, falls die stationäre Aufnahme nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Die Operationen sind einzeln definiert und in 7 Kategorien gegliedert, für welche unterschiedliche Entschädigungen je nach Komplexität des chirurgischen Eingriffs vorgesehen sind. Jeder Kategorie wird laut nachstehender zusammenfassender Tabelle eine bestimmte Entschädigung zugeteilt.

Im Laufe eines Versicherungsjahrs kann die maximale Entschädigung pro einzelnem Versicherten das Doppelte einer Entschädigung der Kategorie VII nicht übersteigen.
Die von der Versicherung übernommenen chirurgischen Eingriffe sind in Anhang 1 „Einteilung der Operationen in Kategorien" aufgelistet. Wird in dieser Liste eine Pathologie anstelle eines Operationsverfahrens genannt, so ist damit „Operation bei" oder „Entfernung von" gemeint. Bei einem nicht spezifisch in Anhang 1 „Einteilung der Operationen in Kategorien" aufgeführten chirurgischen Eingriff wird die Zuteilung der Operation, deren Entschädigung beantragt wurde, auf Grundlage von Entsprechungskriterien nach ärztlicher Beurteilung seitens des Versicherers unter Bezugnahme auf die nach Erkrankung und angewandter chirurgischer Technik ähnlichste der aufgeführten Operationen festgelegt. Falls aufgrund derselben Pathologie mehrere Operationen anfallen und an demselben Organ, Gewebe oder derselben Gliedmaße erfolgen, leistet der Versicherer die vorgesehene Entschädigung ein einziges Mal im Versicherungsjahr, dem der Schadensfall zugeteilt wird.
Werden hingegen im Laufe derselben Operation zwei oder mehrere Eingriffe vorgenommen, zahlt der Versicherer eine einzige Entschädigung an den Versicherten, wobei die Operation der höchsten Kategorie zugrunde gelegt wird.
Keine Entschädigung erfolgt, falls sich die Operation auf Grundlage der vorstehend festgelegten Regeln nicht einteilen lässt.

Die Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash" lässt sich mit dem Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie (B1) kombinieren.

Deckungssummen
Die Entschädigungen für die jeweilige Operation sind in nachstehender Tabelle angegeben und gelten pro Person und Versicherungsjahr.

SURGICAL CASH				
Stationäre Aufnahme mit Operation Tageschirurgie Ambulant durchgeführte Operation	Entschädigung anhand von 7 nach Schwierigkeitsgrad der Operation gegliederten Kategorien			
	Operationskategorie	**Beispiel einer Operation**	**Privat (€)**	**SSN (€)**
	I	Entfernung einer Zyste	200	100
	II	Adenoidektomie	400	200
	III	Meniskektomie (in Arthroskopie) (vollständige Behandlung)	1.500	750
	IV	Reparatur bei Ruptur der Rotatorenmanschette der Schulter	2.000	1.000
	V	Mammarekonstruktion nach radikaler Mastektomie	4.000	2.000
	VI	Prothese Hüftgelenk	8.000	4.000
	VII	Lungentransplantation	15.000	7.500

Deckungen anderer medizinischer Leistungen

B.3. Gerätediagnostik
Diese Deckung umfasst die Erstattung bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen der Ausgaben für Gerätediagnostik (einschließlich Amniozentese und Chorionzottenbiopsie bei bekannter oder vermuteter Anomalie des Fötus oder bei Schwangeren über 35 Jahren), die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten

sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Ausgeschlossen sind:
- Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft
- nicht invasive genetische Pränataldiagnostik (wie Harmony Test, Prenatal Safe)
- Untersuchungen im Vorfeld von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlungen, die nicht von einem Unfall herrühren.

Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet.

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.

GERÄTEDIAGNOSTIK (Technologische Diagnostik, Untersuchungen, Labordiagnostik)		
Jährlicher Höchstbetrag		€ 5,000
Berechnung Selbstbeteiligungen	In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15%
	In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 25%
	Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	Erstattung zu 100%

B.4. Fachärztliche Untersuchungen
Diese Deckung umfasst die Erstattung bis zum Höchstbetrag und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen von Ausgaben für:
- Arzthonorare für fachärztliche Untersuchungen unter Ausschluss von Kontrolluntersuchungen beim Kinderarzt sowie von Untersuchungen durch Zahnärzte und Kieferorthopäden, wenn diese nicht durch einen Unfall notwendig gemacht werden,
- Häusliche pflegerische Versorgung (bei Verordnung durch Haus- oder Facharzt),

die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit anfallen und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich sind, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet.

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.

FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN		
Jährlicher Höchstbetrag Fachärztliche Untersuchungen		€ 1.000
Berechnung Selbstbeteiligungen	In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15%
	In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 25%
	Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	Erstattung zu 100%
Häusliche Pflegerische Versorgung		€ 50 pro Tag (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)

VERSICHERUNGSPLAN „C“

Deckungen für Krankenhausleistungen

C.1. Erstattung von Behandlungskosten
Diese Deckung umfasst die Erstattung bis Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen von Behandlungskosten, die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit anfallen und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich sind, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.
Entbindung und medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch sind abgedeckt.

Falls ein stationärer Aufenthalt während der Laufzeit des Versicherungsschutzes begonnen hat und erst nach Ende von dessen Gültigkeit endet, übernimmt der Versicherer innerhalb der in nachstehender Tabelle aufgeführten Grenzen die Ausgaben:

- bis zum Datum der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung;
- für Leistungen, die im Zeitraum NACH dem Krankenhausaufenthalt erbracht werden, vorausgesetzt dass diese in direktem Zusammenhang damit stehen.

Unbeschadet der Bestimmungen im vorigen Absatz werden die Ausgaben für Behandlungen / Leistungen nicht anerkannt, die nach Ende der Laufzeit des Versicherungsschutzes erbracht und abgerechnet werden, auch wenn sie sich auf Erkrankungen oder Unfälle beziehen, die während der Versicherungslaufzeit diagnostiziert worden bzw. aufgetreten sind.

Nachstehend die unter dieser Deckung übernommenen Behandlungskosten:

1. **Behandlungskosten für stationäre Aufnahme mit oder ohne Operation, Tagesklinik / Tageschirurgie und ambulant durchgeführte Operationen**

Innerhalb der Höchstgrenze werden erstattet:

AUSGABEN VOR
Fachärztliche Untersuchungen, Geräte- und Labordiagnostik (einschließlich diesbezüglicher Arzthonorare), vorausgesetzt dass diese vor und im Zusammenhang mit der Stationären Aufnahme mit oder ohne Operation, der Behandlung in der Tagesklinik / Tageschirurgie oder der ambulanten Operation durchgeführt werden.

AUSGABEN BEI
Geräte- und Labordiagnostik, medizinische Versorgung, Pflege durch Krankenpflegepersonal und Hebammen, Therapie, physiotherapeutische und Reha-Behandlungen, Arzneimittel, Honorare des Ärzteteams (das aus dem OP-Bericht hervorgeht), OP-Material (einschließlich Endoprothesen), Benutzungsgebühr für OP-Saal, stationäre Krankenhausunterbringung (ohne Ausgaben für Konsumgüter).
Bei ambulant durchgeführten Operationen sind die Kosten für die Krankenhausunterbringung ausgeschlossen.

AUSGABEN NACH
Fachärztliche Untersuchungen, Geräte- und Labordiagnostik (einschließlich diesbezüglicher Arzthonorare), Arzneimittel, ärztliche, chirurgische und pflegerische Leistungen, physiotherapeutische und Reha-Behandlungen (nur bei Operationen), Thermalkuren bei Indikation für die Pathologie, welche die Operation erforderlich gemacht hat (unter Ausnahme der Unterbringungskosten), vorausgesetzt dass diese nach und im Zusammenhang mit der Stationären Aufnahme mit oder ohne Operation, der Behandlung in der Tagesklinik / Tageschirurgie oder der ambulanten Operation durchgeführt werden.

2. **Behandlungskosten bei natürlicher Geburt, Kaiserschnitt / medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch**

Es werden die oben beschriebenen AUSGABEN VOR, BEI und NACH dem Eingriff erstattet.
Die Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten innerhalb des in nachstehender Tabelle angegebenen **Teil-Höchstbetrags** erstattet.
Der Teil-Höchstbetrag umfasst auch die Ausgaben für die stationäre Krankenhausunterbringung von Mutter und Neugeborenem.

3. **Behandlungskosten für Refraktive Chirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeit**

Im Falle von:

- Anisometropie von über 4 Dioptrien oder
- Fehlsichtigkeit pro Auge von 5 Dioptrien oder mehr

werden die oben beschriebenen AUSGABEN VOR, BEI und NACH dem Eingriff erstattet.
Die Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten innerhalb des in nachstehender Tabelle angegebenen **Teil-Höchstbetrags** erstattet.
Der Teil-Höchstbetrag umfasst auch etwaige Ausgaben für die stationäre Krankenhausunterbringung.

4. **Behandlungskosten des Neugeborenen**

Für das Neugeborene werden die oben beschriebenen AUSGABEN VOR, BEI und NACH der Geburt unter Wahrung des in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Teil-Höchstbetrags erstattet.
Damit diese Deckung wirksam wird, müssen beide Eltern versichert sein.
Das Neugeborene steht bis zur Vollendung des ersten Lebensjahrs unter dem Versicherungsschutz der Police des Elternteils, ohne dass eine zusätzliche Prämie bezahlt wird:

- für Krankenhausleistungen;
- mit den gleichen Höchstbeträgen für die Krankenhausleistungen, die für das Elternteil gelten, unbeschadet der eigens für das Neugeborene festgelegten Teil-Höchstbeträge;
- unbeschadet Selbstbeteiligungen, Selbstbehalte und Bedingungen der Police.

Mit dem für das Neugeborene geltenden Teil-Höchstbetrag werden nur Operationen für die Beseitigung oder Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und körperlichen Defekten abgedeckt, die innerhalb des ersten Lebensjahrs durchgeführt werden.
Soll der Versicherungsschutz nach Ablauf des ersten Lebensjahrs weiter für das Neugeborene erhalten bleiben, ist - falls dieses gemäß Policebedingungen versicherbar ist - die entsprechende Prämie zu entrichten.

Es werden in diesem Fall keine Wartezeiten berechnet.

5. Ersatzentschädigung

Mit Bezugnahme allein auf die stationäre Aufnahme mit oder ohne Operation (unter Aufenthaltstag ist ein Tag mit Übernachtung zu verstehen), einschließlich Entbindung und medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs, zahlt der Versicherer, falls die Leistungen vollständig vom nationalen Gesundheitsdienst SSN übernommen werden, eine Ersatzentschädigung an den Versicherten.
Diese Entschädigung wird auch im Falle von Tagesklinik / Tageschirurgie zuerkannt.

Die Ersatzentschädigung **gilt nicht** bei:

- Ambulant durchgeführter Operation;
- Refraktiver Chirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeit;
- Aufenthalt in den Räumen der Notaufnahme/im Wartezimmer, falls darauf keine stationäre Aufnahme in derselben Krankenhauseinrichtung folgt.

Falls genannte Ausgaben nur zum Teil vom nationalen Gesundheitsdienst SSN übernommen werden, kann der Versicherte zwischen Ersatzentschädigung oder Erstattung der zu seinen Lasten verbliebenen Ausgaben wählen.

Ferner werden die AUSGABEN VOR, BEI und NACH dem Eingriff wie oben beschrieben ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten zuerkannt.

Die Ersatzentschädigung wird ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten zuerkannt.

6. Ausgaben für Verpflegung und Übernachtung einer Begleitperson

Die Ausgaben für Verpflegung und Übernachtung einer Begleitperson in der Krankenhauseinrichtung oder Hotelstruktur (falls direkt in der Krankenhauseinrichtung keine Unterbringungsmöglichkeit gegeben ist) werden mit der Tagesgrenze und der Höchstzahl an Tagen übernommen, die in folgender Tabelle angegeben sind.
Diese Ausgaben **werden nicht übernommen** bei:

- Ambulant durchgeführter Operation;
- Refraktiver Chirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeit.

7. Transportkosten des Versicherten

Die Transportkosten des Versicherten zur Krankenhauseinrichtung, für die Überführung von einer Krankenhauseinrichtung in eine andere sowie für die Heimkehr in die eigene Wohnung mit medizinisch ausgerüsteten Fahrzeugen werden sowohl in Italien als auch im Ausland übernommen.
Es wird darauf hingewiesen, dass die Wahl des für den Transport gewählten Verkehrsmittels allein vom Arzt der Betriebszentrale auf Grundlage des Gesundheitszustands des Patienten getroffen wird.

8. Rückführung des Leichnams

Im Falle des Ablebens des Versicherten im Ausland infolge von Krankheit oder Unfall werden die Transportkosten für die Überführung des Leichnams zum Begräbnisort in Italien übernommen.
Ausgeschlossen sind hingegen die Ausgaben für Trauerfeier und Beerdigung.

9. Behandlungskosten im Sinne von Zuzahlungen zu den vom nationalen Gesundheitsdienst erbrachten Krankenhausleistungen

Die in der Form von Zuzahlungen getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet.

Deckungssummen

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police, unbeschadet der Bestimmungen für „Behandlungskosten des Neugeborenen“ (4).

STATIONÄRE AUFNAHME - Erstattung von Behandlungskosten	
Jährlicher Höchstbetrag	€ 200.000
Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation	
Tagesklinik / Tageschirurgie	
Ambulant durchgeführte Operation	
Anwendung Selbstbeteiligungen / Selbstbehalte:	
In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)	
- Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation	Erstattung zu 100%
- Tagesklinik / Tageschirurgie und ambulant durchgeführte Operation	Erstattung zu 100%
In Nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)	
- Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 20%
- Tagesklinik / Tageschirurgie und ambulant durchgeführte Operation	mit Berechnung eines Selbstbehalts von € 200

Ausgaben VOR und NACH Eingriffen	90 Tage davor / 90 Tage danach
Teil-Höchstbeträge:	
Natürliche Entbindung (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)	€ 2.000 (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Kaiserschnitt / medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)	€ 4.000 (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Refraktive Chirurgie (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)	€ 1.000 pro Auge (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Neugeborenes (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag) Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und körperlichen Defekten innerhalb des ersten Lebensjahrs	€ 100.000 (mit Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Grenzen für stationäre Unterbringungskosten (nur für nicht vertraglich angeschlossene Krankenhauseinrichtungen)	€ 350 pro Tag
Ersatzentschädigung Ausgaben VOR und NACH Eingriffen, Ersatzentschädigung	€ 150 pro Tag, maximal über 100 Tage € 75 pro Tag für Tagesklinik / Tageschirurgie 90 Tage davor / 90 Tage danach (Erstattung zu 100%)
Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson	€ 50 pro Tag über maximal 50 Tage (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten)
Transport des Versicherten	€ 3.000 (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Rückführung des Leichnams	€ 3.000 (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	Erstattung zu 100%

Deckungen anderer medizinischer Leistungen

C.2. Gerätediagnostik

Diese Deckung umfasst die Erstattung bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen der Ausgaben für Gerätediagnostik (einschließlich Amniozentese und Chorionzottenbiopsie bei bekannter oder vermuteter Anomalie des Fötus oder bei Schwangeren über 35 Jahren), die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Ausgeschlossen sind:

- Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft
- nicht invasive genetische Pränataldiagnostik (wie Harmony Test, Prenatal Safe)
- Untersuchungen im Vorfeld von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlungen, die nicht von einem Unfall herrühren.

Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet.

Deckungssummen

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.

GERÄTEDIAGNOSTIK (Technologische Diagnostik, Untersuchungen, Labordiagnostik)		
Jährlicher Höchstbetrag		€ 5,000
Berechnung Selbstbeteiligungen	In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15%

	In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung) Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 25% Erstattung zu 100%

C.3. Fachärztliche Untersuchungen
Diese Deckung umfasst die Erstattung bis zum Höchstbetrag und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen von Ausgaben für:

- Arzthonorare für fachärztliche Untersuchungen unter Ausschluss von Kontrolluntersuchungen beim Kinderarzt sowie von Untersuchungen durch Zahnärzte und Kieferorthopäden, wenn diese nicht durch einen Unfall notwendig gemacht werden,
- Häusliche pflegerische Versorgung (bei Verordnung durch Haus- oder Facharzt),

die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit anfallen und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich sind, der während der Vertragslaufzeit aufgetreten ist, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet.

Deckungssummen
Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.

FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN		
Jährlicher Höchstbetrag Fachärztliche Untersuchungen		€ 1.500
Berechnung Selbstbeteiligungen	In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15%
	In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 25%
	Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	Erstattung zu 100%
Häusliche Pflegerische Versorgung		€ 50 pro Tag (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)

C.4. Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen
Diese Deckung umfasst die Erstattung bis zum Höchstbetrag und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen von Ausgaben, die für physiotherapeutische und Reha-Behandlungen getragen worden sind, die bei Krankenhauseinrichtungen oder medizinischen Zentren durch einen

regulär zugelassenen Facharzt oder Physiotherapeuten oder einen Medizinberufler mit gleichwertiger, in Italien anerkannter Befähigung infolge einer Krankheit oder eines Unfalls vorgenommen worden sind.

Deckungssummen
Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.

PHYSIOTHERAPEUTISCHE UND REHA-BEHANDLUNGEN	
Jährlicher Höchstbetrag	€ 1.000 mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15%

C.5. Prävention - Check-up
Diese Deckung gilt **nur für Versicherte im Alter ab 30 Jahren** und dient der Überwachung des Gesundheitszustands.
Das Paket Prävention - Check-up hat zu erfolgen:

- an einem einzigen Termin;
- einmal pro Jahr bei einer Vertragseinrichtung, indem im Vorfeld die Direktzahlung über die Betriebszentrale veranlasst wird.

Nachstehend werden die zum Paket Prävention - Check-up gehörenden Leistungen aufgelistet:

Für die Frau	Für den Mann

Labordiagnostik - Harnstoff - Chlorid, Natrium, Kalium - Gesamtcholesterin (LDL, HDL) - Kreatinin - Großes Blutbild - Gamma GT - Blutzucker - CRP - T3 - T4 - TSH - Transaminasen - Triglyceride - Harnsäure - Urinstatus - Pap-Test Brustultraschall/Mammographie (letztere > **40** Jahren) HBV-Oberflächenantigen - Anti-HBs-AK Unterbauchultraschall	**Labordiagnostik** - Harnstoff - Chlorid, Natrium, Kalium - Gesamtcholesterin (LDL, HDL) - Kreatinin - Großes Blutbild - Gamma GT - Blutzucker - CRP - T3 - T4 - TSH - Transaminasen - Triglyceride - Harnsäure - Urinstatus EKG (Elektrokardiogramm) PSA-Wert (> 40 Jahren) HBV-Oberflächenantigen - Anti-HBs-AK Unterbauchultraschall

VERSICHERUNGSPLAN „D“

Dental

D.1. Dental
Diese Deckung umfasst bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in nachstehender Tabelle „Versicherte Zahnärztliche Leistungen“ angegebenen Grenzen die Zahnarztkosten, die - unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82 - nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit anfallen und durch eine Krankheit oder einen Unfall verursacht worden sind, der während der Vertragslaufzeit aufgetreten ist (unbeschadet dessen gilt, dass die zahnärztliche Vorsorge nicht durch Krankheit oder Unfall bedingt wird), für:
Leistungen bei Zahnärztlichem Notfall;
Leistungen für die Zahnärztliche Vorsorge.

Der Versicherer garantiert dem Versicherten die Leistungen bei „Zahnärztlichem Notfall“ sowie für die „Zahnärztliche Vorsorge“ sowohl bei Vertragseinrichtungen (Direktzahlung), indem die Direktzahlung im Voraus aktiviert wird, als auch bei nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen (nachträgliche Erstattung).

Die Leistungen, die nach Aktivierung der Direktzahlung bei den Vertragseinrichtungen in Anspruch genommen werden, sind kostenlos für den Versicherten; die Ausgaben werden mit unbeschränktem Höchstbetrag und ohne Beschränkung der Nutzungshäufigkeit vollständig vom Versicherer getragen, mit Ausnahme der „Leistungen zahnärztliche Vorsorge“, die pro einzelner Leistungsart höchstens 2 Mal pro Versicherungsjahr und Versicherten in Anspruch genommen werden können.

Falls sich der Versicherte für nicht vertraglich gebundene Einrichtungen entscheidet (nachträgliche Erstattung):
- darf der vom Versicherer zuerkannte Höchstbetrag für jede einzelne Leistungsart nicht über dem Betrag liegen, der in der Tabelle Versicherte Zahnärztliche Leistungen in der Spalte „Behandlungen in nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen (Erstattung)“ aufgeführt ist;
- können die „Leistungen zahnärztliche Vorsorge“ für jede einzelne Leistungsart **höchstens 2 Mal pro Versicherungsjahr und Versicherten** in Anspruch genommen werden;
- **beträgt die maximale Gesamtgrenze der Übernahme durch den Versicherer € 1.000,00 pro Versicherten und Versicherungsjahr**.

Da Vertragseinrichtungen nur innerhalb des italienischen Staatsgebiets vorhanden sind, erstattet der Versicherer im Falle von Zahnbehandlungen im Ausland den vom Versicherten getragenen Betrag innerhalb der von der Deckung vorgesehenen Grenzen und Höchstbeträge.

Tabelle der Versicherten Zahnärztlichen Leistungen
Die in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen gelten pro Leistung.

LEISTUNGEN ZAHNÄRZTLICHER NOTDIENST				
Code	**Beschreibung**	**Durchgeführte Behandlungen**	**Durchgeführte Behandlungen**	**Wartezeiten**

		in Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)	in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)	
SD01	Örtliche Betäubung pro Zahnelement (oder Abschnitt)	Für den Versicherten kostenfreie Leistungen. Die Kosten werden von der Versicherungsgesellschaft übernommen.	**€ 16,50**	**30 Tage**
SD02	Röntgenaufnahme von 1 oder 2 benachbarten Zähnen oder intraorale Aufnahme von 2 benachbarten Elementen		**€ 16,50**	
SD03	Röntgenaufnahme zur Überwachung des Behandlungsverlaufs		**€ 12,75**	
SD12	Füllung für einfache Karies, Kavitätenklasse I und V nach Black		**€ 30,00**	
SD13	Füllung für tiefe Karies, Kavitätenklasse II nach Black, zwei Seitenwände		**€ 52,50**	
SD17	Rekonstruktion mit Zahnkrone aus Amalgam mit mehreren Höckern		**€ 71,25**	
SD18	Rekonstruktion mit Zahnkrone aus Kompositmaterial - farblich abgestimmt		**€ 90,00**	
SD30	Einfaches Ziehen von Zahn oder Wurzel		**€ 22,50**	
SD37	Wiedereinsetzen eines ausgeschlagenen Zahnes		**€ 60,00**	
SD54	Wurzelbehandlung - Entfernung des Nervs und Füllung eines Wurzelkanals		**€ 52,50**	
SD55	Wurzelbehandlung - Entfernung des Nervs und Füllung von zwei Wurzelkanälen		**€ 82,50**	
SD56	Wurzelbehandlung - Entfernung des Nervs und Füllung von drei Wurzelkanälen		**€ 120,00**	
SD57	Wurzelkanalspülungen und Untersuchungstermine		**€ 26,25**	
SD94	Reparatur von Brüchen der Acrylbasis von Teil- und Vollprothesen durch die Zahnarztpraxis, medizinische Behandlung bei Prothesenstomatitis		**€ 30,00**	

LEISTUNGEN ZAHNÄRZTLICHE VORSORGE				
Code	**Beschreibung**	**Durchgeführte Behandlungen in Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)**	**Durchgeführte Behandlungen in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)**	**Wartezeiten**
SD00	Klinische Untersuchung (Diagnose, Prognose und Behandlungsplan)	Für den Versicherten kostenfreie Leistungen. Die Kosten werden von der Versicherungsgesellschaft übernommen.	**€ 10,00**	**30 Tage**
SD08	Zahnsteinentfernung am gesamten Gebiss mit Ultraschall oder manueller, geschlossener Kürettage; Anweisung zur korrekten Verwendung von Zahnbürste, Zahnseide, Mundhygiene		**€ 41,25**	
SD11	Fluoridierung des Zahnschmelzes (Politur); topische Anwendung von Spurenelementen		**€ 15,00**	

Art. 80 – Ausschlüsse
80.1. Ausschlüsse, die für die Deckungen „Tagegeld“, „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“, „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“ gelten.

Die Versicherung gilt nicht für:

1. **vorbestehende Erkrankungen laut Art. 81;**
2. **Leistungen, die nicht in Verbindung mit der Indikation laut gesicherter oder vermuteter Diagnose und dem Datum**

des Auftretens stehen, es sei denn, sie fallen unter die Deckung „Prävention - Check-up“ (Art. 79 - C.5);

3. Ausgaben für Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie, wenn keine bekannte oder vermutete Anomalie des Fötus vorliegt oder wenn die Schwangere nicht älter als 35 Jahre ist;
4. Ausgaben für Behandlungen / Leistungen, die nach Ende der Laufzeit des Versicherungsschutzes erbracht und abgerechnet werden, auch wenn sie sich auf Erkrankungen oder Unfälle beziehen, die während der Versicherungslaufzeit diagnostiziert worden bzw. aufgetreten und während der Laufzeit gemeldet worden sind (unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 79, C.1, zweiter Absatz);
5. stationäre Aufnahmen, die der Versicherte benötigt, nachdem bei ihm eine bleibende Pflegebedürftigkeit für die Verrichtung alltäglicher Handlungen eingetreten ist, sowie für Langzeitkrankenhausaufenthalte, wenn die stationäre Aufnahme vor allem aufgrund des Bedarfs an Pflegeleistungen oder physiotherapeutischer Behandlungen zur Aufrechterhaltung bestimmter Funktionen benötigt wird;
6. Ausgaben für Routineleistungen und/oder Kontrolluntersuchungen (z. B.: Kontrolluntersuchung bei Frauen- oder Augenarzt), wenn diese nicht unter die Deckung „Prävention - Check-up“ (Art. 79 - C.5) fallen, Impfungen, allgemeinmedizinische und kinderärztliche Routineleistungen;
7. Ausgaben für Akupunktur, Logopädie, physiotherapeutische Behandlungen (es sei denn, diese sind vom gewählten Versicherungsplan erfasst);
8. Leistungen, die nicht durch eine (gesicherte oder vermutete) Diagnose begründet werden, sowie Leistungen, die aufgrund erblicher Veranlagung oder genetischer Prädisposition erbracht werden;
9. Ausgaben, die durch Einrichtungen erbracht werden, die nicht gemäß Gesetz zugelassen sind, sowie Honorare von Fachärzten, die nicht bei der zuständigen Ärztekammer eingetragen sind bzw. nicht über die Berufszulassung verfügen;
10. Leistungen, die nicht bei Krankenhauseinrichtungen, medizinischen Zentren oder Fachärzten erbracht werden, mit Ausnahme von krankenpflegerischen und physiotherapeutischen Leistungen;
11. Arzneimittel, ärztliche und chirurgische Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der alternativen oder komplementären, nicht konventionellen oder experimentellen Medizin;
12. jegliche Krankheit, die direkt oder indirekt mit einer HIV-Infektion verbunden ist, sowie sexuell übertragene Erkrankungen;
13. Unfälle, Pathologien, Vergiftungen, die durch Alkoholsucht, Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen (mit Ausnahme der therapeutischen Verabreichung) oder Betäubungsmitteln verursacht werden;
14. Unfälle, die im Zustand der Trunkenheit am Steuer von Fahrzeugen allgemein oder infolge eigener Straftaten erlitten werden;
15. Leistungen, die infolge von selbst beigebrachten Verletzungen, Selbstmordversuchen oder waghalsigen Taten erforderlich geworden sind, es sei denn, letztere werden vom Versicherten im Wege der menschlichen Solidarität oder Notwehr begangen;
16. Unfälle, die auf die Ausübung von Profisport sowie von professionellen Wettkämpfen und den damit verbundenen Testläufen und Trainingseinheiten zurückzuführen sind;
17. Unfälle, die auf die Ausübung folgender Sportarten zurückzuführen sind: Ski- oder Wasserskispringen, Freestyle-Skiing, Bob, Rugby, Gerätetauchen, American Football, Boxen oder andere Sportarten, bei denen der Einsatz eines Zahnschutzes vorgeschrieben ist, Schwerathletik, Ringen in allen Formen, Bergsteigen mit Klettern im Fels und Gletscher mit Schwierigkeitsgrad über der dritten Stufe der französischen Skala, Speläologie, Luftsportarten (einschließlich des Fliegens mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und ähnlichen), Sportarten mit Einsatz von Motorfahrzeugen und -booten (sowie deren Rennen, Wettbewerbe, Testläufe), Mountainbike und „Downhill“ sowie Profiwettbewerbe und die dazugehörenden Rennen, Wettkämpfe, Testläufe und Trainings;
18. Unfälle, die bei der Handhabung von Feuerwerkskörpern sowie bei Einsatz und Produktion von Sprengstoffen auch bei nicht beruflicher Tätigkeit auftreten;
19. Ereignisse, die infolge nuklearer, biologischer oder chemischer Kontamination auftreten, direkte oder indirekte Folgen der Umwandlung des Atomkerns, ebenso wie Strahlung, die durch die künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen - mit Ausnahme der medizinischen Anwendung - hervorgerufen wird;
20. die Folgen von Krieg, Bürgerkrieg, Aufständen, Volksunruhen, Attentaten oder gewaltsamen Handlungen, die politisch oder sozial begründet sind;
21. die Folgen jeder Art von terroristischen Anschlägen;
22. die Folgen von Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen, Sturmfluten und Tsunamis;
23. Anwendungen mit ästhetischem Zweck, schönheitschirurgische Behandlungen/Eingriffe sowie jede Folgebehandlung (mit oder ohne psychologische Begründung), es sei denn, diese erfolgen:
    - zum Zwecke der - ggf. auch ästhetisch bedingten - Rekonstruktion für Neugeborene und Kleinkinder bis zum

dritten Lebensjahr;
- zum Zwecke der Rekonstruktion infolge von gemäß Police entschädigungsfähigen Unfällen;
- zum Zwecke der Rekonstruktion infolge von gemäß Police entschädigungsfähigen, resezierenden Operationen aufgrund bösartiger Neoplasien;

24. psychotherapeutische Behandlungen und die infolge Psychischer Krankheiten getragenen Kosten, die unter Kapitel V. (PSYCHISCHE STÖRUNGEN) der 10. Überarbeitung der Internationalen Statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10-CM) der WHO aufgeführt sind. Ausdrücklich als ausgeschlossen gelten die klinischen Erscheinungen von hirnorganischen Psychosyndromen und Psychosen allgemein, deren Komplikationen und Folgen;
25. freiwilliger Schwangerschaftsabbruch;
26. zahnärztliche Behandlungen und Diagnostik sowie Zahnprothesen und kieferorthopädische Behandlungen;
27. Behandlungen und Operationen für die Beseitigung oder Korrektur von zum Datum des Inkrafttretens der Versicherung bereits bestehenden Körperlichen Defekten oder Angeborenen Fehlbildungen sowie von damit verbundenen Pathologien, mit Ausnahme derjenigen von Säuglingen bis Vollendung des 1. Lebensjahrs, die bei der Geburt versichert waren;
28. medizinische Leistungen, Behandlungen und Operationen bei Unfruchtbarkeit, männlicher oder weiblicher Sterilität, zur künstlichen Befruchtung, bei Impotenz sowie sämtliche medizinische Leistungen und Operationen mit dem Zweck der Änderung der Geschlechtsmerkmale;
29. Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Syndrom der unkontrollierten Nahrungsaufnahme) und jede durch diese Störung erforderte Behandlung, Bariatrische Chirurgie zur Adipositasbehandlung mit Ausnahme von Fällen von Adipositas mit Grad III (mit Körpermasseindex von 40 und höher);
30. Prothesen und orthopädische Vorrichtungen, Hörgeräte und therapeutische Geräte, ausgenommen Endoprothesen im Falle von Stationärer Aufnahme mit Operation und Tageschirurgie;
31. Behandlungen, die aus ärztlicher Sicht nicht notwendig sind und nicht durch Krankheit oder Unfall bedingt sind;
32. Brillengläser und -gestelle;
33. stationäre Aufnahme zum Zwecke eines klinischen Check-ups (Unnötige stationäre Aufnahme);
34. Ausgaben bei der Transplantatentnahme vom Spender, sowohl durch den Versicherten als auch durch Dritte im Falle von Transplantationen;
35. Leistungen, die nicht unter den einzelnen Deckungen aufgeführt sind.

80.2. Ausschlüsse von der Deckung „Dental“

Die Versicherung gilt nicht für:

1. sämtliche Leistungen und Behandlungen, die vor dem Datum des Inkrafttretens begonnen und noch nicht vollendet worden sind;
2. Leistungen, die nach Ablaufdatum oder vorzeitigem Erlöschen der Police aus beliebigem Grund durchgeführt werden, auch wenn die Krankheit oder der Unfall während der Versicherungslaufzeit aufgetreten sind;
3. zahnärztliche Behandlungen oder Leistungen, die nicht der Definition Zahnärztlicher Notfall oder Zahnärztliche Vorsorge entsprechen und/oder nicht in der Tabelle „Versicherte Zahnärztliche Leistungen“ (Art. 79 - D.1) aufgeführt sind;
4. Ausgaben, die bei Einrichtungen erfolgen, die nicht gemäß Gesetz zugelassen sind, sowie Honorare von Ärzten, die nicht bei der Ärzte- und Zahnärztekammer eingetragen sind bzw. nicht über die Berufszulassung verfügen;
5. kieferorthopädische Behandlungen und Leistungen;
6. experimentelle Verfahren oder Verfahren, deren Wirksamkeit von den wichtigsten Zahnarztverbänden nicht als wissenschaftlich nachgewiesen anerkannt wird;
7. Unfälle, die auf die Ausübung folgender Sportarten zurückzuführen sind: Ski- oder Wasserskispringen, Freestyle-Skiing, Bobsport, Rugby, Gerätetauchen, American Football, Boxen oder andere Sportarten, bei denen der Einsatz eines Zahnschutzes vorgeschrieben ist, Schwerathletik, Ringen in allen Formen, Bergsteigen mit Klettern im Fels und Gletscher mit mehr als Grad 3 der französischen Schwierigkeitsskala, Speläologie, Luftsportarten (einschließlich des Fliegens mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und ähnlichen), Sportarten mit Einsatz von Motorfahrzeugen und -booten (sowie deren Rennen, Wettbewerbe, Testläufe), Mountainbike und „Downhill“ sowie Profiwettkämpfe und die dazugehörenden Testläufe und Trainings;
8. infolge Psychischer Krankheiten getragene Kosten, die unter Kapitel V. (PSYCHISCHE STÖRUNGEN) der 10. Überarbeitung der Internationalen Statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10-CM) der Weltgesundheitsorganisation aufgeführt sind, und/oder für die Einnahme von psychotropen Arzneimitteln mit therapeutischen Zielen;

9. Leistungen, die allein für ästhetische Zwecke durchgeführt werden;
10. das Ziehen von Milchzähnen;
11. Leistungen für die chirurgische Entfernung von Implantaten sowie von deren Teilen oder jede andere chirurgische oder andere Leistung mit dem Zweck von Korrektur, Reparatur, Ersatz oder Behandlung jeder Art von Problem, das in Verbindung mit bereits vorhandenen oder gerade eingesetzten, sowohl festen als auch abnehmbaren Implantaten steht;
12. die Behandlung bösartiger Neoplasien im Mundraum;
13. Unfälle, die im Zustand der Trunkenheit am Steuer von Fahrzeugen allgemein oder infolge eigener Straftaten erlitten werden;
14. Unfälle, Krankheiten, Vergiftungen, die durch Alkoholsucht, Missbrauch von Psychopharmaka, Betäubungsmitteln (mit Ausnahme der therapeutischen Verabreichung) oder Halluzinogenen verursacht werden;
15. direkte oder indirekte Folgen von nuklearer Kontamination, Umwandlung des Atomkerns, ebenso wie Strahlung, die durch die künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen - mit Ausnahme der medizinischer Anwendungen - erzeugt wird;
16. die Folgen von Krieg, Aufständen, Volksunruhen, Attentaten oder gewaltsamen Handlungen, die politisch oder sozial begründet sind und an denen der Versicherte freiwillig teilgenommen hat, sowie jeder Art von terroristischem Anschlag;
17. Behandlungen und Eingriffe in Verbindung mit einer HIV-Infektion sowie verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS;
18. Routinekontrollen und/oder Check-ups, unter Ausnahme der Festlegungen für die Leistungen zur „Zahnärztlichen Vorsorge“;
19. die Folgen von Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen, Sturmfluten und Tsunamis;
20. Unfälle, die auf die Ausübung von Profisport sowie von professionellen Wettkämpfen und den damit verbundenen Testläufen und Trainingseinheiten zurückzuführen sind;
21. jegliche medizinische Leistung bezüglich Zähnen, die zum Datum des Inkrafttretens der Versicherung bereits gefehlt haben;
22. Operationen, die Vollnarkose oder vollständige Sedierung erforderlich machen.

Art. 81 - Vorbestehende Erkrankungen

Die Versicherung deckt keine Invalidität verursachenden Zustände, Unfälle und allgemein Krankheiten, die bereits vor Datum des Inkrafttretens der Versicherung bekannt waren, diagnostiziert, behandelt oder weiter untersucht worden sind, sowie deren Komplikationen samt direkten und indirekten Folgen.

Für die Deckung „Dental“ sind bereits vor dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung bestehende Erkrankungen allein bezüglich der Leistungen im Rahmen des „Zahnärztlichen Notfalls” ausgeschlossen.

Art. 82 - Wartezeiten

82.1 - Deckungen „Tagegeld“, „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“, „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“

Die Leistungen sind gültig und wirksam, unbeschadet der unter vorausgehenden Art. 80 und 81 aufgelisteten Ausschlüsse, für:

- Unfälle: ab 24:00 Uhr am Datum des Inkrafttretens der Versicherung;
- Krankheiten: ab dem 30. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung;
- Entbindung: ab dem 270. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung;
- Krankheiten in Verbindung mit Schwangerschaft, Wochenbett und medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch: ab dem 60. Tag nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung, vorausgesetzt dass die Schwangerschaft nach Inkrafttreten der Versicherung begonnen hat.

Nur für das Neugeborene, das über die Deckung der Eltern (die beide versichert sein müssen) bis zur Vollendung des ersten Lebensjahrs mitversichert ist, läuft oben genannte 30-tägige Wartezeit ab dem Geburtsdatum unabhängig vom Anfangsdatum seines Versicherungsschutzes.
Bei Vollendung des ersten Lebensjahrs kann das Kind, falls es versicherbar ist, gegen Zahlung der entsprechenden Prämie mitversichert werden.

Falls diese Police ohne Unterbrechung der Deckung (d.h. ohne auch nur einen Tag ohne Versicherungsschutz) als Ersatz für eine andere, mit diesem Versicherer abgeschlossene Versicherung ausgestellt wird, gelten oben erwähnte Wartezeiten ab Datum des Inkrafttretens der Versicherung in Bezug auf:

- höhere Versicherungsdeckungen für Gesundheitsleistungen, die bereits im vorigen Vertrag enthalten waren;
- alle Gesundheitsleistungen, die im vorigen Vertrag nicht enthalten waren;
- neu versicherte Personen.

Ausgeschlossen bleiben auch nach Ende der Wartezeit etwaige Krankheiten, die innerhalb dieser Zeit diagnostiziert worden sind und/oder ärztliche Behandlung oder Untersuchungen erforderlich gemacht haben.

82.2 - Deckung „Dental“

Die Leistungen sind gültig und wirksam, unbeschadet der unter vorausgehenden Art. 80 und 81 aufgelisteten Ausschlüsse, für:

- Unfälle: ab 24:00 Uhr am Datum des Inkrafttretens der Versicherung;
- Leistungen „Zahnärztlicher Notfall“ und „Zahnärztliche Vorsorge“: ab dem 30. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung.

Ausgeschlossen bleiben auch nach Ende der Wartezeit etwaige Krankheiten, die innerhalb dieser Zeit diagnostiziert worden sind und/oder ärztliche Behandlung oder Untersuchungen erforderlich gemacht haben.

Art. 83 - Was tun im Schadensfall

Für die Bearbeitung und Abwicklung der Schadensfälle greift der Versicherer auf die Betriebszentrale zurück, die unter folgender Telefonnummer Anrufe aus Italien und dem Ausland entgegennimmt:

02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr für Informationen zu den Deckungen, der Vorgehensweise zur Aktivierung der Leistungen und zum Schadensfall (Meldung und Angaben zum Bearbeitungsstand).

Durch die Kontaktaufnahme zur Betriebszentrale leistet der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine von diesen beauftragte Person automatisch die Einwilligung zur Verarbeitung ihrer Daten.

Art. 84 - Haftung

Der Versicherte erkennt ausdrücklich an, dass der Versicherer und die Betriebszentrale keinerlei Haftung für die Leistungen und/oder deren Erbringung durch die Vertragseinrichtungen übernehmen.
Daher nimmt der Versicherte zur Kenntnis, dass er sich im Falle von Streitigkeiten hinsichtlich der beruflichen Leistungserbringungen ausschließlich an die medizinischen Einrichtungen (Krankenhäuser, Diagnosezentren, Zahnarztpraxen usw.) sowie an die Ärzte, die diese Dienste erbracht haben, zu wenden hat.

Art. 85 - Schadensmeldung

85.1 - Deckungen „Tagegeld“, „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“, „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“ und „Prävention - Check-up“.

Im Schadensfall hat der Versicherte dies der Betriebszentrale, sobald er die Möglichkeit dazu erhält, unter folgender Nummer für den Anruf aus Italien und dem Ausland zu melden:
02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr für Informationen zu den Deckungen, der Vorgehensweise zur Aktivierung der Leistungen und zum Schadensfall (Meldung und Angaben zum Bearbeitungsstand).
Die Meldung kann auch per E-Mail an die Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it oder im Internet unter https://app.myassistance.eu oder über die eigens hierfür vorgesehene App der Betriebszentrale erfolgen.

Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Anspruchs auf die Erstattung der getragenen Kosten gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.
Der Versicherte wird von dieser Verpflichtung befreit, wenn er sich an Vertragseinrichtungen gewandt hat und im Voraus die Genehmigung von der Betriebszentrale erhalten hat, die daraufhin die Schadensfallmeldung formell erstattet.
Das Verzeichnis der verfügbaren Vertragseinrichtungen steht auf der Website https://app.myassistance.eu oder über die App bereit, auf welche der Versicherte mit seinen Login-Daten zugreifen kann.
Das Verzeichnis der Vertragseinrichtungen ist auf der Website http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.html oder auf der hierfür vorgesehenen App der Betriebszentrale verfügbar, auf welche der Versicherte mit seinen Login-Daten zugreifen kann.
Auch bei Verwendung von Vertragseinrichtungen ist der Versicherte verpflichtet, zunächst die Betriebszentrale zu

kontaktieren und die Genehmigung anzufordern.
Falls der Versicherte die Erstattung der Behandlungskosten für Leistungen in Vertragseinrichtungen im Nachhinein anfordert, erfolgt diese Erstattung unter Anrechnung etwaiger Selbstbeteiligungen und/oder Selbstbehalte, die bei Leistungen in nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen (mit Kostenerstattung) gelten.

Unterlagen, die in anderen Sprachen als Italienisch, Deutsch, Englisch, Französisch und Spanisch verfasst sind, müssen von einer Übersetzung ins Italienische begleitet sein. In Ermangelung werden etwaige Übersetzungskosten dem Versicherten in Rechnung gestellt.

Der Versicherte, seine Angehörigen oder Rechtsnachfolger haben die Untersuchung durch Ärzte der Gesellschaft und jede von diesen ggf. angeordnete Untersuchung oder Prüfung zu gestatten, wofür die Ärzte, die den Versicherten behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht befreit werden.

85.2 Deckung „Dental“

Im Schadensfall hat der Versicherte dies der Betriebszentrale, sobald er die Möglichkeit dazu erhält, unter folgender Nummer für den Anruf aus Italien und dem Ausland zu melden:
02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr für Informationen zu den Deckungen, der Vorgehensweise zur Aktivierung der Leistungen und zum Schadensfall (Meldung und Angaben zum Bearbeitungsstand).
Die Meldung kann auch per E-Mail an die Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it oder im Internet unter https://app.myassistance.eu oder über die eigens hierfür vorgesehene App der Betriebszentrale erfolgen.

Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Anspruchs auf die Erstattung der getragenen Kosten gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.
Der Versicherte wird von dieser Verpflichtung befreit, wenn er sich an Vertragseinrichtungen gewandt hat und im Voraus die Genehmigung von der Betriebszentrale erhalten hat, die daraufhin die Schadensfallmeldung formell erstattet.
Das Verzeichnis der Vertragseinrichtungen ist auf der Website http://www.myassistance.it/networks/network-odontowelfare/elenco-strutture.html oder auf der hierfür vorgesehenen App der Betriebszentrale verfügbar, auf welche der Versicherte mit seinen Login-Daten zugreifen kann.
Auch bei Verwendung von Vertragseinrichtungen ist der Versicherte verpflichtet, zunächst die Betriebszentrale zu kontaktieren und die Genehmigung anzufordern.
Falls der Versicherte die Erstattung der Behandlungskosten für Leistungen in Vertragseinrichtungen im Nachhinein anfordert, kann diese Erstattung nicht höher ausfallen als der Betrag in der Tabelle „Versicherte Zahnärztliche Leistungen“ (Art. 79 - D.1).

Unterlagen, die in anderen Sprachen als Italienisch, Deutsch, Englisch, Französisch und Spanisch verfasst sind, müssen von einer Übersetzung ins Italienische begleitet sein. In Ermangelung werden etwaige Übersetzungskosten dem Versicherten in Rechnung gestellt.

Der Versicherte, seine Angehörigen oder Rechtsnachfolger haben die Untersuchung durch Ärzte der Gesellschaft und jede von diesen ggf. angeordnete Untersuchung oder Prüfung zu gestatten, wofür die Ärzte, die den Versicherten behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht befreit werden.

Art. 86 - Verwaltung des Schadensfalls

86.1 - Deckungen „Tagegeld“, „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“, „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“

Der Antrag auf Erstattung wird von der Betriebszentrale binnen 10 Werktagen ab Empfangsdatum der vom Versicherten gesandten Unterlagen bearbeitet.

Die Unterlagen müssen auf den Namen des Versicherten oder eines Begünstigten lauten und die Erstattung erfolgt an den Versicherten oder Bezugsberechtigten.
Die Erstattung erfolgt stets nach Abschluss der Behandlung und in Euro.

Eine Direktzahlung des Versicherers an die Vertragseinrichtungen befreit ersteren sowohl diesen gegenüber als auch gegenüber dem Versicherten von seinen Verpflichtungen, ohne dass letzterer oder seine Erben jedwede Ansprüche aus demselben Grund geltend machen können, auch nicht im Wege der Ergänzung zu dem, was die Gesellschaft bereits bezahlt hat.

Die Direktzahlung bewirkt keine Schmälerung des Anspruchs des Versicherers, etwaige Einwände gegenüber dem Versicherten geltend zu machen, insbesondere falls ungenaue Angaben gemacht oder Sachverhalte verschwiegen worden sind.

Alle versicherten Leistungen sind durch Fachärzte oder Fachpersonal auf der Grundlage einer entsprechenden Diagnose (festgestellte oder vermutete Erkrankung) zu erbringen und von der Krankenhauseinrichtung, der Arztpraxis, dem Facharzt, dem Zahnarzt oder der Zahnklinik abzurechnen.
Krankenpflegeleistungen sowie physiotherapeutische und Reha-Behandlungen können die einen von Pflegefachkräften und die anderen von Gesundheitsberuflern mit Abschluss in Physiotherapie oder einem gleichwertigen in Italien anerkannten Abschluss abgerechnet werden.
Auf Rechnungen, die von Arztpraxen oder Fachärzten ausgestellt werden, muss die Fachrichtung des Arztes klar und deutlich lesbar angegeben sein, die mit der attestierten Diagnose übereinzustimmen hat.

Zur Beurteilung des Schadensfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, mithilfe der Betriebszentrale weitere ärztliche Dokumentation oder die Befunde von Gerätediagnostik einzufordern, falls diese für notwendig erachtet werden.

Der Versicherer hat stets die Möglichkeit, für die eingehende Beurteilung des Schadensfalls oder die Überprüfung der Stichhaltigkeit der Unterlagen auch die Vorlage der zugesandten Dokumentation im Original zu verlangen.

86.2 Deckung „Dental“
Der Antrag auf Erstattung wird binnen 20 Werktagen ab Empfangsdatum der vom Versicherten eingesandten Unterlagen bearbeitet.

Die Unterlagen müssen auf den Namen des Versicherten oder eines Begünstigten lauten und die Erstattung erfolgt an den Versicherten oder Bezugsberechtigten.
Die Erstattung erfolgt stets nach Abschluss der Behandlung und in Euro.

Eine Direktzahlung des Versicherers an die Vertragseinrichtungen befreit ersteren sowohl diesen gegenüber als auch gegenüber dem Versicherten von seinen Verpflichtungen, ohne dass letzterer oder seine Erben jedwede Ansprüche aus demselben Grund geltend machen können, auch nicht im Wege der Ergänzung zu dem, was die Gesellschaft bereits bezahlt hat.

Die Direktzahlung bewirkt keine Schmälerung des Anspruchs des Versicherers, etwaige Einwände gegenüber dem Versicherten geltend zu machen, insbesondere falls ungenaue Angaben gemacht oder Sachverhalte verschwiegen worden sind.

Alle versicherten Leistungen sind durch einen Zahnarzt oder eine Zahnklinik zu erbringen.

Zur Beurteilung des Schadensfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, mithilfe der Betriebszentrale weitere ärztliche Dokumentation oder die Befunde von Gerätediagnostik einzufordern, falls diese für notwendig erachtet werden.

Der Versicherer hat stets die Möglichkeit, für die eingehende Beurteilung des Schadensfalls oder die Überprüfung der Stichhaltigkeit der Unterlagen auch die Vorlage der zugesandten Dokumentation im Original zu verlangen.

Art. 87 - Rückerstattung fälschlich gezahlter Summen
Bei Genehmigung einer Direktzahlung wird der Versicherer, falls sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass die Police nicht gültig war oder dass Bedingungen oder Elemente vorlagen, welche Anwendbarkeit oder Wirksamkeit der Versicherung verhindern, dies dem Versicherten schriftlich mitteilen, der daraufhin alle vom Versicherer fälschlicherweise an die Krankenhauseinrichtung gezahlten Beträge zurückzuerstatten hat, falls die Zahlungen bereits vom Versicherer an die Vertragseinrichtung bzw. den Vertragsarzt geleistet worden sind, oder andernfalls selbst für diese aufzukommen hat.
Falls der Versicherte diesem nicht innerhalb der genannten Fristen nachkommt, behält sich der Versicherer das Recht vor, gerichtlich gegen ihn vorzugehen, um die Rückerstattung der ohne bestehende Berechtigung erfolgten Zahlungen zu bewirken.

Art. 88 - Dokumentation zur Einsendung im Schadensfall
Nachstehend werden die Unterlagen beschrieben, die im Schadensfall für die jeweilige Deckung einzusenden sind, die aus dem gewählten, in der Police angegebenen Versicherungsplan ersichtlich wird.

Deckungen für Krankenhausleistungen

1. Tagegeld

Nach Abschluss der Behandlung erkennt der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge zu, nachdem folgende Unterlagen in Fotokopie eingereicht wurden:

- komplette Krankenakte und Entlassungsbrief im Falle von Stationärer Aufnahme mit oder ohne Operation auch in der Form von Tagesklinik / Tageschirurgie;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten entweder über den eigenen geschützten Website-Bereich, die hierfür bestimmte App der Betriebszentrale oder die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it einzusenden.
Die Leistungen bei Stationärer Aufnahme ohne Operation und ohne ärztliches Attest für Fälle, die nicht durch die klinische Situation eines Akutfalls gerechtfertigt sind („Unnötige Stationäre Aufnahme“) werden ausschließlich im Rahmen der anderen medizinischen Leistungen erstattet, falls diese vom erworbenen Versicherungsplan abgedeckt werden.

2. Surgical Cash

Der Versicherte kann:

- beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung bei der Betriebszentrale auswählt (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein);
- die Erstattung von in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen getragenen Kosten beantragen.

2.1 Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Die Direktzahlung erfolgt unter der Bedingung, dass der Versicherte Vertragseinrichtungen bei der Betriebszentrale (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein) in Anspruch nimmt und dass er bei letzterer die Genehmigung der Direktzahlung mindestens zwei Werktage im Voraus beantragt hat; andernfalls ist dieser Service nicht verfügbar.

Von der Voranmeldung kann allein bei Notfällen abgesehen werden.

Der Versicherte hat die vom Hausarzt oder Facharzt ausgefüllte Überweisung, die folgende Angaben zu enthalten hat, an die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden:

- Vor- und Nachname des Versicherten, der die Leistung in Anspruch nehmen soll;
- diagnostizierte oder vermutete Krankheit mit Angabe des Datums des Krankheitsbeginns;
- Stationäre Aufnahme mit Operation, Tageschirurgie oder Ambulante Operation: Art der erforderlichen Operation;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Zu Lasten des Versicherten verbleiben der Betrag, der ggf. die von der Zuteilungskategorie der Operation vorgesehene Entschädigung laut Anhang 2 „Einteilung der Operationen in Kategorien“ übersteigt, sowie Leistungen, die nicht vom Versicherungsplan garantiert werden und von der Betriebszentrale nicht genehmigt worden sind.

2.2. Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)

Nach Abschluss der Behandlung erstattet der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge, nachdem folgende Unterlagen in Fotokopie eingereicht wurden:

- komplette Krankenakte und Entlassungsbrief im Falle von Stationärer Aufnahme mit oder ohne Operation auch in der Form von Tageschirurgie;
- detaillierter fachärztlicher Befund, mit dem die Art der Erkrankung und die erbrachte Leistung im Falle einer ambulant durchgeführten Operation attestiert werden;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten an die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

3. Erstattung von Behandlungskosten

Der Versicherte kann:

- beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung bei der Betriebszentrale auswählt (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein);
- die Erstattung von bei nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen getragenen Kosten beantragen.

3.1. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Die Direktzahlung erfolgt unter der Bedingung, dass der Versicherte Vertragseinrichtungen bei der Betriebszentrale (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein) in Anspruch nimmt und dass er bei letzterer die Genehmigung der Direktzahlung mindestens zwei Werktage im Voraus beantragt hat; andernfalls ist dieser Service nicht verfügbar.

Von der Voranmeldung kann allein bei Notfällen abgesehen werden.

Der Versicherte hat die vom Hausarzt oder Facharzt ausgefüllte Überweisung, die folgende Angaben zu enthalten hat, an die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden:

- Vor- und Nachname des Versicherten, der die Leistung in Anspruch nehmen soll;
- diagnostizierte oder vermutete Krankheit mit Angabe des Datums des Krankheitsbeginns;
- Stationäre Aufnahme mit Operation, Tageschirurgie oder Ambulante Operation: Art der erforderlichen Operation;
- Stationäre Aufnahme ohne Operation oder Tagesklinik: zwecks Diagnose oder Behandlung;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Zu Lasten des Versicherten verbleiben jene Summen, die die Höchstbeträge übersteigen, etwaige von der Police vorgesehene Selbstbehalte/Selbstbeteiligungen sowie Leistungen, die von der gewählten Option nicht abgedeckt werden.

Die Leistungen bei Stationärer Aufnahme ohne Operation und ohne ärztliches Attest für Fälle, die nicht durch die klinische Situation eines Akutfalls gerechtfertigt sind („Unnötige Stationäre Aufnahme"), werden ausschließlich im Rahmen der anderen medizinischen Leistungen erstattet.

3.2. Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)
Nach Abschluss der Behandlung erstattet der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge, nachdem die ordnungsgemäß quittierten Rechnungen oder Ausgabenbelege in Fotokopie eingereicht worden sind samt:

- Kompletter Krankenakte und Entlassungsbrief im Falle von Stationärer Aufnahme mit oder ohne Operation auch in der Form von Tagesklinik / Tageschirurgie;
- detaillierter fachärztlicher Befund, mit dem die Art der Erkrankung und die erbrachte Leistung im Falle einer ambulant durchgeführten Operation attestiert werden;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten an die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

Deckungen anderer medizinischer Leistungen

4. „Gerätediagnostik", „fachärztliche Untersuchungen" und „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen"

Der Versicherte kann:

- beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung bei der Betriebszentrale auswählt (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein);
- die Erstattung von in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen getragenen Kosten beantragen.

4.1. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)
Die Direktzahlung erfolgt unter der Bedingung, dass der Versicherte Vertragseinrichtungen bei der Betriebszentrale (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein) in Anspruch nimmt und dass er bei letzterer die Genehmigung der Direktzahlung mindestens zwei Werktage im Voraus beantragt hat; andernfalls ist dieser Service nicht verfügbar.

Von der Voranmeldung kann allein bei Notfällen abgesehen werden.

Der Versicherte hat die vom Hausarzt oder Facharzt ausgefüllte Überweisung, die folgende Angaben zu enthalten hat, an die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden:

- Vor- und Nachname des Versicherten, der die Leistung in Anspruch nehmen soll;
- diagnostizierte oder vermutete Krankheit mit Angabe des Datums des Krankheitsbeginns;
- Art der Leistung (z.B. Orthopädische Untersuchung, Ultraschall des Abdomens usw.);
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall oder die Krankheit objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Zu Lasten des Versicherten verbleiben Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen oder die Höchstbeträge übersteigende Summen.

4.2 Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)
Nach Abschluss der Behandlung erstattet der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge, nachdem die ordnungsgemäß quittierten Rechnungen oder Ausgabenbelege in Fotokopie eingereicht worden sind samt:

- vom Hausarzt oder Facharzt ausgestellter Überweisung, auf der die Art der Leistung, die diagnostizierte oder vermutete Krankheit und das Datum des Auftretens angegeben sind; allein für fachärztliche Untersuchungen darf anstelle der Überweisung der Befund des Facharztes eingereicht werden;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

5. Dental

Der Versicherte kann:

- beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung bei der Betriebszentrale wählt;
- die Erstattung von in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen getragenen Kosten beantragen.

5.1. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Der Versicherte ist verpflichtet, zunächst die Betriebszentrale unter der in Art. 75 angegebenen Telefonnummer zu kontaktieren und die Genehmigung der Direktzahlung anzufordern.
Die Betriebszentrale wird den Termin bei der Vertragseinrichtung für den Versicherten vereinbaren.

Bei der erstmaligen Aktivierung der Police hat der Zahnarzt ein Odontogramm anzufertigen, mit dem der Gesundheitszustand des Gebisses des Versicherten festgehalten wird.
Während der ersten Untersuchung wird der Versicherte ferner dazu aufgefordert, gemeinsam mit dem Zahnarzt ein Budget seiner zahnärztlichen Versorgung (BZV) für die Genehmigung der im Versicherungsplan enthaltenen Leistungen zu unterzeichnen. Nicht im Versicherungsplan enthaltene Leistungen werden direkt dem Versicherten berechnet.
Das Odontogramm und das BZV werden von der Vertragseinrichtung direkt an die Betriebszentrale übermittelt.

Falls aufgrund eines Unfalls eine Leistung notwendig wird, hat der Versicherte der Betriebszentrale den Befund der Notaufnahme oder andere Unterlagen zu übermitteln, in denen der erlittene Unfall dokumentiert wird (z.B. Panorama-Röntgenaufnahme, andere Röntgenbilder).

5.2 Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)

Nach Abschluss der Behandlung hat der Versicherte den Erstattungsantrag mit folgenden Anhängen einzusenden:

- vollständig - ggf. mit Unterstützung durch den Zahnarzt - ausgefülltes und vom Versicherten unterzeichnetes Erstattungsformular;
- Kopie der steuergültigen Rechnung mit Detailangabe der erbrachten Leistungen, deren Kosten und jeweiligem Ausführungsdatum;
- falls aufgrund eines Unfalls Leistungen notwendig werden, sind der Befund der Notaufnahme oder andere Unterlagen zu übermitteln, in denen der erlittene Unfall dokumentiert wird (z.B. Panorama-Röntgenaufnahme, andere Röntgenbilder).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten per E-Mail an die Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

Art. 89 - Auszahlung der Entschädigung/Erstattung von erstattungsfähigen Schadensfällen

Die Zahlung der Entschädigung im Schadensfall wird vom Versicherer bei Empfang der gesamten, vollständigen Dokumentation zuerkannt und erfolgt, falls sich der Schadensfall im Untersuchungsverfahren als gemäß Police entschädigungsfähig ergibt.

ABSCHNITT 6 - BEISTAND FÜR PERSONEN

Die nachstehend aufgeführten Leistungen gelten nur, wenn in der Police die Deckung A. BEISTAND FÜR PERSONEN genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde

Die Organisation der Beistandsleistung mit nachstehend aufgeführten Einzelleistungen wurde vom Versicherer der Gesellschaft **Europ Assistance Italia S.p.A.** (nachstehend Europ Assistance) anvertraut.
Es steht dem Versicherer frei, ohne Veränderungen von Umfang und Grenzen des Beistands die Erbringung dieses Services einer anderen zugelassenen Gesellschaft anzuvertrauen. In diesem Fall wird dem Versicherungsnehmer die neue Servicegesellschaft mitgeteilt, ohne dass dies als Grund für eine Vertragskündigung herangezogen werden kann.

Die Beistandsleistungen folgen den Entwicklungen der vorliegenden Police, deren fester Bestandteil sie sind. Daher werden auch sie unwirksam, falls es zu einer Aufhebung, Annullierung oder einem anderen Wirkungsverlust der Police kommen sollte.
Der Beistand kann direkt vom Versicherten/Versicherungsnehmer oder einem Mitglied seiner Kernfamilie beantragt werden.

A. DECKUNG BEISTAND FÜR DIE PERSON

Art. 90 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer stellt ausschließlich über die Organisationsstruktur in den Fällen Unfall oder Krankheit versicherter Personen diesen den Service Beistand zur Verfügung, der folgende Einzelleistungen umfasst:

LEISTUNGEN

Die Leistungen können pro Typ höchstens dreimal im Laufe eines Versicherungsjahrs erbracht werden. Innerhalb der Grenzen der vorgesehenen Höchstbeträge werden die unter nachstehenden Artikeln aufgeführten Leistungen erbracht unter Ausschluss jener Kosten, die der Versicherte ohnehin hätte tragen müssen, die von ihm selbst zu übernehmen sind.

ÄRZTLICHE BERATUNG

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit eine telefonische ärztliche Beratung benötigt, kann er sich rund um die Uhr und sieben Tage die Woche mit den Ärzten der Organisationsstruktur in Verbindung setzen, die den gewünschten Rat erteilen.

Es wird darauf verwiesen, dass angesichts der Art und Weise der Leistungserbringung diese nicht als Diagnose gelten darf und ausschließlich auf Grundlage der vom Versicherten gegebenen Informationen erfolgt.

MYCLINIC

MyClinic Europ Assistance ist eine rund um die Uhr aktive digitale Serviceplattform für die medizinische Fernversorgung, die als MyClinic Europ Assistance bezeichnet wird und über Internet zugänglich ist.
Für den Zugang zur Plattform ist folgendermaßen vorzugehen:
Zunächst wird die Website https://netinsurance.myclinic.europassistance.it aufgerufen, wo anschließend der Zugriff auf den persönlichen Bereich mit den per E-Mail erhaltenen Login-Daten erfolgt.
Sie dürfen die Plattform nur verwenden, wenn Sie volljährig sind und ihre Nutzungsbedingungen akzeptieren.
Leistungen:

1. **BEURTEILUNG VON SYMPTOMEN ÜBER DIE PLATTFORM MYCLINIC**
   Über den Zugang zu Ihrem persönlichem Bereich können Sie völlig eigenständig ein Programm für die Beurteilung Ihrer Symptome verwenden, das Hinweise zu den wahrscheinlichen Ursachen und dem in diesem Fall empfehlenswerten Verhalten erteilt. Im Anschluss an diese eigenständige Beurteilung der Symptome kann der Versicherte nähere Nachforschungen zu seinem Gesundheitszustand anstellen, indem er eine Ärztliche Beratung anfordert.
   Das Ergebnis dieser eigenständigen Beurteilung ist keine Diagnose, daher dürfen Sie nie vergessen, dass für eine korrekte Beurteilung Ihres Gesundheitszustands immer ein Arzt hinzugezogen werden muss.
2. **ÄRZTLICHE BERATUNG ÜBER DIE PLATTFORM MYCLINIC**
   Im Anschluss an die Beurteilung der Symptome können Sie zur genaueren Einschätzung Ihres Gesundheitszustands Ihren persönlichen Bereich aufrufen und rund um die Uhr eine ALLGEMEINMEDIZINISCHE BERATUNG bei den Ärzten der Organisationsstruktur per Telefon- oder Videogespräch anfordern. Ferner können Sie eine eigene Gesundheitsakte anlegen, um Ihre Daten während der ärztlichen Beratung zu teilen.
   Vergessen Sie dabei nicht, dass auch die ärztliche Fernberatung keine Diagnose darstellt und dass für eine korrekte Beurteilung Ihres Gesundheitszustands immer ein Arzt aufgesucht werden sollte.
3. **GESUNDHEITSAKTE ÜBER DIE PLATTFORM MYCLINIC**
   In Ihrem persönlichen Bereich auf der Website können Sie Ihre gesamte Anamnese sowie aktuelle Gesundheitsdaten archivieren, die Ergebnisse von Untersuchungen und Befunde anhängen, Messungen verschiedener Parameter (Blutdruck, Blutzucker, Herzfrequenz, Gewicht, Temperatur) speichern, deren Entwicklung nachverfolgen und eingenommene Medikamente hinzufügen. Die Gesundheitsakte steht Ihnen in völliger Sicherheit und jederzeit zur eigenständigen Einsichtnahme bzw. zum Herunterladen der Daten zur Verfügung. Ferner können Sie eine eigene Gesundheitsakte anlegen, um Ihre Daten während der ärztlichen Beratung zu teilen.

4. **GESUNDHEITSPASS ÜBER DIE PLATTFORM MYCLINIC**

   Falls sich bei der ärztlichen Beratung die Notwendigkeit ergibt, Ihre Daten an einen Facharzt im Ausland weiterzuleiten, können Sie ausgehend von der Gesundheitsakte einen Gesundheitspass erstellen, in dem automatisch Ihre Daten in eine der verfügbaren Sprachen übersetzt werden.

HAUSBESUCH EINES ALLGEMEINMEDIZINERS
(Nur für Italien gültige Leistung)

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit **zwischen 20 Uhr und 8 Uhr oder an Feiertagen** einen Hausbesuch benötigt und selbst keinen Arzt ausfindig machen kann, sorgt die Organisationsstruktur nach Prüfung der Notwendigkeit dieser Leistung für die Entsendung eines der Vertragsärzte und übernimmt die betreffenden Kosten.
Falls ein persönlicher Hausbesuch durch einen Vertragsarzt nicht möglich sein sollte, sorgt die Organisationsstruktur ersatzweise für die Überführung des Versicherten im Krankenwagen in die nächstgelegene, geeignete medizinische Einrichtung.

AUSKUNFT
(Von Montag bis Freitag von 9 Uhr bis 18 Uhr, außer an Feiertagen, bereitstehende Leistung)

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit Informationen über die medizinische Versorgung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst und/oder private Versorgungsträger benötigt, kann er sich telefonisch an die Organisationsstruktur wenden, die sämtliche Informationen bereitstellen wird hinsichtlich:

- den Ansprüchen unterschiedlicher Patientenkategorien (Freiberufler, Beamte und Beschäftigte der Privatwirtschaft, Rentner usw.);
- Standort der verschiedenen Einrichtungen der Lokalen Gesundheitsbehörden sowie der Krankenhauseinrichtungen;
- nationaler und internationaler medizinischer Einrichtungen mit etwaiger Fachrichtung;
- Ratschlägen für die Abwicklung von Anträgen, Beibringung von Unterlagen und zuständigen Stellen;
- der medizinischen Versorgung im Ausland, Gegenseitigkeitsabkommen mit EU- und Außer-EU-Ländern;
- Privatkliniken, Krankenhäusern, Notaufnahmen;

- Fachärzten;
- Arzneimitteln.

KRANKENTRANSPORT
(Nur für Italien gültige Leistung)
Falls der Versicherte infolge eines - von der Organisationsstruktur festgestellten - Unfalls bzw. einer Krankheit einen Krankentransport zur nächstgelegenen Krankenhauseinrichtung benötigt, wird dieser unter Kostenübernahme organisiert. Sollte gemäß geltender Gesetzgebung der öffentliche Rettungsdienst für den Transport zuständig sein, sorgt die Organisationsstruktur dafür, den Notruf an letztere zu übermitteln, um die Anforderung von deren Einsatz zu erleichtern.

ABHOLUNG VON DER NOTAUFNAHME
(Nur für Italien gültige Leistung)
Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit nach seiner Aufnahme bei einer Notaufnahme einen Krankentransport benötigt, sorgt die Organisationsstruktur für die Entsendung eines Krankenwagens unter Übernahme der Kosten **bis zu einer Grenze von 300 km** Gesamtfahrstrecke (Hin-/Rückfahrt).

ÜBERFÜHRUNG IN EIN FACHKRANKENHAUS
(Nur für Italien gültige Leistung)
Sollte der - durch Kontakte zwischen den Ärzten der Organisationsstruktur und dem behandelnden Arzt nachgeprüfte - Zustand des Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Krankheit die Verlegung in ein Fachkrankenhaus erforderlich machen, da eine angemessene Behandlung im Rahmen der Krankenhausorganisation der Wohnregion nicht möglich ist, sorgt die Organisationsstruktur unter Übernahme der Kosten dafür:
- ein für die Behandlung der spezifischen Verletzungen oder Erkrankungen des Versicherten geeignetes Fachkrankenhaus ausfindig zu machen und dort ein Bett zu belegen;
- die Überführung des Versicherten mit dem für seinen Gesundheitszustand geeignetsten Transportmittel zu organisieren;
- den Versicherten während des Transports durch Arzt- oder Pflegepersonal betreuen zu lassen, falls dies von den Ärzten der Organisationsstruktur für notwendig befunden wird.

Unter die Leistungen gemäß diesem Artikel fallen nicht die Überführungen für Rehabilitationsbehandlungen oder Transporte, die zu einer Verletzung von nationalen oder internationalen Normen im medizinischen Bereich führen.

HEIMKEHR AUS DEM KRANKENHAUS
(Leistung mit Gültigkeit in Italien bei Entfernung von über 50 km vom Wohnort des Versicherten)
Falls der Versicherte bei der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung infolge eines stationären Aufenthalts wegen Unfall oder Krankheit nicht in der Lage ist, mit dem anfangs vorgesehenen Transportmittel an seinen Wohnort zurückzukehren, sorgt die Organisationsstruktur unter Übernahme der Kosten für den Transport mit dem für den Gesundheitszustand angemessenen Transportmittel. Falls dies von der Ärzten der Organisationsstruktur für notwendig befunden wird, umfasst der Transport auch die Betreuung durch Arzt- oder Pflegepersonal (eine Person).

HAUSBESUCH EINES PHYSIOTHERAPEUTEN
(Nur für Italien gültige Leistung)
Falls der Versicherte infolge von Traumata oder einfachen Frakturen und/oder für die grundlegende Herz-Kreislauf-Rehabilitation infolge eines Schadensfalls die Unterstützung durch einen Physiotherapeuten bei sich zuhause benötigt, sorgt die Organisationsstruktur dafür, unter Übernahme der Kosten die häusliche Betreuung des Versicherten durch einen Physiotherapeuten **bis zu einem Maximum von 10 Sitzungen pro Schadensfall** zu organisieren.
Etwaige darüber hinausgehende Leistungen werden direkt zwischen dem Versicherten und dem von der Organisationsstruktur entsendeten Physiotherapeuten zu den vergünstigten mit der Organisationsstruktur vereinbarten Bedingungen abgerechnet.

ENTSENDUNG EINER HAUSHALTSHILFE
(Nur für Italien gültige Leistung)
Sollte der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit nicht in der Lage sein, die wichtigsten Haushaltstätigkeiten zu verrichten, vermittelt die Organisationsstruktur in Vereinbarkeit mit dem vor Ort verfügbaren Personal den Namen einer Haushaltshilfe im Wohngebiet des Versicherten und übernimmt deren Bezahlung **bis maximal 10 Stunden pro Schadensfall,** zur Nutzung innerhalb von **maximal 5 Tagen.**
Etwaige darüber hinausgehende Leistungen werden direkt zwischen dem Versicherten und der von der Organisationsstruktur entsendeten Haushaltshilfe zu den vergünstigten mit der Struktur vereinbarten Bedingungen abgerechnet.

INTEGRIERTE HÄUSLICHE PFLEGE NACH STATIONÄREM KRANKENHAUSAUFENTHALT
(Nur für Italien gültige Leistung)
Sollte der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit, die einen stationärem Krankenhausaufenthalt nach sich gezogen haben, eine Fortsetzung der Pflege in häuslicher Form entsprechend Verordnung durch den behandelnden Arzt benötigen, kann er sich an die Organisationsstruktur wenden. Die Vorgehensweise für Zugang zu und Erbringung dieser Dienstleistung wird, nach Prüfung von deren Notwendigkeit, von den Ärzten der Organisationsstruktur im Einvernehmen mit den behandelnden Ärzten des

Versicherten festgelegt mit Einsatz eigenen Arzt- und Pflegepersonals über einen unteilbaren Zeitraum von **maximal 7 aufeinanderfolgenden Tagen** nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.
Um die Erbringung dieser Dienstleistung organisieren zu können, sind der Kontakt zum behandelnden Arzt und eine Voranmeldung bei der Organisationsstruktur von mindestens 48 Stunden erforderlich.

INTERNATIONALE ZWEITMEINUNG
Hierbei handelt es sich um eine Leistung, die für ein breites Spektrum von Erkrankungen die Einholung einer klinisch-diagnostischen Beurteilung in Fällen ermöglicht, in denen Zweifel hinsichtlich Diagnose und/oder Behandlung bestehen. Die Leistung wird von einem Netzwerk international renommierter Fachärzte und Klinikzentren erbracht. Die Leistung setzt einen ersten klinischen Ansatz durch den behandelnden Arzt voraus, demzufolge die Notwendigkeit besteht, die Meinung eines international anerkannten Spezialisten der betreffenden Fachrichtung einzuholen. Die Leistung wird von der Organisationsstruktur erbracht, die dafür sorgt, die zuvor vom Versicherten eingesandten klinisch-diagnostischen Daten an internationale Experten zu übermitteln.
Für kompliziertere klinische Fälle kann die Organisationsstruktur eine Echtzeit-Beratung zwischen internationalen Spezialisten, den Ärzten der Organisationsstruktur und den behandelnden Ärzten des Versicherten organisieren.

Leistungserbringung
Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit, für die bereits eine Diagnose erstellt oder ein Behandlungsansatz gewählt worden ist, eine Vertiefung oder eine zweite klinisch-diagnostische Beurteilung wünscht, kann er sich an die Organisationsstruktur wenden, die im Anschluss an den telefonischen Kontakt mit dem Versicherten diesem die Möglichkeit bieten wird, die benötigte fachärztliche Beratung nebst Erteilung einer ärztlichen Zweitmeinung zu erhalten, indem auf die Erfahrung qualifizierter medizinischer Zentren zurückgegriffen wird. Die Ärzte der Organisationsstruktur beurteilen die Anforderung des Versicherten, nehmen gemeinsam mit ihm eine Einordnung des Falls vor, indem sie sich ggf. mit den behandelnden Ärzten in Verbindung setzen, holen die erforderlichen klinischen und diagnostischen Unterlagen ein und erarbeiten die Fragestellung, welche anschließend den Fachärzten unterbreitet wird. Alle klinischen Daten werden an das angesprochene internationale medizinische Zentrum übermittelt. Nach Vornahme der geeigneten klinischen und diagnostischen Erwägungen und Einholung der fachärztlichen Meinungen formuliert das angesprochene internationale medizinische Zentrum rasch eine schriftliche Antwort, die zurück an die Organisationsstruktur gesandt wird, welche sie weiter an den Versicherten übermittelt und diesen ggf. bei der Auslegung unterstützt.

Verpflichtungen des Versicherten
Der Versicherte hat sich telefonisch bei der Organisationsstruktur zu melden, um den klinischen Fall zu erklären, für den die Zweitmeinung angefordert wird.

Art. 91 - AUSSCHLÜSSE
Ausgeschlossen sind Leistungen infolge von:

a. **Unfällen, Krankheiten, Fehlbildungen, körperlichen Defekten und Erkrankungszuständen, die vor Vertragsabschluss diagnostiziert worden sind;**
b. **Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten;**
c. **Erkrankungszuständen in Verbindung mit HIV-Infektion;**
d. **Psychischen Krankheiten und Störungen allgemein, einschließlich hirnorganischen Psychosyndroms, schizophrenen und paranoiden Störungen, manisch-depressiven Formen und deren Folgen/Komplikationen;**
e. **Unfällen und Krankheiten, die auf Missbrauch bzw. nichttherapeutische Anwendung von Alkohol, Halluzinogenen, Psychopharmaka oder Betäubungsmitteln zurückzuführen sind;**
f. **freiwilligem Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische Indikation;**
g. **Unfällen infolge strafbarer Handlungen des Versicherten; abgedeckt sind hingegen Unfälle, die aufgrund von - ggf. auch grober - Unvorsichtigkeit oder Nachlässigkeit des Versicherten erlitten werden;**
h. **Unfällen, die auf Flugsport und die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen sowie deren Testläufen und Trainings zurückzuführen sind, es sei denn es handle sich um Gleichmäßigkeitsprüfungen;**
i. **Unfällen, die auf Aktivitäten zurückzuführen sind oder durch diese verursacht werden, bei denen Schusswaffen zum Einsatz kommen;**
j. **Kriegen und Aufständen, Erdbeben, Vulkanausbrüchen und Überschwemmungen;**
k. **natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Energieausgleichen des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.);**
l. **Aufenthalten in Thermalkurhäusern, spezialisierten Kurheimen für Nervenleiden und Tuberkuloseerkrankungen, in Wohn- und Genesungsheimen, Altersheimen (auch wenn diese als Krankenhauseinrichtungen gelten);**
m. **ferner alles, was nicht ausdrücklich unter den Einzelleistungen aufgeführt ist.**

Art. 92 - Wie der Beistand für die Person aktiviert wird
Zur Inanspruchnahme der oben aufgeführten einzelnen Beistandsleistungen kann sich der Versicherte unter folgenden Rufnummern an die Organisationsstruktur mit 24/7-Bereitschaft wenden:

- in Italien unter der Rufnummer: 800 542 009
- aus dem Ausland unter der Nummer: +39.02.58.28.65.49
- Besteht keine Möglichkeit für einen telefonischen Kontakt, senden Sie bitte ein Telegramm oder ein Einschreiben an:
  EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
  Via del Mulino 4
  20057 Assago (MI)
- oder ein Fax an die Nummer: +39.02.58.47.72.01

Auf jeden Fall hat der Versicherte genau anzugeben:
1. Die Art der benötigten Beistandsleistung
2. Nach- und Vorname
3. Die Nummer der Police, der das Kürzel **NIPT** vorauszugehen hat
4. Anschrift seines momentanen Aufenthaltsortes
5. Eine Telefonnummer, über welche sich die Organisationsstruktur im Verlauf der Beistandsleistung an ihn wenden kann.

VERPFLICHTUNGEN DES VERSICHERTEN IM SCHADENSFALL

Im Schadensfall hat der Versicherte umgehend Kontakt zur Organisationsstruktur aufzunehmen, es sei denn dies ist ihm objektiv und nachweisbar nicht möglich. In diesem Fall hat der Versicherte die Organisationsstruktur zu kontaktieren, sobald es ihm möglich ist und auf jeden Fall, bevor er selbst eigene Initiativen ergreift.
Für die Leistung HÄUSLICHE PFLEGE hat sich der Versicherte im Schadensfall mindestens 48 Stunden vor Aktivierung der angeforderten Dienste an die Organisationsstruktur zu wenden.
Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den Verlust des Leistungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Die Organisationsstruktur kann vom Versicherten jede weitere zur Durchführung der Beistandsleistung für erforderlich gehaltene Dokumentation verlangen, und dieser ist zur vollständigen Beibringung verpflichtet. Auf jeden Fall sind der Organisationsstruktur die ORIGINALE (nicht Fotokopien) aller Ausgabenbelege, Rechnungen und Quittungen zuzusenden.
Der Eingriff ist stets bei der Organisationsstruktur zu beantragen, die entweder direkt tätig wird oder die Durchführung ausdrücklich genehmigen muss.

ABSCHNITT 7 - REISEBEISTAND TRAVEL

Die nachstehend aufgeführten Leistungen gelten nur, wenn in der Police die Deckung A. REISEBEISTAND TRAVEL genannt ist, die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde und der Versicherte sich auf Dienstreise befindet.

Die Organisation des Beistands mit nachstehend aufgeführten Einzelleistungen wurde vom Versicherer der Gesellschaft **Europ Assistance Italia S.p.A.** anvertraut. **(Europ Assistance).**
Es steht dem Versicherer frei, ohne Veränderungen von Umfang und Grenzen des Beistands die Erbringung dieses Services einer anderen zugelassenen Gesellschaft anzuvertrauen. In diesem Fall wird dem Versicherungsnehmer die neue Servicegesellschaft mitgeteilt, ohne dass dies als Grund für eine Vertragskündigung herangezogen werden kann.
Die Beistandsleistungen folgen den Entwicklungen der vorliegenden Police, deren fester Bestandteil sie sind. Daher werden auch sie unwirksam, falls es zu einer Aufhebung, Annullierung oder einem anderen Wirkungsverlust der Police kommen sollte.
Die unter dem Absatz Leistungen aufgelisteten Beistandsleistungen, zu deren Erbringung über die Organisationsstruktur sich Europ Assistance für den Fall verpflichtet, dass der Versicherte infolge von im Verlauf der Reise auftretenden Schadensfällen in Schwierigkeiten gerät, werden pro Typ bis zu dreimal während der Laufzeit der Police erbracht.
Europ Assistance garantiert Eingreifen und Erbringung der Leistungen im Falle von Terroranschlägen, die den Versicherten direkt betreffen, vorausgesetzt dass dieser sich nicht in einem Gebiet befindet, in dem politische und militärische Geschehnisse oder Maßnahmen der Behörden Europ Assistance daran hindern, die vorgesehenen Leistungen in vollem Maße zu erbringen.
Sollte die Gefahr bestehen, dass die eigenen Mitarbeiter Situationen ausgesetzt werden, in denen es entweder zu schweren körperlichen Schäden oder zur Verletzung von Gesetzen und/oder Verordnungen kommen kann, haftet Europ Assistance nicht im Falle jeglicher Nichterfüllung bei der Leistungserbringung.

Sollte ein Ereignis mehrere mit derselben Police oder mit unterschiedlichen, vom Versicherten abgeschlossenen Policen versicherte Personen betreffen, kann der Gesamtbetrag - Katastrophengrenze - zu Lasten des Versicherers vereint mit den Deckungen laut vorliegendem Abschnitt 6 - Reisebeistand Travel und nachstehendem Abschnitt 7 - Reisebeistand Travel Gold die Obergrenze von € 5.000.000,00 pro Ereignis nicht überschreiten.
Sollten die Kosten laut Deckung unter Abschnitt 6 und 7 die oben genannten Beträge überschreiten, werden die

jedem am Schadensfall beteiligten Versicherten zustehenden Entschädigungen proportional reduziert und den jeweils vorgesehenen Höchstbeträgen zugeteilt, sodass am Ende die Summe sämtlicher Entschädigungen/Erstattungen/übernommenen Kosten die genannte Katastrophengrenze nicht überschreitet.

Glossar

Reise: Außendienst des Versicherten. Bei Flug-, Zug-, Bus- oder Schiffsreisen ist darunter der Weg vom Ausgangs- zum Ankunftspunkt (Flug- oder Seehafen, Bus- bzw. Zugbahnhof) der Reise in Italien zu verstehen. Bei Reisen im Pkw oder mit anderen Verkehrsmitteln als Schiff, Flugzeug oder Bus, ist jede Ortschaft in mehr als 50 km Entfernung vom Wohnort des Versicherten in Italien gemeint.

Gültigkeitsgebiet: Die Versicherung gilt für alle Länder der Welt **unter Ausschluss folgender geografischer Gebiete**: Afghanistan, Antarktis, Kokosinseln, Südgeorgien, Heard und McDonaldinseln, Bouvetinsel, Weihnachtsinsel, Pitcairninseln, Chagos-Archipel, Falklandinseln, Marshallinseln, Kleinere Amerikanische Überseeinseln, Salomonen, Wallis und Futuna, Kiribati, Mikronesien, Nauru, Niue, Palau, Westsahara, Samoa, St. Helena, Somalia, Französische Süd- und Antarktisgebiete, Westtimor, Osttimor, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

A. DECKUNG BEISTAND AUF REISEN

Art. 93 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer garantiert dem Versicherten im Falle von Unfall oder Krankheit folgende Beistandsleistungen, vorausgesetzt dass diese in der Police aufgeführt sind und die betreffende Prämie entrichtet worden ist:

LEISTUNGEN

Die Leistungen können pro Typ höchstens dreimal im Laufe eines Versicherungsjahrs erbracht werden. Innerhalb der Grenzen der vorgesehenen Höchstbeträge werden die unter nachstehenden Artikeln aufgeführten Leistungen erbracht unter Ausschluss jener Kosten, die der Versicherte ohnehin hätte tragen müssen, die von ihm selbst zu übernehmen sind.

1. EMPFEHLUNG EINES FACHARZTES IM AUSLAND

Sollte der Versicherte im Anschluss an die erfolgte Ärztliche Beratung eine fachärztliche Untersuchung benötigen, wird ihm die Organisationsstruktur - in Vereinbarkeit mit der Verfügbarkeit vor Ort - den Namen des nächstgelegenen Facharztes nennen.

2. KRANKENRÜCKTRANSPORT

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit nach Ermessen der Ärzte der Organisationsstruktur und in Absprache mit dem behandelnden Arzt vor Ort einen Transport in eine Krankenhauseinrichtung in Italien oder an seinen Wohnort benötigt, wird Europ Assistance mit Übernahme der Kosten für die Organisation seiner Rückreise mit den Transportmitteln sorgen, die von den Ärzten der Organisationsstruktur in Absprache mit dem behandelnden Arzt vor Ort für geeignet gehalten werden.
Dabei kann es sich um Folgende handeln:
- Rettungsflugzeug;
- Linienflug in Economy Class, erforderlichenfalls mit Platz für Krankenliege;
- Zug erster Klasse und ggf. Schlafwagen;
- Krankenwagen (ohne Kilometerbegrenzung).

Der Krankenrücktransport aus außereuropäischen Ländern erfolgt ausschließlich mit Linienflug in Economy Class.
Für die Rückkehr aus Ländern des Mittelmeerraums kann abweichend von obiger Bestimmung auch das Rettungsflugzeug verwendet werden.
Der Transport wird gänzlich von der Organisationsstruktur organisiert und umfasst die Versorgung durch Arzt oder Pflegekräfte während der Reise, falls die Ärzte der Organisationsstruktur dies für erforderlich halten.
Der Organisationsstruktur steht es frei, beim Versicherten das ggf. nicht verwendete Rückreiseticket einzufordern. Bei Ableben des Versicherten organisiert die Organisationsstruktur den Rücktransport des Leichnams bis zur Beerdigungsstätte im Heimatland mit Kostenübernahme durch Europ Assistance.

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind:

- **Beeinträchtigungen oder Läsionen, die nach Urteil der Ärzte der Organisationsstruktur vor Ort behandelt werden können bzw. den Versicherten nicht an der Fortsetzung der Reise hindern;**
- **Infektionskrankheiten, falls der Transport zu einer Verletzung von nationalen oder internationalen Normen im medizinischen Bereich führen würde;**
- **Ausgaben für die Bestattungsfeierlichkeiten, die Personenfahndung und/oder etwaige Bergung des Leichnams sowie alle Ausgaben, die sich nicht auf deren Transport beziehen;**
- **alle Fälle, in denen der Versicherte oder dessen Angehörige entgegen der Empfehlung der Ärzte der Krankenhauseinrichtung, in welcher der Versicherte stationär untergebracht ist, die Haftungsübernahme für die**

vorzeitige Entlassung unterzeichnet haben.

3. VERLEGUNG IN GEEIGNETES FACHKRANKENHAUS

Sollte der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit an einer Erkrankung leiden, die auf Grundlage objektiver, von den Ärzten der Organisationsstruktur festgestellter Merkmale in der Krankenhauseinrichtung, in welche der Versicherte eingewiesen wurde, nicht angemessen behandelt werden kann, sorgt die Organisationsstruktur nach Prüfung des klinischen Zustands und in Absprache mit dem behandelnden Arzt für seine Verlegung in das nächstgelegene geeignete Fachkrankenhaus mit den von den Ärzten der Organisationsstruktur für geeignet erachteten Verkehrsmitteln und zum von diesen entschiedenen Zeitpunkt.
Dabei kann es sich um Folgende handeln:
- Rettungsflugzeug;
- Linienflug in Economy Class, erforderlichenfalls mit Platz für Krankenliege;
- Zug erster Klasse und ggf. Schlafwagen;
- Krankenwagen (ohne Kilometerbegrenzung).

Der Transport wird gänzlich von der Organisationsstruktur organisiert und umfasst die Versorgung durch Arzt oder Pflegekräfte während der Reise, falls die Ärzte der Organisationsstruktur dies für erforderlich halten.

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind:

- Beeinträchtigungen oder Läsionen, die nach Urteil der Ärzte der Organisationsstruktur vor Ort behandelt werden können;

- Infektionskrankheiten, falls der Transport zu einer Verletzung von nationalen oder internationalen Normen im medizinischen Bereich führen würde;

- alle Fälle, in denen der Versicherte oder dessen Angehörige entgegen der Empfehlung der Ärzte der Krankenhauseinrichtung, in welcher der Versicherte stationär untergebracht ist, die Haftungsübernahme für die vorzeitige Entlassung unterzeichnet haben;

- alle vom Versicherten getragenen Ausgaben, falls dieser die erfolgte Krankenhauseinweisung oder Behandlung in der Notaufnahme nicht direkt oder über Dritte bei Europ Assistance gemeldet hat;

- die Ausgaben für Behandlung oder Behebung körperlicher Defekte oder angeborener Fehlbildungen, für Anwendungen ästhetischer Art, für Pflege, Krankengymnastik, Thermal- oder Abmagerungskuren, Zahnbehandlungen (mit Ausnahme der oben angegebenen Behandlungen infolge von Unfällen).

Keine Leistung erfolgt bei Beeinträchtigungen, die nach Ermessen der Ärzte bei der Krankenhauseinrichtung in der Wohnregion des Versicherten behandelt werden können, bei Reha-Behandlungen sowie bei Infektionskrankheiten, falls der Transport eine Verletzung nationaler oder internationaler Normen im Gesundheitsbereich mit sich bringen würde.

4. HEIMREISE MIT EINEM VERSICHERTEN BEGLEITER

Falls im Rahmen der Leistung Krankenrücktransport (siehe Leistung 2) nach Ermessen der Ärzte der Organisationsstruktur auf der Rückreise zum Wohnort oder zu einer Krankenhauseinrichtung in Italien keine medizinische Versorgung des Versicherten erforderlich ist, jedoch ein versicherter Mitreisender ihn begleiten möchte, sorgt die Organisationsstruktur dafür, dass dieser mit demselben vom Versicherten verwendeten Verkehrsmittel reisen kann.
Der Organisationsstruktur steht es frei, das ggf. nicht für die Heimreise des Begleiters verwendete Rückreiseticket einzufordern.
Höchstbetrag: Der Versicherer übernimmt die Kosten:
- bis zum Höchstbetrag von Euro 200,00 pro versicherter Person, wenn die Rückreise in Italien erfolgt;
- bis zum Höchstbetrag von Euro 400,00 pro versicherter Person, wenn die Rückreise aus dem Ausland erfolgt;

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind die Ausgaben für den Aufenthalt des Reisebegleiters.

5. RÜCKREISE DER ANDEREN VERSICHERTEN

Falls im Anschluss an die Leistung Krankenrücktransport (siehe Leistung 2) die gemeinsam mit dem Versicherten reisenden, weiteren versicherten Personen objektiv nicht in der Lage sind, mit den anfänglich vorgesehenen und/oder benutzten Verkehrsmitteln zu ihrem Wohnort zurückzureisen, stellt die Organisationsstruktur diesen ein Zugticket erster Klasse oder ein Flugticket in Economy Class zu Verfügung.
Europ Assistance steht es frei, das ggf. nicht verwendete Rückreiseticket einzufordern.
Höchstbetrag: Der Versicherer übernimmt die Kosten für Tickets:
- bis zum Höchstbetrag von Euro 200,00 pro versicherter Person, wenn die Rückreise in Italien erfolgt;
- bis zum Höchstbetrag von Euro 400,00 pro versicherter Person, wenn die Rückreise aus dem Ausland erfolgt;

6. ANREISE EINES ANGEHÖRIGEN

Falls der Versicherte länger als 7 Tage in eine Krankenhauseinrichtung eingewiesen wird, stellt Europ Assistance auf eigene Kosten ein Zugticket erster Klasse oder ein Flugticket in Economy für die Hin- und Rückreise einer von diesem bestimmten, in Italien wohnhaften Person zur Verfügung.
Die Organisationsstruktur sorgt ferner für die Reservierung eines Hotels vor Ort für die Person, die von dem im Krankenhaus eingewiesenen Versicherten genannt wurde.
Höchstbetrag: Der Versicherer übernimmt die Hotelkosten (Übernachtung und Frühstück) bis zum Maximalbetrag von Euro 250,00.

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind die anderen Hotelkosten außer Übernachtung und Frühstück.

7. RÜCKREISE DES GENESENDEN VERSICHERTEN

Falls der Versicherte aufgrund eines Krankenhausaufenthalts nicht in der Lage sein sollte, mit dem ursprünglich vorgesehenen Verkehrsmittel zu seinem Wohnort zurückzureisen, besorgt Europ Assistance mit Übernahme der Kosten ein Zugticket erster Klasse oder ein Flugticket in Economy Class.

8. DOLMETSCHER IM AUSLAND

Sollte der Versicherte im Ausland in eine Krankenhauseinrichtung eingewiesen werden und aufgrund mangelnder Kenntnis der lokalen Sprache Verständigungsschwierigkeiten mit den Ärzten haben, stellt die Organisationsstruktur einen Dolmetscher zur Verfügung.
Höchstbetrag: Der Versicherer übernimmt die Dolmetscherkosten für maximal 8 Arbeitsstunden.

Art. 94 – Ausschlüsse mit Gültigkeit für alle Leistungen

Ausgeschlossen sind Schadensfälle durch oder wegen:

a. Auto-, Motorrad- oder Motorbootrennen sowie damit verbundene Probeläufe und Training;

b. Überschwemmungen, Sturmfluten, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Witterungsereignisse mit Eigenschaft von Naturkatastrophen, Unfälle mit Umwandlung des Atomkerns, Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen hervorgerufen wird;

c. Krieg, Streik, Revolution, Aufstände oder Aufruhr, Unruhen, Plünderung, Vandalismus;

d. Vorsatz des Versicherten oder grobe Fahrlässigkeit;

e. psychischer Krankheiten und Störungen allgemein, einschließlich hirnorganischen Psychosyndroms, schizophrenen und paranoiden Störungen, manisch-depressiven Formen und deren Folgen/Komplikationen;

f. Erkrankungen, die von einer Schwangerschaft nach der 26. Schwangerschaftswoche und vom Wochenbett abhängig sind;

g. chronischer Erkrankungen;

h. Krankheiten/Unfällen, die bereits bei der Abreise vorhanden waren;

i. Organspende und/oder -transplantation, wobei auf jeden Fall jede Reise ausgeschlossen ist, die zum Zwecke von medizinisch-chirurgischen Untersuchungen und/oder Behandlungen unternommen wurde;

j. Krankheiten und Unfällen infolge oder aufgrund von Missbrauch von Alkohol, Psychopharmaka, Drogen und Halluzinogenen;

k. Selbstmordversuch oder Selbstmord;

l. Profisport bzw. nicht auf Amateurebene betriebener Sport (einschl. Wettkämpfe, Testläufe und Training);

m. Führen und Benutzen von Hängegleitern und anderen Ultraleichtflugzeugen; Fallschirmspringen; Ballonfahrten; Paragliding und vergleichbare Flugmittel; Flugsport im Allgemeinen; Bobsport; Skeleton; Skiakrobatik; Schanzensprünge mit Skiern oder Wasserskiern; Alpinismus mit Felsklettern oder Gletscherbegehung; Freeclimbing; Kitesurfen; Tauchen mit unabhängigem Tauchgerät; Sport mit Einsatz von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen; Boxen; Ringen in verschiedener Form; Kampfsport im Allgemeinen; Schwerathletik; Rugby; American Football; Höhlenforschung; mutwillige Handlungen. Für den Bobsport, das Kitesurfen und Tauchen mit unabhängigem Tauchgerät ist der oben genannte Ausschluss nicht wirksam, wenn es sich um rein freizeitliche und gelegentliche Aktivitäten handelt.

n. Teilnahme an Wettkämpfen/Rennen, bei denen es zu extremem und waghalsigem Verhalten kommt, einschließlich Laufsportwettkämpfe;

o. sämtliche berufliche Tätigkeiten, bei denen Minen, Waffen und/oder Gefahrstoffe verwendet, Bergwerke, Gruben und/oder Ausgrabungsstätten betreten werden, bzw. die Abbau- und Fördertätigkeit an Land und im Meer umfassen;

p. alles, was nicht ausdrücklich unter den Einzelleistungen genannt ist;

q. Epidemien oder Pandemien gemäß Erklärung der Weltgesundheitsorganisation. Die Leistungen werden ferner nicht erbracht in Ländern, die sich im erklärten oder faktischen Kriegszustand befinden. Als solche gelten die Länder, die auf der Website https://www.europassistance.it/paesi-in-stato-di-belligeranza aufgeführt sind, in denen ein

Risikograd von 4.0 oder höher herrscht. Ebenso als Land mit erklärtem oder faktischem Kriegszustand, gelten Länder, deren Kriegszustand öffentlich bekannt gegeben worden ist. Die Leistungen werden ferner nicht erbracht in Ländern, in denen zum Zeitpunkt der Meldung des Schadensfalls und/oder der Anforderung von Beistand Volksunruhen herrschen.

Art. 95 - Wie der Reisebeistand Travel aktiviert wird
Zur Inanspruchnahme der oben aufgeführten einzelnen Beistandsleistungen kann sich der Versicherte unter folgenden Rufnummern an die Organisationsstruktur mit 24/7-Bereitschaft wenden:

- in Italien unter der Rufnummer: 800 542 009
- aus dem Ausland unter der Nummer: +39.02.58.28.65.49
- Besteht keine Möglichkeit für einen telefonischen Kontakt, senden Sie bitte ein Telegramm oder ein Einschreiben an:
  EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
  Via del Mulino 4
  20057 Assago (MI)
- oder ein Fax an die Nummer: +39.02.58.47.72.01

Auf jeden Fall hat der Versicherte genau anzugeben:

1. Die Art der benötigten Beistandsleistung
2. Nach- und Vorname
6. Die Nummer seiner Police, der das Kürzel **NILV** vorauszugehen hat
3. Anschrift seines momentanen Aufenthaltsortes
4. Eine Telefonnummer, über welche sich die Organisationsstruktur im Verlauf der Beistandsleistung an ihn wenden kann.

VERPFLICHTUNGEN DES VERSICHERTEN IM SCHADENSFALL

Im Schadensfall hat der Versicherte umgehend Kontakt zur Organisationsstruktur aufzunehmen, es sei denn dies ist ihm objektiv und nachweisbar nicht möglich. In diesem Fall hat der Versicherte die Organisationsstruktur zu kontaktieren, sobald es ihm möglich ist und auf jeden Fall, bevor er selbst eigene Initiativen ergreift.
Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den Verlust des Leistungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Die Organisationsstruktur kann vom Versicherten jede weitere zur Durchführung der Beistandsleistung für erforderlich gehaltene Dokumentation verlangen, und dieser ist zur vollständigen Beibringung verpflichtet. Auf jeden Fall sind der Organisationsstruktur die ORIGINALE (nicht Fotokopien) aller Ausgabenbelege, Rechnungen und Quittungen zuzusenden.
Der Eingriff ist stets bei der Organisationsstruktur zu beantragen, die entweder direkt tätig wird oder die Durchführung ausdrücklich genehmigen muss.

ABSCHNITT 8 – REISEBEISTAND TRAVEL GOLD

Die nachstehend aufgeführten Leistungen gelten nur, wenn in der Police die Deckung A. REISEBEISTAND TRAVEL GOLD genannt ist, die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde und der Versicherte sich auf Dienstreise befindet.

Die Organisation des Beistands mit nachstehend aufgeführten Einzelleistungen wurde vom Versicherer der Gesellschaft Europ Assistance Italia S.p.A. anvertraut. (Europ Assistance).
Es steht dem Versicherer frei, ohne Veränderungen von Umfang und Grenzen des Beistands die Erbringung dieses Services einer anderen zugelassenen Gesellschaft anzuvertrauen. In diesem Fall wird dem Versicherungsnehmer die neue Servicegesellschaft mitgeteilt, ohne dass dies als Grund für eine Vertragskündigung herangezogen werden kann.
Die Beistandsleistungen folgen den Entwicklungen der vorliegenden Police, deren fester Bestandteil sie sind. Daher werden auch sie unwirksam, falls es zu einer Aufhebung, Annullierung oder einem anderen Wirkungsverlust der Police kommen sollte.
Die unter dem Absatz Leistungen aufgelisteten Beistandsleistungen, zu deren Erbringung über die Organisationsstruktur sich Europ Assistance für den Fall verpflichtet, dass der Versicherte infolge von im Verlauf der Reise auftretenden Schadensfällen in Schwierigkeiten gerät, werden pro Typ bis zu dreimal während der Laufzeit der Police erbracht.
Europ Assistance garantiert Eingreifen und Erbringung der Leistungen im Falle von Terroranschlägen, die den Versicherten direkt betreffen, vorausgesetzt dass dieser sich nicht in einem Gebiet befindet, in dem politische und militärische Geschehnisse oder Maßnahmen der Behörden Europ Assistance daran hindern, die vorgesehenen Leistungen in vollem Maße zu erbringen.
Sollte die Gefahr bestehen, dass die eigenen Mitarbeiter Situationen ausgesetzt werden, in denen es entweder zu schweren körperlichen Schäden oder zur Verletzung von Gesetzen und/oder Verordnungen kommen kann, haftet Europ Assistance nicht im Falle jeglicher Nichterfüllung bei der Leistungserbringung.

Sollte ein Ereignis, mehrere mit derselben Police oder mit unterschiedlichen, vom Versicherten abgeschlossenen Policen versicherte Personen betreffen, kann der Gesamtbetrag - Katastrophengrenze - zu Lasten des Versicherers vereint mit den Deckungen laut diesem Abschnitt 7 - Reisebeistand Travel Gold und vorigem Abschnitt 6 - Reisebeistand Travel die Obergrenze von € 5.000.000,00 pro Ereignis nicht überschreiten.
Sollten die Kosten laut Deckung unter Abschnitt 6 und 7 die oben genannten Beträge überschreiten, werden die jedem am Schadensfall beteiligten Versicherten zustehenden Entschädigungen proportional reduziert und den jeweils vorgesehenen Höchstbeträgen zugeteilt, sodass am Ende die Summe sämtlicher Entschädigungen/Erstattungen/übernommenen Kosten die genannte Katastrophengrenze nicht überschreitet.

Glossar
Fahrzeug: Pkw, Motorrad, Kleinkraftrad entsprechend Definition der Straßenverkehrs- und Zulassungsordnung (unter Ausschluss von Kraftfahrzeugen anderer Klassen).
Reise: Außendienst des Versicherten. Bei Flug-, Zug-, Bus- oder Schiffsreisen ist darunter der Weg vom Ausgangs- zum Ankunftspunkt (Flug- oder Seehafen, Bus- bzw. Zugbahnhof) der Reise in Italien zu verstehen. Bei Reisen im Pkw oder mit anderen Verkehrsmitteln als Schiff, Flugzeug oder Bus, ist jede Ortschaft in mehr als 50 km Entfernung vom Wohnort des Versicherten in Italien gemeint.
Gültigkeitsgebiet: Die Versicherung gilt für alle Länder der Welt unter Ausschluss folgender geografischer Gebiete: Afghanistan, Antarktis, Kokosinseln, Südgeorgien, Heard und McDonaldinseln, Bouvetinsel, Weihnachtsinsel, Pitcairninseln, Chagos-Archipel, Falklandinseln, Marshallinseln, Kleinere Amerikanische Überseeinseln, Salomonen, Wallis und Futuna, Kiribati, Mikronesien, Nauru, Niue, Palau, Westsahara, Samoa, St. Helena, Somalia, Französische Süd- und Antarktisgebiete, Westtimor, Osttimor, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

A. DECKUNG REISEBEISTAND GOLD

LEISTUNGEN
Die Leistungen können pro Typ höchstens dreimal im Laufe eines Versicherungsjahrs erbracht werden. Innerhalb der Grenzen der vorgesehenen Höchstbeträge werden die unter nachstehenden Artikeln aufgeführten Leistungen erbracht unter Ausschluss jener Kosten, die der Versicherte ohnehin hätte tragen müssen, die von ihm selbst zu übernehmen sind.

Art. 96 - Gegenstand der Versicherung
Der Versicherer garantiert dem Versicherten im Schadensfall folgende Beistandsleistungen, vorausgesetzt dass diese in der Police aufgeführt sind und die betreffende Prämie entrichtet worden ist:

1. PANNENHILFE FÜR DAS FAHRZEUG ZUR ERREICHUNG DES AUSGANGSORTS DER DIENSTREISE IN ITALIEN (See- oder Flughafen, Bahnhof):
Sollte des Fahrzeug aufgrund von Panne, Unfall, Brand, partiellem Diebstahl, Verlust und/oder Bruch der Schlüssel, Reifenpanne, Batteriepanne oder allgemein Störungen beim Anlassen auf der Anfahrtsstrecke zum Abfahrtsort der Reise oder des Aufenthalts liegen bleiben, kann der Versicherte die Organisationsstruktur telefonisch verständigen und die Entsendung der Pannenhilfe anfordern, die:
- das Fahrzeug vom Ort der Panne zur nächstgelegenen Servicestelle des Fahrzeugherstellers oder zur nächstgelegenen Werkstatt abschleppt;
oder
- wenn möglich, die Reparatur vor Ort vornimmt.
Höchstbetrag: Europ Assistance übernimmt die Kosten der Pannenhilfe:
- bis zum Höchstbetrag von Euro 150,00 pro Schadensfall in Italien;

Ausschlüsse
Von dieser Leistung ausgeschlossen sind:
- Ausgaben für Ersatzteile und alle anderen Reparaturkosten;
- die Ausgaben für den Einsatz besonderer Fahrzeuge oder Maschinen, wenn diese zum Abschleppen des Fahrzeugs benötigt werden;
- die Abschleppkosten, falls das Fahrzeug auf Fahrten außerhalb des öffentlichen Straßennetzes oder gleichwertiger Flächen (z.B. bei Geländefahrten) einen Unfall oder eine Panne erfahren hat.

2. BEISTAND FÜR ANGEHÖRIGE FÜR DIE DAUER DER REISE

Im Falle von Unfall und/oder plötzlicher Krankheit eines mit dem Versicherten zusammenlebenden und zuhause gebliebenen Angehörigen (Eltern, zusammenlebende Kinder, Gatte) während der Reise des Versicherten erbringt die Organisationsstruktur folgende Leistungen für den Angehörigen des Versicherten:

a) Telefonische Beratung mit den Ärzten der Organisationsstruktur zur Beurteilung des Gesundheitszustands.
b) Entsendung eines Arztes für einen Hausbesuch (diese Leistung wird von 20 Uhr bis 8 Uhr von Montag bis Freitag sowie rund um die Uhr am Samstag, Sonntag und an Feiertagen erbracht). Sollte sich im Anschluss an die medizinische Beratung die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung ergeben, sorgt die Organisationsstruktur mit Kostenübernahme durch Europ Assistance dafür, einen ihrer Vertragsärzte für einen Hausbesuch zu entsenden. Falls ein Hausbesuch durch einen Vertragsarzt nicht möglich sein sollte, sorgt die Organisationsstruktur für die Überführung des Angehörigen im Krankenwagen in die nächstgelegene, geeignete medizinische Einrichtung.
c) Entsendung eines Krankenwagens zur Wohnung. Sollte bei einer ärztlichen Beratung des Angehörigen die Notwendigkeit eines Krankentransports zur nächstgelegenen, geeigneten, medizinischen Einrichtung festgestellt werden, organisiert die Organisationsstruktur dessen Überführung im Krankenwagen.

Der Versicherer übernimmt die Kosten bis maximal Euro 500,00 während des Gültigkeitszeitraums der Police mit der Obergrenze von Euro 250,00 pro Schadensfall.

3. VORZEITIGE HEIMKEHR

Sollte die Heimreise des im Ausland weilenden Versicherten vor dem ursprünglich geplanten Rückreisedatum erforderlich werden aufgrund des Todes (mit durch standesamtliche Sterbeurkunde belegtem Datum) oder der Krankenhauseinweisung mit unmittelbarer Lebensgefahr eines folgender Angehörigen: Gatte/eheähnlicher Lebenspartner, Kinder, Geschwister, Eltern oder Schwiegereltern, besorgt die Organisationsstruktur unter Übernahme der Kosten ein Zugticket erster Klasse oder ein Flugticket in Economy für die Rückreise.
Sollte es dem Versicherten nicht möglich sein, sein eigenes Fahrzeug für die vorgezogene Heimreise zu verwenden, stellt ihm die Organisationsstruktur später ein weiteres Ticket, um das Fahrzeug nachzuholen.

Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind Leistungen in Fällen, in denen der Versicherte nicht in der Lage ist, der Organisationsstruktur angemessene Informationen zu den Gründen seiner vorgezogenen Heimkehr zu erteilen.

Verpflichtungen des Versicherten

Der Versicherte hat binnen 15 Tagen ab Schadensfall die Sterbeurkunde und alle anderen von ihm verlangten Unterlagen einzureichen.

4. VORSCHUSS FÜR NOTEINKÄUFE

Sollte der Versicherte unvorhergesehene Ausgaben tätigen müssen und aufgrund von: Unfall, Krankheit, Diebstahl, Raub, Handtaschenraub oder nichterfolgter Gepäckausgabe, nicht direkt und unmittelbar dafür aufkommen können, schießt die Organisationsstruktur die Zahlung von Rechnungen bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt Euro 250,00 an seiner Stelle vor.
Die Leistung wird auch für höhere Beträge aktiviert, sobald Europ Assistance in Italien geeignete Sicherheiten erhalten hat. Der Gesamtbetrag der von Europ Assistance vorgeschossenen Rechnungen kann auf keinen Fall Euro 5.000,00 übersteigen.

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind:

- Geldüberweisungen ins Ausland, welche eine Verletzung von einschlägigen Bestimmungen in Italien oder im Aufenthaltsland des Versicherten mit sich bringen würden;

- Fälle, in denen der Versicherte nicht in der Lage ist, in Italien geeignete Sicherungsleistungen für die Rückzahlung an Europ Assistance zu stellen.

Verpflichtungen des Versicherten

Der Versicherte hat den Grund der Anforderung, den erforderlichen Betrag, seine Kontaktdaten und die Angabe von Referenzen mitzuteilen, damit Europ Assistance die Sicherungsbedingungen für die Rückerstattung der vorgeschossenen Summe prüfen kann.

Der Versicherte hat die vorausgezahlte Summe binnen einem Monat ab Datum des Vorschusses zurückzuerstatten, ansonsten werden zuzüglich zum Betrag die momentan geltenden gesetzlichen Zinsen fällig.

5. NACHSENDEN VON ERSATZGEPÄCK

Falls der Versicherte:
a. aufgrund (von der Fluggesellschaft belegter) nichterfolgter Rückgabe des aufgegebenen Gepäcks am ausländischen Flughafen;
b. aufgrund von Diebstahl/Einbruch, Raub, Handtaschenraub, Verlust oder Beschädigung des Gepäcks im Ausland;
Kleidung benötigen sollte, um die geplante Reise oder den Aufenthalt komfortabel fortsetzen zu können, sorgt die Organisationsstruktur auf dem schnellsten Wege für die Nachsendung von Gepäck, das von einem Angehörigen des Versicherten vorbereitet wird.

Die Übergabe erfolgt zollfrei am nächstgelegenen Flughafen des Aufenthaltsorts binnen 24 Stunden, falls der Versand in Italien erfolgt, binnen 3 Tagen in Europa und binnen 7 Tagen im Rest der Welt.
Die Übergabefrist läuft ab dem Moment, in dem das Gepäck bei der Organisationsstruktur abgegeben wird.
Für Fall a) übernimmt der Versicherer die Transportkosten.
Für Fall b) übernimmt der Versicherer die betreffenden Kosten bis maximal Euro 776,00 pro Jahr mit der Obergrenze von Euro 259,00 pro Schadensfall.

Ausschlüsse

Die Leistung laut a) gilt nicht, wenn das aus dem Flugticket hervorgehende Rückreisedatum des Versicherten vor dem Ablauf der - laut obiger Angabe - für die Nachsendung erforderlichen Frist liegt.

Verpflichtungen des Versicherten

Der Versicherte hat den Grund der Anforderung, die Adresse des Angehörigen, der für die Vorbereitung des Gepäcks sorgen wird, und eine erreichbare Telefonnummer mitzuteilen. Der Versicherte hat ferner der Organisationsstruktur bei der Anforderung per Fax zu übermitteln: im Fall a) eine Kopie der Reklamation bei der Fluggesellschaft, oder im Fall b) eine beglaubigte Kopie der bei der zuständigen Polizeibehörde erstatteten Anzeige, aus der die Umstände des Schadensfalls, eine Liste der verlorenen oder gestohlenen Gegenstände und die Namen der Versicherten, die den Schaden erlitten haben, hervorgehen.

Art. 97 – Ausschlüsse mit Gültigkeit für alle Leistungen

Ausgeschlossen sind Schadensfälle durch oder wegen:

a. **Auto-, Motorrad- oder Motorbootrennen sowie diesbezügliche Probeläufe und Training;**
b. **Überschwemmungen, Sturmfluten, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Witterungsereignisse mit Eigenschaft von Naturkatastrophen, Unfälle mit Umwandlung des Atomkerns, Strahlung, die durch künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen erzeugt wird;**
c. **Krieg, Streik, Revolution, Aufstände oder Aufruhr, Unruhen, Plünderung, Vandalismus;**
d. **Vorsatz des Versicherten oder grobe Fahrlässigkeit;**
e. **psychischen Krankheiten und Störungen allgemein, einschließlich hirnorganischen Psychosyndroms, schizophrenen und paranoiden Störungen, manisch-depressiven Formen und deren Folgen/Komplikationen;**
f. **Erkrankungen, die von einer Schwangerschaft nach der 26. Schwangerschaftswoche und vom Wochenbett abhängig sind;**
g. **chronischer Erkrankungen;**
h. **Krankheiten/Unfällen, die bereits bei der Abreise vorhanden sind;**
i. **Organspende und/oder -transplantation, wobei auf jeden Fall jede Reise ausgeschlossen ist, die zum Zwecke von medizinisch-chirurgischen Untersuchungen und/oder Behandlungen unternommen wurde;**
j. **Krankheiten und Unfällen infolge oder aufgrund von Missbrauch von Alkohol, Psychopharmaka, Drogen und Halluzinogenen;**
k. **Selbstmordversuch oder Selbstmord;**
l. **Profisport bzw. nicht auf Amateurebene betriebener Sport (einschl. Wettkämpfe, Testläufe und Training);**
m. **Führen und Benutzen von Hängegleitern und anderen Ultraleichtflugzeugen; Fallschirmspringen; Ballonfahrten; Paragliding und vergleichbare Flugmittel; Flugsport im Allgemeinen; Bobsport; Skeleton; Skiakrobatik; Schanzensprünge mit Skiern oder Wasserskiern; Alpinismus mit Felsklettern oder Gletscherbegehung; Freeclimbing; Kitesurfen; Gerätetauchen; Sport mit Einsatz von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen; Boxen; Ringen in seinen verschiedenen Formen; Kampfsport im Allgemeinen; Schwerathletik; Rugby; American Football; Höhlenforschung; mutwillige Handlungen. Für Bobsport, Kitesurfen und Gerätetauchen gilt obiger Ausschluss nicht, wenn genannte Sportart allein als gelegentliche Freizeitbeschäftigung ausgeübt wird.**
n. **Teilnahme an Wettkämpfen/Rennen, bei denen es zu extremem und waghalsigem Verhalten kommt, einschließlich Laufsportwettkämpfe;**
o. **sämtlicher beruflicher Tätigkeiten, bei denen Minen, Waffen und/oder Gefahrstoffe verwendet, Bergwerke, Gruben und/oder Ausgrabungsstätten betreten werden, bzw. die Abbau- und Fördertätigkeit an Land und im Meer umfassen;**
p. **ferner alles, was nicht ausdrücklich unter den Einzelleistungen aufgeführt ist;**
q. **Epidemien oder Pandemien gemäß Erklärung der Weltgesundheitsorganisation. Die Leistungen werden ferner nicht erbracht in Ländern, die sich im erklärten oder faktischen Kriegszustand befinden. Als solche gelten die Länder, die auf der Website https://www.europassistance.it/paesi-in-stato-di-belligeranza aufgeführt sind, in denen ein Risikograd von 4.0 oder höher herrscht. Ebenso als Land mit erklärtem oder faktischem Kriegszustand,**

gelten Länder, deren Kriegszustand öffentlich bekannt gegeben worden ist. Die Leistungen werden ferner nicht erbracht in Ländern, in denen zum Zeitpunkt der Meldung des Schadensfalls und/oder der Anforderung von Beistand Volksunruhen herrschen.

Art. 98 - Wie der Reisebeistand Travel Gold aktiviert wird
Zur Inanspruchnahme der oben aufgeführten einzelnen Beistandsleistungen kann sich der Versicherte unter folgenden Rufnummern an die Organisationsstruktur mit 24/7-Bereitschaft wenden:

- in Italien unter der Rufnummer: 800 542 009
- aus dem Ausland unter der Nummer: +39.02.58.28.65.49
- Besteht keine Möglichkeit für einen telefonischen Kontakt, senden Sie bitte ein Telegramm oder ein Einschreiben an:
  EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
  Via del Mulino 4
  20057 Assago (MI)
- oder ein Fax an die Nummer: +39.02.58.47.72.01

Auf jeden Fall hat der Versicherte genau anzugeben:

1. Die Art der benötigten Beistandsleistung
2. Nach- und Vorname
3. Die Nummer seiner Police, der das Kürzel **NILG** vorauszugehen hat
4. Anschrift seines momentanen Aufenthaltsortes
5. Eine Telefonnummer, über welche sich die Organisationsstruktur im Verlauf der Beistandsleistung an ihn wenden kann.

Art. 99 -Verpflichtungen des Versicherten im Schadensfall
Im Schadensfall hat der Versicherte umgehend Kontakt zur Organisationsstruktur aufzunehmen, es sei denn dies ist ihm objektiv und nachweisbar nicht möglich. In diesem Fall hat der Versicherte die Organisationsstruktur zu kontaktieren, sobald es ihm möglich ist und auf jeden Fall, bevor er selbst eigene Initiativen ergreift.
Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den Verlust des Leistungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Die Organisationsstruktur kann vom Versicherten jede weitere zur Durchführung der Beistandsleistung für erforderlich gehaltene Dokumentation verlangen, und dieser ist zur vollständigen Beibringung verpflichtet. Auf jeden Fall sind der Organisationsstruktur die ORIGINALE (nicht Fotokopien) aller Ausgabenbelege, Rechnungen und Quittungen zuzusenden.
Der Eingriff ist stets bei der Organisationsstruktur zu beantragen, die entweder direkt tätig wird oder die Durchführung ausdrücklich genehmigen muss.

BEREICH VERMÖGENSRISIKEN
B. SEKTOR VERMÖGEN

ABSCHNITT 9 - HAFTPFLICHT

Folgende Deckungen gelten, wenn der betreffende Höchstbetrag in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Art. 100 - Gegenstand der Versicherung - Änderungen des Risikos - Andere Beschäftigten- und/oder Bettenzahlen als angegeben
Die Prämie der Deckung Haftpflicht wird auf Grundlage der vom Versicherungsnehmer/Versicherten in der Police erklärten Beschäftigten- und Bettenzahlen (bei Hotel, Pension, B&B, Ferien auf dem Bauernhof) festgelegt. Falls sich bei Eintreten eines Schadensfalls die Gesamtzahl der Beschäftigten und/oder Betten als höher erweist als angegeben, wird die vom Versicherer geschuldete Entschädigung - mit einer Toleranz von zwei Beschäftigten und/oder Betten - im Verhältnis zur Differenz zwischen der vereinbarten Prämie und der Prämie reduziert, die angewandt worden wäre, wenn der tatsächliche Stand der Dinge bekannt gewesen wäre.
Falls zum Moment des Schadensfalls die Anzahl der Beschäftigten oder Betten die angegebene Zahl um mehr als zwei Einheiten übersteigt, gelten die Bestimmungen laut Art. 1892 oder 1893 des it. Zivilgesetzbuchs, unbeschadet der

Verpflichtung des Versicherungsnehmers/Versicherten, jede Änderung umgehend beim Versicherer zu melden und die entsprechend geschuldete höhere Prämie zu begleichen.

Die Anzahl der in der Police angegebenen Beschäftigten hat die beim Versicherten angestellten Arbeitsleistenden (einschließlich Mitarbeiter mit Vertrag auf Abruf, Arbeitsplatzteilungsvertrag, Teilzeitvertrag, Lehrlinge, gelegentliche Aushilfskräfte, Arbeitsförderungsvertrag gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10.09.2003), die Inhaber, die Gesellschafter und mithelfende Familienmitglieder sowie Mitarbeiter zu umfassen, die im Rahmen eines Projekt-, Leiharbeits- oder Überlassungsvertrags gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10.09.2003 beschäftigt sind und die alle vom Versicherten unter Einhaltung der gesetzlichen Normen bei der Ausübung der in der Police beschriebenen Tätigkeit genutzt werden. Dazu gehören auch Kursteilnehmer, Stipendiaten und Praktikanten.
Der Versicherer hat das Recht, jederzeit Überprüfungen und Kontrollen vorzunehmen, bei denen der Versicherte die benötigten Erklärungen und Unterlagen bereitzustellen hat, insbesondere Lohnbuchhaltung und Register.

A. DECKUNG HAFTPFLICHT

1. Betriebshaftpflicht
Der Versicherer verpflichtet sich dazu, den Versicherten schadlos zu halten, wenn dieser gemäß der gesetzlichen Haftpflicht Ersatz (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) für unabsichtlich bei Dritten verursachte Schäden zu leisten hat für:

- Tod,
- Personenschäden,
- Zerstörung oder Beschädigung von Sachen,
- die infolge zufälliger Vorfälle in Verbindung mit der in der Police genannten Tätigkeit aufgetreten sind.

Die Deckung gilt auch für die Haftpflicht, die dem Versicherten durch vorsätzliche Taten von Personen (einschließlich mitarbeitender Angehöriger) entstehen mag, deren Beschäftigung gemäß geltender Gesetzgebung zulässig ist und von dieser geregelt wird, vorausgesetzt dass der Umstand auf den diesen vom Versicherten anvertrauten Aufgabenbereich zurückzuführen ist. Falls die Deckung für mehrere Versicherte geleistet wird, gilt der Höchstbetrag, der in der Police für den Schaden, auf den sich die Schadensersatzforderung bezieht, angegeben ist, in jeder Hinsicht nur einmalig, auch wenn eine gemeinsame Haftung mehrerer Versicherter bestehen sollte.
Die Deckung gilt für die ganze Welt unter Ausschluss von USA und Kanada.
Die Betriebshaftpflicht wird mit einem festen Selbstbehalt für Sachschäden von Euro 250,00 geleistet, unbeschadet der Fälle, in denen spezifische Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind.
Bezüglich der Kategorie Bauwesen in der Branche Industrie und Handwerk werden die Deckungen mit Anwendung eines Selbstbehalts von € 1.500,00 pro Schadensfall mit Sachschaden geleistet, unbeschadet der Fälle in denen spezifische Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind.

Vorbehaltlich der Angaben unter Art. 102 - **„Ausschlüsse“**, sind - mit reinem Beispielswert und ohne Anspruch auf Vollständigkeit - die nachstehend aufgelisteten Ereignisse garantiert:

a. **Haftung des Versicherten für nicht fest angestellte Arbeitskräfte**
Als eingeschlossen gilt die Haftpflicht, die dem Versicherten - gleich auf Grundlage welchen Anspruchs - für Schäden gebührt, die Dritten durch Personen verursacht worden sind, die er ausnahmsweise in gelegentlichen Einzelsituationen für die Durchführung von Aktivitäten, die Gegenstand der Versicherung sind, in Anspruch nimmt. **Die Deckung wird unter der Bedingung geleistet, dass bei Arbeitsverhältnis bzw. Arbeitsleistung die einschlägige Gesetzgebung eingehalten wird.**

b. **Haftung des Versicherten bei der Weitervergabe von Arbeitsaufträgen**
Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die Dritten durch Subunternehmer (einschließlich deren Beschäftigten) verursacht werden, während diese Arbeiten im Auftrag des Versicherten durchführen. **Die Deckung wird unter der Bedingung geleistet, dass die weitervergebenen Arbeiten in Verbindung mit der in der Police genannten Tätigkeit stehen und insgesamt 20% des Umsatzes der gesamten Tätigkeit des Versicherten nicht überschreiten und dass sie von einem - dem Vertrag des Auftraggebers entsprechenden - regulären Subunternehmervertrag geregelt werden.**

c. **Teilnahme an Ausstellungen, Besichtigungen und Demonstrationen, Kongressen, betrieblichem Freizeitangebot**
Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die durch seine Teilnahme an Ausstellungen, Messen, Modenschauen, Märkten oder betrieblichem Freizeitangebot sowie der Organisation von Besichtigungen des Unternehmens und Produktdemonstrationen entstehen, einschließlich der Gefahren durch die Vorgänge beim Auf- und Abbau der Stände.
Mit dazu gehört ferner die Teilnahme des Versicherten an beruflichen Fortbildungskursen, Kongressen, Konferenzen, Seminaren, Betriebsausflügen sowie betrieblichem Freizeitangebot.
Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 20% mit mindestens € 1.500,00 geleistet.

d. **Bei Dritten durchgeführte Arbeiten**

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die er an Sachen verursachen kann, die aufgrund ihrer Größe und ihres Gewichts nicht entfernt werden können und sich in den Räumlichkeiten Dritter befinden, in denen er Arbeiten für Installation, Montage, Verlegen oder Bau allgemein durchführt, welche zu seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit gehören, einschließlich der Vorgänge im Rahmen der Abholung, Übergabe oder Lieferung von Waren.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **an Sachen, an denen die Arbeiten durchgeführt werden, und an Werken, die direkt Gegenstand von Reparatur- oder Wartungsarbeiten sind;**
- **an Sachen, die angesichts ihres geringfügigen Gewichts und Volumens hätten entfernt werden können.**

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 20% mit mindestens € 1.500,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 150.000,00 pro Schadensfall geleistet.

e. **Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden**

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden:

- an Sachen Dritter, die zum Zwecke des Auf- oder Abladens gehoben werden, vorausgesetzt dass der betreffende Schaden durch den Sturz der gehobenen Sachen entstanden ist;
- an Sachen Dritter, die auf dem Gelände der Betriebsstätten des Versicherten und/oder Dritter befördert werden;
- an Sachen, die transportiert oder geschleppt werden, **unter Ausschluss von Schäden, die an den Fahrzeugen verursacht werden, auf welche genannte Sachen aufgeladen bzw. von denen sie abgeladen werden.**

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 500,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall geleistet.

f. **Kfz-Haftung im Rahmen der Betriebshaftpflicht**

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten gemäß Art. 2049 des it. Zivilgesetzbuchs für Schäden, die unbeabsichtigt durch seine Beschäftigten oder Beauftragten, die über regulären Führerschein verfügen, am Steuer von Personenkraftwagen, Kleinkrafträdern oder Motorrädern bei Dritten verursacht werden, **vorausgesetzt dass genannte Fahrzeuge nicht Eigentum des Versicherten sind, nicht auf ihn zugelassen sind noch ihm zur Nutzung oder in Leasing überlassen worden sind.** Mit dazu gehören Schäden der transportierten Personen.

Diese Deckung gilt erst nach Inanspruchnahme jeder anderen Deckung oder Garantie, deren Begünstigte der Eigentümer und/oder Fahrer des schadensverursachenden Kfz ist, insbesondere nach vollständiger Inanspruchnahme des Höchstbetrags der obligatorischen Kfz-Haftpflichtversicherung, welche als Versicherung für das Erstrisiko gilt.

Diese Deckung gilt ausschließlich für Italien.

g. **Schäden an Fahrzeugen auf Firmenparkplätzen**

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden - **unter Ausschluss von Schäden durch Diebstahl und Brand** -, die an den Fahrzeugen von Dritten und/oder Personal entstehen, während diese auf hierfür vorgesehenen Bereichen des Betriebsgeländes geparkt sind. **Ausgeschlossen sind Schäden, die an Sachen verursacht werden, die sich in oder auf den Fahrzeugen befinden und die durch Fahrzeuge, die der Kfz-Haftpflicht unterliegen, verursacht werden.**

h. **Schäden durch Betriebsunterbrechung**

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die durch die vollständige oder partielle Unterbrechung bzw. Aufhebung der industriellen, beruflichen, geschäftlichen, handwerklichen, landwirtschaftlichen oder Dienstleistungstätigkeit entstehen, **vorausgesetzt dass diese Folgen eines gemäß Police entschädigungsfähigen Schadensfalls sind.**

Für jeden Schadensfall wird diese Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Schadensfall geleistet.

i. **Fehler bei der Verarbeitung personenbezogener Daten**

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten gemäß den Normen des Datenschutzgesetzes in der durch das Gesetzesvertretende Dekret 101/2018 in Umsetzung der Europäischen Verordnung 679/2016 (sog. DSGVO) angepassten Fassung für Vermögensverluste, die bei Dritten - einschließlich Kunden und/oder Beschäftigten - infolge von fehlerhafter Verarbeitung (Erhebung, Aufzeichnung, Bearbeitung, Speicherung, Verwendung, Weiterleitung und Verbreitung) von deren personenbezogenen Daten entstanden sind, vorausgesetzt dass diese die Folge eines Angriffs auf das Informationssystem bzw. unbeabsichtigter Umstände sind und nicht auf kontinuierliches und absichtliches rechtswidriges Verhalten des Versicherten zurückzuführen sind.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 1000,00 pro Schadensfall und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Schadensfall und von Euro 150.000,00 pro Versicherungsjahr geleistet.

j. **Zufällige Umweltverschmutzung**

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die auf die Verschmutzung von Luft, Wasser und Boden zurückzuführen sind, welche durch zufälligen Bruch von Heizungs- und anderen technischen Anlagen der Gebäude verursacht

werden, in denen die versicherte Tätigkeit abgewickelt wird, **unter Ausschluss von denen, die durch übermäßiges Alter der Teile und mangelnde Wartung verursacht werden. Ausgeschlossen sind Schäden, die auf jeden anderen Grund zurückzuführen sind, der zu:**

- **Verschmutzung von Wasser, Luft und Boden;**
- **Unterbrechung, Versiegen oder Umleitung von Quellen und Wasserläufen;**
- **Beeinträchtigung oder Versiegen von Grundwasser, Erzvorkommen und allgemein nutzbaren Bodenschätzen führt.**

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 2.500,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 25.000,00 pro Schadensfall und von Euro 250.000,00 pro Versicherungsjahr geleistet.

k. **Eigentum und Nutzung von Schildern, Werbetafeln und Bannern**

Darunter versteht sich die Haftpflicht, die sich aus Besitz, Gebrauch und Wartung von regulär auf italienischem Staatsgebiet installierten Leucht- und normalen Schildern, Ausrüstung, Werbetafeln und -bannern ergibt, die dazu bestimmt sind, auf das versicherte Unternehmen hinzuweisen bzw. für dieses zu werben.

Ausgeschlossen sind Schäden an Bauwerken und Sachen, an denen die Schilder, Tafeln und Banner angebracht sind, sowie Schäden, die bei deren Installation verursacht werden.

l. **Besitz und Gebrauch von Waffen durch den Firmeninhaber**

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die unbeabsichtigt und versehentlich Dritten durch die **ausschließlich zur persönlichen Verteidigung** erfolgte Verwendung von gemäß geltender Gesetzgebung rechtmäßig besessenen Waffen verursacht werden. **Die Jagd ist davon ausgeschlossen.**

Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 100.000,00 pro Schadensfall geleistet.

m. **Halten von Wachhunden**

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten im Falle des gemäß Gesetz erfolgenden Haltens von Wachhunden im Bereich der Gebäude und des Betriebsgeländes des versicherten Unternehmens.

n. **Erweiterung der Definition als Dritte auch auf Inhaber und Beschäftigte anderer Firmen, Berater und Freiberufler**

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, aus denen Tod oder schwere bis schwerste Verletzungen gemäß Art. 583 des it. Strafgesetzbuchs hervorgehen, die erlitten werden von:

- Inhabern und Beschäftigten anderer Firmen, die Reinigungs- oder Wartungsarbeiten in den Räumen des Versicherten durchführen oder die gelegentlich dort an die versicherungsgegenständliche Tätigkeit ergänzenden Arbeiten teilnehmen, sowie Kunden, die gelegentlich an Auf- und Abladevorgängen teilnehmen;
- Ingenieuren, Planern, Bauleitern, Assistenten, verwaltungstechnischen Beratern, Rechtsbeiständen und anderen Freiberuflern allgemein;
- Inhabern und Beschäftigten von Firmen, denen der Versicherte Unterbeauftragungen erteilt hat, während sie diese Arbeiten durchführen. Diese Deckungserweiterung wird unter der Bedingung geleistet, dass die weitervergebenen Arbeiten insgesamt 20% des Umsatzes der gesamten Betriebstätigkeit des Versicherten nicht überschreiten. Wird dieser Prozentsatz überschritten, entschädigt der Versicherer den Schaden im Verhältnis zur geringeren eingenommenen Prämie.

o. **Haftung für Brandschäden**

Sie umfasst die Haftpflicht des Versicherten für direkte Sachschäden, die an den Sachen Dritter verursacht werden durch nicht von Sprengkörpern verursachte Brände, Explosionen, Implosion und Bersten am Gebäude, in dem die in der Police beschriebene Tätigkeit abgewickelt wird, sowie an dessen Bestand, der Eigentum des Versicherten ist.

Die Deckung wird bis zum Betrag von Euro 300.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr mit einem Selbstbehalt von Euro 1.000,00 geleistet.

Dazu gehören auch Schäden, die durch die vollständige oder partielle Unterbrechung bzw. Sperrung der Nutzung von Gütern sowie der industriellen, handwerklichen, beruflichen, geschäftlichen, landwirtschaftlichen oder Dienstleistungstätigkeit infolge von gemäß Police entschädigungsfähigen Schadensfällen entstehen. Bezüglich der Schäden durch Unterbrechung oder Sperrung **erfolgt die Zahlung der Entschädigung pro einzelnem Schadensfall abzüglich eines Selbstbehalts von Euro 1.000,00 und in keinem Fall zahlt der Versicherer pro einzelnem Schadensfall eine Summe über Euro 50.000,00.**

p. **Eigenständig betriebener bewaffneter Sicherheitsdienst auch mit Wachpersonal**

q. **Haftpflicht für Schäden durch Bewirtschaftung und Nutzung des Gebäudes, das für die Abwicklung der in der Police genannten Tätigkeit bestimmt ist.**

2. Arbeitgeberhaftpflicht

a. **Arbeitgeberhaftpflicht gegenüber Arbeitsleistenden, für welche Versicherungspflicht bei INAIL (Nationales Institut für die Arbeitsunfallversicherung) besteht**

Vorausgesetzt dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Schadensfalls die gesetzlichen Versicherungsvorschriften erfüllt, verpflichtet sich der Versicherer dazu, diesen bis zur Erreichung des in der Police angegebenen Höchstbetrags für die Beträge (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) schadlos zu halten, für welche dieser zu haften hat:

1) gemäß Art. 10 und 11 des Dekrets des Präsidenten der Republik (DPR) Nr. 1124 vom 30.06.1965 i.d.g.F. und Art. 13 des Gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 38 vom 23.02.2000 i.d.g.F. (Regressklagen von INAIL) für Unfälle, die von bei dem Unternehmen fest angestellten Beschäftigten sowie von Projektarbeitskräften, die für die in der Police angegebenen Betriebstätigkeit zuständig sind, entsprechend Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10.09.2003 erlitten werden;
2) gemäß Zivilgesetzbuch zum Ersatz von Schäden, die nicht unter die Regelung des o.a. DPR 1124/1965 und Gesetzesvertretenden Dekrets 38/2000 fallen und zu Lasten von Arbeitskräften gemäß vorstehendem Punkt a) verursacht werden mit Tod und Personenschäden durch Unfall, die eine **bleibende Invalidität von mindestens 6% verursacht haben, welche auf Grundlage der „Tabelle der Behinderungen" gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 38 vom 23.02.2000 berechnet wurde.**

Falls der Versicherte zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht alle Vorschriften hinsichtlich der obligatorischen Unfallversicherung INAIL bezüglich der unter Punkt 1) aufgeführten Arbeitskräfte, die einen Arbeitsunfall erlitten haben, erfüllt, **gilt die Deckung dennoch, wenn der Pflichtverstoß auf belegt unabsichtliche, fehlerhafte oder ungenaue Auslegung der einschlägigen Gesetzesvorschriften zurückzuführen ist.**

b. **Arbeitgeberhaftpflicht für Arbeitsleistende, für welche keine Versicherungspflicht bei INAIL (Nationales Institut für die Arbeitsunfallversicherung) besteht**

Der Versicherer verpflichtet sich dazu, den Versicherten innerhalb der Grenzen des in der Police festgelegten Höchstbetrags schadlos zu halten für den Betrag, den dieser als zivilrechtlich Haftender als Ersatz (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) für Schäden zu zahlen hat, die von für die Betriebstätigkeit zuständigen, bei dem Unternehmen fest angestellten Beschäftigten sowie von Projektarbeitskräften erlitten werden, für welche keine Unfallversicherungspflicht bei INAIL besteht, für Tod oder Personenschäden durch Unfall, die eine **bleibende Invalidität von mindestens 6% verursacht haben, welche auf Grundlage der „Tabelle der Behinderungen" gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 38 vom 23. Februar 2000 berechnet wurde.**

c. **Von anderen Firmen überlassene oder Leiharbeitskräfte mit entsprechendem Vertrag gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10.09.2003**

Der Versicherer verpflichtet sich dazu, den Versicherten innerhalb der Grenzen des in der Police festgelegten Höchstbetrags schadlos zu halten für den Betrag, den dieser als zivilrechtlich Haftender als Ersatz (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) für Schäden zu zahlen hat, die von überlassenen oder Leiharbeitskräften erlitten werden, für Tod oder Personenschäden durch Unfall, die eine **bleibende Invalidität von mindestens 6% verursacht haben, welche auf Grundlage der „Tabelle der Behinderungen" gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 38 vom 23.02.2000 berechnet wurde. Die Deckung gilt unter der Bedingung, dass die Arbeitsleistenden, auf welche sich diese Regelung bezieht, unter Einhaltung der Normen von Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10. September 2003 bereitgestellt und verwendet werden.** Die Deckung gilt auch für etwaige Rückgriffsklagen, die von den Unternehmen, welche die Arbeitskräfte überlassen oder verliehen haben, oder vom Unfallversicherungsinstitut INAIL gemäß Zivilgesetzbuch angestrengt werden.

Die Deckung **Arbeitgeberhaftpflicht** gilt auch für Regressklagen des Sozialversicherungsträgers INPS gemäß Art. 14 von Gesetz Nr. 222 vom 12. Juni 1984.

Erweiterung auf Berufskrankheiten

Die Deckung **Arbeitgeberhaftpflicht** gemäß vorliegendem Artikel wird auch auf das Risiko der von INAIL tabellarisch erfassten und entschädigten Berufskrankheiten erweitert, wenn deren Verursachung durch die Berufstätigkeit belegt wird. Die Erweiterung wird unter der Bedingung wirksam, **dass die Erkrankung während des Versicherungszeitraums aufgetreten ist und dass sie Folge fahrlässiger Handlungen ist, die zum ersten Mal während des Versicherungszeitraums aufgetreten sind. Die Erweiterung gilt nicht:**

1) **für jene Beschäftigten, bei denen ein Rückfall einer bereits in der Vergangenheit entschädigten oder entschädigungsfähigen Krankheit aufgetreten ist;**
2) **für Berufskrankheiten infolge von:**
   - **absichtlicher Missachtung der gesetzlichen Vorschriften durch die gesetzlichen Vertreter des Unternehmens;**
   - **absichtlich unterlassener Schadensverhütung aufgrund unterlassener Reparaturen oder Nachrüstungen von Vorrichtungen, die zur Vorbeugung oder Begrenzung von gesundheitsschädlichen Faktoren bestimmt sind, durch die gesetzlichen Vertreter des Unternehmens.**

Dieser unter Punkt 2) der vorliegenden Klausel aufgeführte Ausschluss tritt außer Kraft für Schäden, die auftreten, nachdem Vorkehrungen zur Behebung der Situation getroffen worden sind, die als verhältnismäßig für die vorliegenden Umstände eingeschätzt werden können.

3) **für Berufskrankheiten, die später als sechs Monate nach Ablaufdatum der Versicherung oder Enddatum des Arbeitsverhältnisses auftreten;**

4) **für Asbestose, Silikose und AIDS.**

Der Versicherer hat das Recht, jederzeit Inspektionen zum Zwecke der Überprüfung und/oder Kontrolle des Zustands der Betriebsstätten des Versicherten vorzunehmen. Bei diesen Inspektionen hat der Versicherte freien Zugang zu gewähren und die erforderlichen Informationen und Unterlagen bereitzustellen.
Unbeschadet - wo vereinbar - der Normen bezüglich der Meldung von Schadensfällen, hat der Versicherte die Pflicht, dem Versicherer unverzüglich das Auftreten einer unter die Deckung fallenden Berufskrankheit zu melden und im Anschluss daran umgehend die entsprechenden Informationen, Unterlagen und Akten des gemeldeten Falls zu übermitteln.
Die Deckung gilt bis zum Erreichen von 50% des Höchstbetrags, der für die Deckung Arbeitgeberhaftpflicht versichert ist. Dieser Höchstbetrag stellt die maximale Leistung des Versicherers für einen oder mehrere Schadensfälle dar, auch wenn diese zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Laufe der Gültigkeit der Police auftreten sollten und auch wenn diese durch die gleiche Art von aufgetretener Berufskrankheit verursacht werden sollten.

B. DECKUNG HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT

Der Versicherer garantiert den Versicherten für Schäden Dritter, die durch sein Eigentum an den in der Police angegebenen Gebäuden abzuleiten sind. Vorbehaltlich der Angaben unter Art. 102 - **„Ausschlüsse“**, sind - mit reinem Beispielswert und ohne Anspruch auf Vollständigkeit - die nachstehend aufgelisteten Ereignisse garantiert:

1. Schäden durch das Auslaufen von Wasser, nur wenn diese die Folge zufälligen Bruchs (auch wegen Frost) von Regenrinnen, Fallrohren, Wasserleitungen, Sanitär- und Heizungsanlagen oder Haushaltsgeräten sind; **ausgeschlossen sind hingegen Schäden, die Folgen von Verschleiß oder anomaler bzw. mangelnder Instandhaltung oder Reinigung sind;**
2. Beauftragung von planmäßigen und außerplanmäßigen Wartungsarbeiten (unter Ausschluss von denjenigen, die unter den Anwendungsbereich von Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 81/08 i.d.g.F., zuvor G.v.D. 494/96 fallen) und eigenständige Ausführung von planmäßigen Wartungsarbeiten, vorausgesetzt dass diese die Gebäude betreffen, die zur in der Police genannten Betriebstätigkeit gehören.
3. Schäden, die auf das Eigentum der Photovoltaikanlage und/oder Solarwärmeanlage zurückzuführen sind;
4. durch Brand verursachte Schäden an Sachen Dritter entsprechend der Regelung unter Punkt o. „Haftung für Brandschäden” der Betriebshaftpflicht laut Art. 100 - „Gegenstand der Versicherung“.

Wo nichts anderes festgelegt ist, wird die Deckung mit einem Selbstbehalt für Sachschäden von Euro 250,00 geleistet.

Art. 101. - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen
Bezüglich der **Betriebshaftpflicht** gemäß Art. 100 - **„Gegenstand der Versicherung“** gelten diese Erweiterungen jeweils für die in der Police angegebene Zugehörigkeitsbranche:

A. BRANCHE LANDWIRTSCHAFT

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich der Landwirtschaft bezieht (einschließlich Ferien auf dem Bauernhof), umfasst die **Haftpflicht:**

1. Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten
Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden Dritter, die durch den Einzelhandel und die Abgabe von Lebensmitteln (auch aus eigener Erzeugung des Versicherten und auch bei Verarbeitung durch diesen) im Bereich des landwirtschaftlichen Betriebs oder des Ferienbetriebs sowie bei der Teilnahme an Messen, Ausstellungen und Märkten verursacht werden, **vorausgesetzt dass die Schäden innerhalb eines Jahrs ab Verkauf oder Abgabe und auf jeden Fall innerhalb des Gültigkeitszeitraums dieses Vertrags auftreten. Ausgeschlossen sind Schäden, die durch einen ursprünglichen Produktmangel hervorgerufen werden, mit Ausnahme von Lebensmitteln aus eigener Erzeugung.**

2. Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden
Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, für welche dieser aufzukommen hat gegenüber Gästen des an den Bauernhof angegliederten Ferienbetriebs gemäß Art. 1783, 1784 und 1785-bis des it. Zivilgesetzbuchs aufgrund von Entwendung, Zerstörung oder Beschädigung der mitgebrachten und eventuell dem Inhaber anvertrauten Sachen.
Ausgeschlossen sind Schäden:

- **die durch Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht werden, sowie Schäden durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge;**
- **an Sachen, die in Land- oder Wasserfahrzeugen verwahrt sind;**
- **an Wertsachen, Schmuck und Wertgegenständen, die nicht dem Hotelleiter anvertraut worden sind, es sei denn diese wurden in Wandtresoren aufbewahrt, die in den Zimmern für die Gäste bereitgestellt sind, und vorausgesetzt dass die Entwendung durch belegtes Aufbrechen dieser Vorrichtung erfolgt ist.**

Die Deckung wird unter Anwendung eines Selbstbehalts von € 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro

50.000,00 pro Jahr mit einem Höchstbetrag pro einzelnem geschädigtem Gast von Euro 5.000,00 in Verbindung mit anvertrauten Sachen und von Euro 1.500,00 für nicht anvertraute Sachen geleistet.

3. Eigentum und Betrieb von Sportanlagen und -ausrüstung, Schwimmbädern und zusätzliches Serviceangebot des angegliederten Ferienbetriebs

Darunter versteht sich die Haftung, die der Versicherte aufgrund des Eigentums und/oder der Bewirtschaftung von Schwimmbädern und Sportanlagen sowie aufgrund zusätzlichen Serviceangebots durch den dem Bauernhof angegliederten Ferienbetrieb zu tragen hat, wie: Restaurant, Café, Wäscherei, Friseursalon, Wellnesscenter, Geschäfte, Räumlichkeiten für Kongresse und anderes im Rahmen von Freizeit- und Kulturangeboten. Mit dazu gehört ferner die Haftpflicht aufgrund der Organisation von nicht dem Profisport zugeordneten sportlichen Aktivitäten, der Bereitstellung von Material und Ausrüstung für Sport und Spiel, der Didaktik mit Ausrichtung auf das Erlernen landwirtschaftlicher Tätigkeiten. Dazu gehört die Aktivität des Reitens **unter Ausschluss derjenigen Schäden, die von Gästen erfahren werden, die Tiere reiten oder führen.**

Ausgeschlossen sind Schäden, die durch Brand bzw. Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht werden, sowie Schäden durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge.

4. Haftung des Haushaltsvorstands

Falls der Betriebsinhaber seine gewöhnliche Wohnung im Innern des landwirtschaftlichen Betriebs bzw. des Ferienbetriebs eingerichtet hat, verpflichtet sich der Versicherer dazu, den Inhaber sowie die Mitglieder seiner Kernfamilie von Zahlungen schadlos zu halten, die diese auf Grundlage ihrer gesetzlichen Haftpflicht für zufällige Umstände in Verbindung mit dem Privatleben zu leisten haben.

Mit reinem Beispielswert und ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden folgende typische Risiken genannt:

- die Bewirtschaftung der bewohnten Immobilie;
- das Ausüben von Amateursport;
- das Eigentum von Haustieren und die Nutzung von Reittieren, die nicht Eigentum der Versicherten sind;
- Eigentum oder Gebrauch von Fahrrädern oder fahrradähnlichen Gefährten allgemein, einschließlich der Nutzung von Kinderwagen, Buggys und Einkaufswagen;
- Eigentum und Verwendung von Windsurfbrettern, Ruderbooten, Segelbooten bis 6 m Länge und Motorbooten **mit weniger als 3 PS, die von den Auflagen gemäß Gesetz 990 vom 24.12.1969 i.d.g.F. ausgeschlossen sind;**
- das Anlassen und Fahren von Kraftfahrzeugen durch die minderjährigen Kinder ohne Führerschein, das ohne das Wissen der Eltern geschieht, vorausgesetzt dass die Fahrzeuge über eine eigene Verkehrshaftpflichtversicherung verfügen.

Nicht als Dritte gelten:

- **die Ehegatten untereinander, die Eltern des Versicherten, die Eltern des Ehegatten, die Kinder des Versicherten, Lebensgefährten, eingetragene Lebenspartner, Personen, die im Familienstand des Versicherten eingetragen sind, sowie alle anderen mit ihm zusammenlebenden Verwandten oder Verschwägerten;**

Abweichend von obigen Festlegungen gelten die minderjährigen Kinder des Versicherten untereinander als Dritte, wenn die Geschwister einander unbeabsichtigt körperliche Verletzungen zufügen, die eine bleibende Invalidität nach sich ziehen; **die Entschädigung wird bis Euro 50.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr und unter Anwendung eines Selbstbehalts von € 1.500,00 pro Schadensfall geleistet.** Medizinische Ausgaben, die infolge der erlittenen Verletzungen getragen werden, fallen nicht unter die Deckung.

Falls eine andere Versicherung bestehen sollte (z.B. die Police für die Haftung des Haushaltsvorstands), wird diese Deckung auf zweites Risiko für Beträge geleistet, die über die Höchstbeträge der anderen Versicherung hinausgehen.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **die auf das Eigentum von Reittieren zurückzuführen sind;**
- **die im Verlauf von Sportwettbewerben und beim diesbezüglichen Training auftreten, wenn diese nicht auf Amateurebene stattfinden oder den Einsatz von Kraftfahrzeugen beinhalten; die beim Ausüben von Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen und Flugsportarten allgemein aufgetreten sind;**
- **die auf die Nichterfüllung von vertraglichen oder steuerlichen Auflagen zurückzuführen sind;**
- **gegenüber nicht alle gesetzlichen Vorschriften erfüllenden Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter);**
- **die von nicht alle gesetzlichen Vorschriften erfüllenden Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter) verursacht werden;**
- **die durch eigenhändige Ausführung von außerplanmäßigen Wartungsarbeiten verursacht werden.**

Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 300.000,00 pro Schadensfall und Jahr geleistet.

5. Einsatz von landwirtschaftlichen Maschinen

- Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten, die dem Betrieb von landwirtschaftlichen Maschinen und deren Motoren

entspringt, **vorausgesetzt dass diese für landwirtschaftliche Arbeiten in Eigenregie oder Drittauftrag verwendet werden und unter Ausschluss der Fälle gemäß Gesetz 990 vom 24.12.1969 i.d.g.F.**

6. Viehwirtschaft

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten, die aus der (**nicht industriell betriebenen)** Zucht und Haltung von Vieh im Betriebsbereich entspringt, einschließlich Deckbetrieb für den Eigenbedarf oder im Drittauftrag (einschließlich in diesem Fall die ggf. von Tieren Dritter erlittenen Schäden), sowie die Überführung und das Verweilen des Viehs auf Weiden und Märkten **unter Ausschluss der Risiken des mit der Viehwirtschaft verbundenen Kraftfahrzeugverkehrs.**
Die Deckung wird bis zum Betrag von Euro 100.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr mit einem Selbstbehalt von Euro 1.500,00 geleistet.

B. BRANCHE INDUSTRIE UND HANDWERK

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich von Industrie und Handwerk bezieht, umfasst die **Haftpflicht:**

1. Baugewährleistungsversicherung für Verlege-, Installations-, Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten, die sich aus seiner Eigenschaft als Installateur, Wartungs- oder Reparaturfachkraft von Anlagen, Ausrüstung und Sachen allgemein ergibt, für Schäden, die durch die Anlagen, Ausrüstung und Sachen allgemein nach Fertigstellung der Arbeiten bei Dritten, einschließlich Auftraggeber, verursacht werden. Die Deckung gilt für Schäden, die während des Gültigkeitszeitraums der Versicherung **spätestens 1 Jahr nach Fertigstellung der Arbeiten auftreten und vom Versicherten spätestens 6 Monate nach Vertragsende gemeldet werden.**
Die Deckung wird auch für Tätigkeiten gemäß Art. 1 des Dekrets Nr. 37 vom 22.01.2008 des Ministeriums für Wirtschaftliche Entwicklung (Installation von Anlagen im Innern von Gebäuden unabhängig von deren Zweckbestimmung) geleistet, **vorausgesetzt dass der Versicherte über die laut Art. 3 des o.a. Ministerialdekrets verlangte Zulassung verfügt, und unter Ausschluss der Tätigkeiten im Rahmen von Installation, Wartung und Reparatur von Personen- und Lastaufzügen, Rolltreppen und gleichartigen.**
Ausgeschlossen sind Schäden:

- **an den installierten, reparierten oder gewarteten Anlagen, Ausrüstungen oder Sachen selbst sowie jedwede Ausgabe für deren Ersatz oder Reparatur;**
- **durch Nichteignung oder mangelnde Funktionstüchtigkeit der Anlagen für den bestimmungsgemäßen Gebrauch oder durch ursprüngliche Mängel oder Defekte der von beliebigen Herstellern gefertigten Produkte;**
- **durch nichterfolgte oder verspätete Wartungsmaßnahmen;**
- **durch Unterbrechung oder Sperrung der Tätigkeit;**
- **durch Straßenarbeiten;**
- **die von gekühlten Waren aufgrund mangelnder oder fehlerhafter Wartung erfahren werden, sowie durch daraus folgenden Nutzungsausfall oder Unterbrechung des Services.**

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens Euro 1.500,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

2. Diebstahlschäden, die durch Gerüste von Baufirmen begünstigt worden sind

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Diebstahlschäden, die Dritten durch Personen verursacht werden, die zur Umsetzung ihrer verbrecherischen Absichten die Gerüste verwendet haben, die vom Versicherten errichtet bzw. genutzt worden sind.
Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens Euro 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

3. Schäden an Kleidungsstücken des Kunden (Friseure)

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden an von Kunden getragenen Kleidungsstücken, die auf die Anwendung von Färbemitteln, Entfärbern, Haarsprays und Dauerwellenprodukten zurückzuführen sind.
Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 1.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

4. Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien)

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden an bearbeiteten Sachen.
Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 1.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

C. BRANCHE HANDEL

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich des Handels bezieht, umfasst die **Haftpflicht:**

1. Schäden infolge des Produktverkaufs

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden Dritter, die durch im Geschäft selbst verkaufte, übergebene oder abgegebene Produkte verursacht werden, **vorausgesetzt dass die Schäden innerhalb 1 Jahres ab Verkauf, Übergabe oder Abgabe und auf jeden Fall innerhalb des Gültigkeitszeitraums dieses Vertrags auftreten.**

Ausgeschlossen sind:

- **Schädigung Dritter durch ursprüngliche Produktmängel, unter Ausnahme von Lebensmittelprodukten aus der eigenen Erzeugung und von selbst erzeugten Artikeln, die in Apotheken und Drogerien abgegeben oder verkauft werden (beispielsweise gehören dazu - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - galenische und homöopathische Produkte, Kosmetika sowie Produkte aus Kräutern und Heilpflanzen).**
- **Schäden an den Produkten selbst, Ausgaben für deren Reparatur oder Ersatz und Schäden, die auf Nutzungsausfall oder Nichtverfügbarkeit zurückzuführen sind.**

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 500,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 100.000,00 pro Schadensfall geleistet.

2. Schädigung Dritter durch die Ausübung von ambulantem Handel

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten gemäß Gesetz in seiner Eigenschaft als ambulanter Händler, der über die reguläre Zulassung gemäß den geltenden gesetzlichen Vorschriften verfügt.

Dazu gehören Schäden, die bei den Vorgängen im Rahmen von Aufbau, Betrieb und Abbau der Stände in dem Bereich auftreten, der dem Versicherten zugewiesen wurde, **mit Einschränkung auf die in der Police erklärte Tätigkeit**.

Die Deckung wird auf die Ausübung der Tätigkeit auf Fahrzeugen ausgeweitet, **vorausgesetzt dass diese ausdrücklich für diesen Zweck bestimmt sind, ausgenommen Verkehrsrisiken**.

D. BRANCHE FREMDENVERKEHR UND GASTSTÄTTENGEWERBE

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich von Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe bezieht, umfasst die **Haftpflicht:**

1. Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schädigungen Dritter, die durch den Einzelhandel und die Abgabe von Lebensmitteln (auch aus eigener Erzeugung des Versicherten und auch bei Verarbeitung durch diesen) im Bereich des Hotels, der Pension, des B&B oder der Gaststätte verursacht werden, **vorausgesetzt dass die Schäden innerhalb eines Jahrs ab Verkauf oder Abgabe und auf jeden Fall innerhalb des Gültigkeitszeitraums dieses Vertrags auftreten. Ausgeschlossen sind Schäden, die durch einen ursprünglichen Produktmangel hervorgerufen werden, mit Ausnahme von Lebensmitteln aus eigener Erzeugung.**

2. Sachen, die von Gästen des Hotels, der Pension, des B&B mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, für welche dieser gemäß Art. 1783, 1784 und 1785-bis des it. Zivilgesetzbuchs aufzukommen hat gegenüber Gästen des Hotels, der Pension oder des B&B aufgrund von Entwendung, Zerstörung oder Beschädigung der mitgebrachten und eventuell der Leitung des Gastbetriebs anvertrauten Sachen.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **die durch Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht werden, sowie Schäden durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge;**
- **an Sachen, die in Land- oder Wasserfahrzeugen verwahrt sind;**
- **an Wertsachen, Schmuck und Wertgegenständen, die nicht dem Hotelleiter anvertraut worden sind, es sei denn diese wurden in Wandtresoren aufbewahrt, die in den Zimmern für die Gäste bereitgestellt sind, und vorausgesetzt dass die Entwendung durch belegtes Aufbrechen dieser Vorrichtung erfolgt ist.**

Die Deckung wird unter Anwendung eines Selbstbehalts von € 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Jahr mit einem Höchstbetrag pro einzelnem geschädigtem Gast von Euro 5.000,00 in Verbindung mit anvertrauten Sachen und von Euro 1.500,00 für nicht anvertraute Sachen geleistet.

3. Eigentum und Betrieb von Sportanlagen und -ausrüstung, Schwimmbädern und zusätzliches Serviceangebot des Hotels, der Pension, des B&B

Darunter versteht sich die Haftung, die der Versicherte aufgrund des Eigentums und/oder der Bewirtschaftung von Schwimmbädern und Sportanlagen sowie aufgrund zusätzlichen Serviceangebots des Hotels, der Pension, des B&B zu tragen hat, wie: Restaurant, Bar, Wäscherei, Friseursalon, Wellnesscenter, Geschäfte, Räumlichkeiten für Kongresse und anderes im Rahmen von Freizeit- und

Kulturangeboten. Mit dazu gehört ferner die Haftpflicht aufgrund der Organisation von nicht dem Profisport zugeordneten sportlichen Aktivitäten, aufgrund der Bereitstellung von Material und Ausrüstung für Sport und Spiel sowie aufgrund der Ausübung des Reitsports, **unter Ausschluss von Schäden, die den Gästen beim Reiten oder Führen von Tieren entstehen.**
Ausgeschlossen sind Schäden, die durch Brand bzw. Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht werden, sowie Schäden durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge.

4. Haftung des Haushaltsvorstands

Falls der Betriebsinhaber seine gewöhnliche Wohnung im Innern des Hotels, der Pension oder des B&B eingerichtet hat, verpflichtet sich der Versicherer dazu, den Inhaber sowie die Mitglieder seiner Kernfamilie von Zahlungen schadlos zu halten, die diese auf Grundlage ihrer gesetzlichen Haftpflicht für zufällige Umstände in Verbindung mit dem Privatleben zu leisten haben.
Mit reinem Beispielswert und ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden folgende typische Risiken genannt:

- die Bewirtschaftung der bewohnten Immobilie;
- das Ausüben von Amateursport;
- das Eigentum von Haustieren und die Nutzung von Reittieren, die nicht Eigentum der Versicherten sind;
- Eigentum oder Gebrauch von Fahrrädern oder fahrradähnlichen Gefährten allgemein, einschließlich der Nutzung von Kinderwagen, Buggys und Einkaufswagen;
- Eigentum und Verwendung von Windsurfbrettern, Ruderbooten, Segelbooten bis 6 m Länge und Motorbooten **mit weniger als 3 PS, die von den Auflagen gemäß Gesetz 990 vom 24.12.1969 i.d.g.F. ausgeschlossen sind;**
- das Anlassen und Fahren von Kraftfahrzeugen durch die minderjährigen Kinder ohne Führerschein, das ohne das Wissen der Eltern geschieht, vorausgesetzt dass die Fahrzeuge über eine eigene Verkehrshaftpflichtversicherung verfügen.

Nicht als Dritte gelten:

- **die Ehegatten untereinander, die Eltern des Versicherten, die Eltern des Ehegatten, die Kinder des Versicherten, Lebensgefährten, eingetragene Lebenspartner, Personen, die im Familienstand des Versicherten eingetragen sind, sowie alle anderen mit ihm zusammenlebenden Verwandten oder Verschwägerten;**

Abweichend von obigen Festlegungen gelten die minderjährigen Kinder des Versicherten untereinander als Dritte, wenn die Geschwister einander unbeabsichtigt körperliche Verletzungen zufügen, die eine bleibende Invalidität nach sich ziehen; **die Entschädigung wird bis Euro 50.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr und unter Anwendung eines Selbstbehalts von € 1.500,00 pro Schadensfall geleistet. Medizinische Ausgaben, die infolge der erlittenen Verletzungen getragen werden, fallen nicht unter die Deckung.**

Falls eine andere Versicherung bestehen sollte (z.B. die Police für die Haftung des Haushaltsvorstands), wird diese Deckung auf zweites Risiko für Beträge geleistet, die über die Höchstbeträge der anderen Versicherung hinausgehen.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **die auf das Eigentum von Reittieren zurückzuführen sind;**
- **die im Verlauf von Sportwettbewerben und beim diesbezüglichen Training auftreten, wenn diese nicht auf Amateurebene ausgeübt werden oder den Einsatz von Kraftfahrzeugen beinhalten;**
- **die beim Ausüben von Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen und Flugsportarten allgemein aufgetreten sind;**
- **die auf die Nichterfüllung von vertraglichen oder steuerlichen Auflagen zurückzuführen sind;**
- **gegenüber nicht alle gesetzlichen Vorschriften erfüllenden Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter);**
- **die von nicht alle gesetzlichen Vorschriften erfüllenden Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter) verursacht werden;**
- **die durch eigenhändige Ausführung von außerplanmäßigen Wartungsarbeiten verursacht werden.**

Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 300.000,00 pro Schadensfall und Jahr geleistet.

FOLGENDE ARTIKEL GELTEN FÜR DEN GESAMTEN ABSCHNITT 9 - HAFTPFLICHT.

Art. 102 – Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind Schäden:

1. **die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder Versicherten verursacht werden;**
2. **durch Nichteinhaltung von Verpflichtungen, die der Versicherte ausschließlich per Vertrag übernommen hat;**
3. **an Sachen, die dem Versicherten anvertraut oder zur Verwahrung übergeben worden sind bzw. sich anderweitig in seinem Gewahrsam befinden, sowie an Sachen, die sich im Bereich der Arbeitsausführung**

befinden (unter Ausnahme derer, die angesichts ihres Gewichts oder Volumens nicht entfernt werden können), an transportierten, geschleppten oder gehobenen Sachen, an Sachen, für welche der Versicherte gemäß Art. 1783, 1784, 1785, 1785-bis, -ter, -quater, -quinquies und 1786 des it. Zivilgesetzbuchs haftet, unbeschadet der Bestimmungen: von Art. 100/e „Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden“, von Art. 101.A.2 „Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden“, von Art. 101.D.2 „Sachen, die von Gästen des Hotels, der Pension, des B&B mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden“, von Art. 101.B.3 „Schäden an Kleidungsstücken des Kunden (Friseure)“, von Art. 101.B.4 „Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien)“;

4. durch Krane, Schwebebahnen, Seilrutschen und ähnliches;
5. durch die Ausübung der Jagd;
6. an Sachen, an denen die Arbeiten durchgeführt werden, an Bauwerken, die direkt Gegenstand von Reparatur- oder Wartungsarbeiten sind, an Bauwerken, die sich in Bau befinden, an Anbauflächen, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 101.B.4 „Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien) und Art. 100/d „Bei Dritten durchgeführte Arbeiten“;
7. durch Bauwerke und Installationen allgemein nach Abschluss der Arbeiten, durch Reparatur-, Wartungs- und Verlegevorgänge, die nach der Ausführung der Arbeiten oder der Übergabe an Dritte auftreten, unbeschadet der Bestimmungen zur Deckungserweiterung laut Art. 101.B.1 „Baugewährleistungsversicherung für Verlege-, Installations-, Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen“;
8. durch Waren, Produkte und Sachen allgemein nach der Übergabe an Dritte, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 101.D.1 „Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten“ und von Art. 101.C.1 „Schäden aus dem Verkauf von Produkten“;
9. durch Diebstahl, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 101.B.2 „Diebstahlschäden, die durch die Gerüste von Baufirmen gefördert worden sind“;
10. verursacht durch und/oder erfahren von Wasserfahrzeugen und Flugzeugen und/oder ihrem Inhalt und/oder den beförderten Personen; verursacht durch Motorfahrzeuge jeglicher Art, Förderwagen und selbstfahrende Arbeitsmaschinen, wenn der Schadensfall in Bereichen aufgetreten ist, die der Regelung des Gesetzes Nr. 990 vom 24.12.1969 unterstehen, vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. 100/f „Kfz-Haftung im Rahmen der Betriebshaftpflicht“ und von Art. 100/g „Schäden an Fahrzeugen auf Firmenparkplätzen“;
11. die bei Auf- und Abladevorgängen bzw. während des Wartens an Transportmitteln und darauf geladenen Sachen verursacht werden, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 100/e „Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden“;
12. die durch den Einsatz von Sprengstoffen an fest installierten Sachen verursacht werden, die sich im Umkreis von 200 m von der Explosionsstelle befinden;
13. die durch Eigentum, Nießbrauch oder Nutzung von Gebäuden und deren fest installierten Anlagen verursacht werden, die nicht mit denen übereinstimmen, in denen die in der Police erklärte Tätigkeit gewöhnlich abgewickelt wird, bzw. nicht die Wohnung des Versicherten sind, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 100/k „Eigentum von Schildern, Werbetafeln und Bannern“;
14. durch die Verwendung von Stoffen, deren Gebrauch gesetzlich verboten ist;
15. die durch Produktion, Verwahrung oder Verwendung von radioaktiven Stoffen oder Geräten für die Teilchenbeschleunigung verursacht werden, ebenso wie Schäden, die in Verbindung mit versicherten Risiken durch die natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlung oder Reaktion des Atoms (Kernspaltung und Kernfusion, Teilchenbeschleuniger) hervorgerufen werden;
16. die der Haftung zuzuschreiben sind, welche auf Vorhandensein, Gebrauch, Kontamination, Abbau, Handhabung, Bearbeitung, Verkauf, Vertrieb und/oder Lagerung von Asbest und/oder asbesthaltigen Produkten zurückzuführen sind;
17. die auf Aktivitäten im Bereich von Biotechnologie, Gentechnik und Produkten, die aus Materialien und/oder Substanzen menschlichen Ursprungs und gentechnisch veränderte Organismen (GVO) gewonnen werden, zurückzuführen sind;
18. durch die Abstrahlung von elektromagnetischen Wellen und Feldern;
19. an erdverlegten Leitungen und Anlagen;
20. an Sachen aufgrund von Senkungen, Einbrüchen, Rutschen und Vibrationen des Erdreichs;
21. durch das Auslaufen von Wasser oder das Überquellen der Kanalisation, es sei denn dieses erfolgt aufgrund von zufälligen Rohr- oder Leitungsbrüchen, sowie Schäden, die einzig auf Feuchtigkeit, Tropfleckage und allgemein ungesundes Raumklima zurückzuführen sind;
22. direkt oder indirekt verursacht durch: Krieg, Invasion, Feindseligkeiten (mit oder ohne Kriegserklärung),

Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand, Machtusurpation, militärische Besetzung, Beschlagnahme, Verstaatlichung, Requisition, Einziehung, von Behörden angeordnete Zerstörung, Volksaufruhr, Streiks, Aussperrungen, Unruhen;

23. mit Ausnahme der Bestimmungen für die Deckung „Fehler bei der Verarbeitung personenbezogener Daten", jeder Art, verursacht durch fehlerhafte Aufzeichnung oder Löschung von Daten, mangelnde, fehlerhafte oder unzureichende Funktion von EDV-Systemen und/oder jeder Art von elektronischer Maschine, Anlage, Gerät, Komponente, Firmware, Software und Hardware hinsichtlich des Zeitmanagements (Uhrzeit und Datum) oder infolge des Angriffs oder der Infektion durch Computervieren sowie infolge von Download-, Installations- und/oder Änderungsvorgängen an Programmen, vorausgesetzt dass diese keine Brände, Explosion oder Bersten hervorrufen, sowie Schäden, die auf die Entmagnetisierung, fehlerhafte Aufzeichnung oder Löschung von Daten und versehentliches Verwerfen zurückzuführen sind;
24. verursacht durch jedes Risiko, dessen Standort im Meer liegt und keine Verbindung zum Ufer durch Erddämme oder Landzungen aufweist;
25. verursacht durch Untersee-Pipelines, in denen Fluide für die Energieerzeugung unter Druck befördert werden sowie Unterseekabel allgemein;
26. durch den Einsatz von Motorfahrzeugen, Maschinen oder Anlagen, die von einer nicht normgemäß befähigten Person gefahren oder betätigt werden, unbeschadet der Bestimmungen laut Deckungserweiterung „Haftung des Haushaltsvorstands";
27. verursacht durch die Ansteckung von Krankheiten durch Tiere;
28. infolge von Verschmutzung der Luft, des Wassers oder des Bodens, Unterbrechung, Versiegung oder Umleitung von Quellen und Wasserläufen, Veränderung oder Versiegung von Grundwasservorkommen, Erzlagerstätten und nutzbaren unterirdischen Vorkommen im Allgemeinen, vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. 100/j „Zufällige Umweltverschmutzung";
29. verursacht am Straßenbelag durch landwirtschaftliche Maschinen mit Raupenketten oder nicht gummierten Rädern;
30. verursacht durch den Einsatz von Phytopharmaka, die ganz oder teils aus Chemikalien bestehen, deren Einsatz vom Gesetz verboten ist, auch wenn er unverschuldet oder unfreiwillig erfolgt;
31. an lebendem oder totem Inventar des Anwesens, mit Ausnahme der Schäden am Inventar Dritter (auch wenn dieses dem Versicherten übergeben oder anvertraut wurde), die durch vollständige oder partielle Baufälligkeit der vorhandenen Immobilien verursacht werden;
32. verursacht durch das Eigentum der in der Police angegebenen Gebäude, es sei denn, es wurde die Deckung Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht erworben;
33. durch die Ausübung geistiger Berufe gemäß Art. 2229 des it. Zivilgesetzbuchs.

Art. 103 - Personen, die nicht als Dritte gelten

Nicht als Dritte gelten:

1. die Ehegatten untereinander, die Eltern des Versicherten, die Eltern des Ehegatten, die Kinder des Versicherten, Lebensgefährten, eingetragene Lebenspartner, Personen, die im Familienstand des Versicherten eingetragen sind, sowie alle anderen mit ihm zusammenlebenden Verwandten oder Verschwägerten;
2. Personen, die in einem Beschäftigungs- oder Lohnverhältnis zum Versicherten stehen und den Schaden bei ihrer Arbeit oder Dienstleistung erfahren. Als Dritte gelten jedoch für erlittene körperliche Schäden die Beschäftigten, die keine Versicherungspflicht bei der Unfallversicherung INAIL haben, vorausgesetzt dass sie nicht an Arbeiten teilnehmen, für welche diese Versicherung obligatorisch ist;
3. Personen, die - gleich in welcher Beziehung sie zum Versicherten stehen - Schäden bei ihrer Teilnahme an Arbeiten erleiden, die Gegenstand der Betriebstätigkeit sind, für welche die Deckungen gelten, mit Ausnahme von körperlichen Schäden, die von Subunternehmern und deren Beschäftigten erlitten werden, falls der vom Versicherten abgetretene Anteil der Arbeiten 30% des Gesamtwerts der letzterem anvertrauten Werke nicht übersteigt;
4. falls der Versicherte keine natürliche Person ist: die Geschäftsführer, die gesetzlichen Vertreter und Gesellschafter mit unbeschränkter Haftung;
5. Gesellschaften oder Körperschaften, die - gegenüber dem Versicherten - als abhängige, herrschende oder verbundene Gesellschaft gemäß Art. 2359 des it. Zivilgesetzbuchs gelten.

Art. 104 - Verpflichtungen im Schadensfall

Der Versicherte hat die Pflicht, den Versicherer innerhalb von 3 Tagen nach Eintreten des Schadenfalls bzw. nachdem

er davon Kenntnis erlangt hat, gemäß Art. 1913 ital. Zivilgesetzbuchs unter Angabe einer Beschreibung des Vorfalls, der aufgetretenen Folgen, des Namens der Geschädigten und möglichst auch der Zeugen, sowie des Datums, des Orts und der Ursachen des Schadenfalls schriftlich zu informieren. Er hat ferner so bald wie möglich die den Schadensfall betreffenden Nachrichten, Dokumente, Polizei- und Gerichtsakten nachzureichen, sich dabei um die Erhebung von Elementen zu seiner Verteidigung zu bemühen und sich jeder Aussage zur eigenen Verantwortung zu enthalten.
Werden oben genannte Verpflichtungen nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

ABSCHNITT 10 - RECHTSSCHUTZ

Folgende Deckungen gelten, wenn die betreffende Deckungssumme in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Vorwort
Für die Verwaltung und Abwicklung der Schadensfälle greift der Versicherer zurück auf:

ARAG SE
Allgemeine Vertretung und Generaldirektion für Italien (nachstehend ARAG)
Viale del Commercio 59 - 37135 Verona

Hauptkontakte:
Telefonzentrale: 045.8290411,
Faxnummer für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: 045 8290557
E-Mail-Adresse für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: denunce@ARAG.it,
Faxnummer für die anschließende Übermittlung von Unterlagen für die Abwicklung des Schadensfalls 045.8290449

an welche sich der Versicherte direkt wenden kann.

Art. 105 - Gegenstand der Versicherung
Wird der Versicherte in einen Rechtsstreit verwickelt, übernimmt der Versicherer innerhalb der in der Police festgelegten Grenzen folgende Ausgaben:

- Anwaltshonorare für die außergerichtliche und gerichtliche Abwicklung des Rechtsstreits
- Anwaltshonorare für Strafanträge und Anzeigen, nur **wenn in deren Folge tatsächlich ein Strafverfahren gegen die andere Partei eingeleitet wird**
- Honorare des Anwalts, der die Zustellungsanschrift stellt, **wenn von ARAG benannt**
- Gerichts- und Anwaltskosten zu Lasten des Versicherten, wenn dieser im Verfahren unterliegt
- Kosten der Zwangsvollstreckung für **maximal zwei Fälle pro Schadensfall**
- Kosten der Schlichtungsstelle **bei obligatorischer Schlichtung**
- Kosten des Schiedsverfahrens, sowohl für den Rechtsbeistand als auch für die Schiedsrichter
- Vergütung der Gutachter
- Gerichtskosten
- Ermittlungskosten für die Verteidigung im Strafprozess

Es werden die für jede Instanz anfallenden Kosten für einen einzigen Rechtsanwalt gedeckt.

Art. 106 - Eintreten des Schadensfalls
Als Datum des Schadensfall gilt der Tag, an dem das Ereignis eingetreten ist, das schließlich zum Rechtstreit führt.
Je nach Art von Rechtsstreit gilt als Ereignis:

- der vom Versicherten erfahrene oder verursachte - tatsächliche oder mutmaßliche - außervertragliche Schaden;
- die tatsächliche oder mutmaßliche Vertragsverletzung;
- die tatsächliche oder mutmaßliche Gesetzesverletzung;

Im Bereich der Ersitzung entspricht das Ereignisdatum des Schadensfalls dem Tag der ersten Vorbringung des Antrags auf Eigentumserwerb durch Ersitzung, vorausgesetzt dass dieser während der Laufzeit des Vertrags eingereicht wurde.
Im Falle des Vorliegens mehrerer gleichartiger Schadensereignisse gilt als Ereignisdatum des Schadensfall das Datum, an dem das erste Schadensereignis eingetreten ist.
Eines oder mehrere Schadensereignisse, die miteinander zusammenhängen oder aufeinander folgen oder auf denselben Zusammenhang zurückzuführen sind, gelten, auch wenn sie mehrere Personen betreffen, als ein einziger Schadensfall und als Ereignisdatum gilt das des ersten Schadensereignisses.
Falls mehrere Versicherte in denselben Schadensfall verwickelt sind, wirkt die Deckung mit einem einzigen Höchstbetrag, der unabhängig von den von jedem einzelnen getragenen Summen gerecht unter allen Versicherten aufgeteilt wird. Falls zum Moment der Definition des Schadensfalls der Höchstbetrag pro Schadensfall nicht erreicht wurde, wird der Restbetrag zu gleichen Teilen unter den Versicherten verteilt, denen die Ausgaben nur partiell erstattet worden sind.
Abgedeckt sind Schadensfälle, die sich ereignet haben:

- ab Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes für den tatsächlichen oder mutmaßlichen außervertraglichen Schaden und die tatsächliche oder mutmaßliche Verletzung von straf- oder verwaltungsrechtlichen Normen;
- nach Ablauf von 3 (drei) Monaten ab Inkrafttreten des Versicherungsschutzes für alle anderen Sachverhalte; falls der Vertrag ohne Unterbrechung der Deckung für dasselbe Risiko an einen vorausgehenden Vertrag anknüpft, gilt diese Dreimonatsfrist nur für jene Deckungen, die im vorigen Vertrag nicht enthalten waren.

Art. 107 - Fristen für die Meldung von Schadensfällen und die Beibringung von Beweismitteln

1. **Der Versicherte hat, seiner Sorgfaltspflicht als Vertragspartei entsprechend, dem Versicherer und/oder ARAG jeden Schadensfall umgehend in dem Moment zu melden, in dem er davon erfährt, spätestens jedoch unter Einhaltung der Verjährungsfrist seiner auf diese Versicherung gestützten Ansprüche.**
2. **Die Meldung des Schadensfalls hat beim Versicherer und/oder ARAG binnen 24 (vierundzwanzig) Monaten nach Datum des Außerkrafttretens der Versicherung einzugehen. Falls diese Police ohne Unterbrechung der Versicherungsdeckung gegenüber einer Vorläuferpolice des Versicherers ausgestellt wird, läuft die Meldefrist für die Schadensfälle für alle Policen ab dem Ablaufdatum der jüngsten Police.**
3. **Der Versicherte hat den Versicherer und/oder ARAG vollständig und wahrheitsgemäß über alle Einzelheiten des Schadensfalls unter Angabe der Beweismittel, Dokumente und etwaiger anderer Versicherungsverträge zu informieren und diese auf Aufforderung zur Verfügung zu stellen.**
4. **In Ermangelung dessen kann der Versicherer und/oder ARAG nicht für etwaige Verspätungen bei der Beurteilung der Versicherungsdeckung oder der Verwaltung des Schadensfalls sowie für etwaige Verjährungen oder das Verwirken von Ansprüchen wegen Fristablaufs verantwortlich gemacht werden.**

Art. 108 - Verwaltung des Schadensfalls, freie Wahl des Rechtsbeistands

Nach Erhalt der Schadensmeldung prüft ARAG die Versicherungsdeckung und Stichhaltigkeit der Gründe des Versicherten.
Die außergerichtliche Phase wird von ARAG betreut, welche sich für die Beilegung des Rechtsstreits durch ein Übereinkommen der Parteien aktiviert und sich vorbehält, die Abwicklung an einen Rechtsanwalt ihres Vertrauens abzugeben.
Zur Beurteilung der Versicherungsdeckung der Ausgaben in der gerichtlichen Phase, einschließlich etwaiger Rechtsmittel, **prüft ARAG im Voraus die Eignung der Beweise und angeführten Argumente, welche vom Versicherten beizubringen sind.**
In der gerichtlichen Phase hat der Versicherte das Recht, einen Rechtsbeistand auszuwählen, der im Verzeichnis **der Anwaltskammer eingetragen ist**:

- **bei dem für den Rechtsstreit zuständigen Gerichtsbezirk**;
- **am eigenen Wohnort oder Satzungssitz; im Falle der Wahl einer Zustellungsanschrift benennt ARAG die betreffende Anwaltskanzlei.**

Die Beauftragung des Anwalts oder Gutachters, die im Interesse ihrer Mandanten handeln, wird direkt vom Versicherten erteilt, **daher haftet ARAG nicht für deren Handeln.**

Art. 109 - Zahlung der Ausgaben

Die Ausgaben für finanzielle Übereinkommen zwischen Versichertem und Anwalt, für den Vergleich des Rechtsstreits und für die Leistungen von Gutachtern oder freien Sachverständigen werden nur abgedeckt, wenn sie im Voraus von ARAG genehmigt worden sind.
ARAG kann deren Vergütungen direkt bezahlen, nachdem der geschuldete Betrag festgelegt wurde. Die Zahlung erfolgt in Ausführung des Versicherungsvertrags und ohne dass ARAG direkte Verpflichtungen gegenüber dem Leistungserbringer eingeht.
Falls stattdessen der Versicherte den Leistungserbringer direkt bezahlt, erstattet ARAG die Vorauszahlung nach Erhalt der entsprechenden Belegunterlagen.
Die Zahlung der garantierten Ausgaben erfolgt binnen 30 (dreißig) Tagen jeweils nach Prüfung der Angemessenheit des geforderten Betrags.

Art. 110 - Meinungsverschiedenheiten mit dem Versicherer und Interessenkonflikte

1. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Abwicklung des Schadensfalls zwischen dem Versicherten und Net Insurance S.p.A. und/oder ARAG kann die Entscheidung einem Schiedsrichter überstellt werden, der nach Billigkeit entscheidet und in Einvernehmen von den Parteien oder - in Ermangelung des Einvernehmens - durch den gemäß Zivilprozessordnung zuständigen Gerichtspräsidenten ernannt wird. **Jede der Parteien trägt unabhängig vom Ergebnis die Hälfte der Kosten des Schiedsverfahrens.** Alternativ dazu kann im Anschluss an den misslungenen Schlichtungsversuch der Gerichtsweg beschritten werden.
2. Der Versicherte hat auf jeden Fall das Recht, seinen Anwalt im Falle des Interessenkonflikts mit ARAG frei zu wählen.

Art. 111 - Rückforderung von Vorauszahlungen durch ARAG

Der Versicherte ist dazu verpflichtet, von ARAG vorgeleistete Ausgaben zurückzuerstatten:

- **wenn er Anspruch auf Erstattung durch die Gegenpartei hat**;

- **bei Vorsatzdelikten, wenn das Verfahren mit einem anderen Urteil als dem Freispruch oder der Herabstufung der Straftat von vorsätzlich auf fahrlässig endet.**

Der Versicherte hat die Pflicht, die Kopie des rechtskräftigen Urteils umgehend an ARAG zu übermitteln.

Art. 112 - Gültigkeitsgebiet

Die Leistungen gelten für Schadensfälle, die in folgenden Gebieten entstehen und bei den dort zuständigen Gerichtsbehörden zu behandeln sind:

- **in den Ländern der Europäischen Union, Vereinigtem Königreich, Vatikanstadt, Republik San Marino, Fürstentum Monaco, Schweiz und Liechtenstein** für die strafrechtliche Verteidigung, die Forderung von Schadensersatz an Dritte, für die Abwehr von außervertraglichen Schadensersatzforderungen, die durch Dritte gestellt werden;
- **in der Italienischen Republik, Vatikanstadt und Republik San Marino** für die anderen Sachverhalte.

Art. 113 - Versicherte

Versicherte sind sowohl der Versicherungsnehmer als auch die anderen nachstehend beschriebenen Personen, wenn bei den Deckungen aufgeführt ist, dass diese für alle Versicherten wirksam sind.

Für Personengesellschaften:
- die Gesellschafter
- die mitarbeitenden Gesellschafter
- die im Beschäftigtenverzeichnis des Unternehmens eingetragenen Personen
- Saisonarbeiter, Aushilfskräfte, Mitarbeiter auf Abruf, Leiharbeiter und überlassene Arbeitskräfte, ergänzende Arbeitsleistende
- Angehörige des Unternehmensinhabers, die im Betrieb mitarbeiten

Für Kapitalgesellschaften:
- der gesetzliche Vertreter, auch als Geschäftsführer
- die Gesellschafter
- die mitarbeitenden Gesellschafter
- die im Beschäftigtenverzeichnis des Unternehmens eingetragenen Personen
- Saisonarbeiter, Aushilfskräfte, Mitarbeiter auf Abruf, Leiharbeiter und überlassene Arbeitskräfte, ergänzende Arbeitsleistende

Für Einzelfirmen und Familienbetriebe:
- der Inhaber
- die im Beschäftigtenverzeichnis des Unternehmens eingetragenen Personen
- Saisonarbeiter, Aushilfskräfte, Mitarbeiter auf Abruf, Leiharbeiter und überlassene Arbeitskräfte, ergänzende Arbeitsleistende
- Angehörige des Unternehmensinhabers, die im Betrieb mitarbeiten

Bei Rechtsstreitigkeiten zwischen Versicherten werden die Leistungen allein zu Gunsten des Versicherungsnehmers garantiert.

Art. 114 - Garantierte Leistungen und Höchstbeträge

Die Deckungen gelten **für Schadensfälle, welche die Aktivitäten des versicherten Unternehmens betreffen und in der Police beschrieben sind, einschließlich Schadensfälle an der als Satzungssitz dienenden Immobilie** und, falls in der Police angegeben, **an Immobilien, die der Geschäftstätigkeit dienen.**

1. Lieferanten

Bei einem Streitwert ab € 500 bis maximal € 30.000 werden die Ausgaben für Vertragsstreitigkeiten mit den Lieferanten abgedeckt.

2. Miete, Eigentumsrecht und andere dingliche Rechte

Die Ausgaben für Rechtsstreite in Sachen Miete, Eigentumsrecht und anderer dinglicher Rechte sind abgedeckt.

Im Bereich der Ersitzung entspricht das Ereignis des Rechtsstreits dem Datum der ersten Vorbringung des Antrags auf Eigentumserwerb durch Ersitzung, vorausgesetzt dass dieser während der Laufzeit des Vertrags eingereicht wurde.

3. Beschäftigungsverhältnisse

Es werden die Ausgaben für individuelle arbeitsrechtliche Streitigkeiten mit Beschäftigten abgedeckt, die im Beschäftigtenverzeichnis des Versicherungsnehmers eingetragen sind.

4. Erlittene Schäden

Es werden die Ausgaben für die Schadensersatzforderung für außervertragliche Schäden abgedeckt, die aufgrund von Straftaten Dritter erfahren werden, einschließlich der Nebenklage im Strafprozess.

5. Ausgaben für die Abwehr im Falle außervertraglicher Schäden

Es werden die Ausgaben abgedeckt, die von allen Versicherten für die Abwehr von Schadensersatzforderungen Dritter getragen werden, die aufgrund von außervertraglichen, von den Versicherten verursachten Schäden gestellt werden.

Die Deckung gilt **auf erstes Risiko:**

wenn die Haftpflichtpolice:

- nicht vorhanden ist;
- in der Sache nicht wirksam ist, da sie den angezeigten Sachverhalt nicht abdeckt, weil er nicht Gegenstand der Deckung ist oder weil er ausdrücklich von der Deckung ausgeschlossen wurde oder falls der Betrag des Schadens unter dem vertraglichen Selbstbehalt liegt;

- nicht wirksam wird, weil keine Haftung des Versicherten vorliegt;
- nicht wirksam wird, weil der Haftpflichtversicherer kein Interesse daran hat, die Schadensersatzklage des Dritten abzuwehren, da der Höchstbetrag für die Abwicklung des Schadens ausgeschöpft ist. Die Deckung gilt für die anschließenden Ausgaben.

Diese Deckung gilt nicht, wenn die Haftpflichtversicherung den Schaden, nicht aber die Gerichtskosten für die Abwehr der Schadensersatzklage abdeckt.
Zum Beispiel, wenn der Haftpflichtversicherer kein Interesse hat, weil er den Schaden des Dritten mit einem unter dem Höchstbetrag laut Police liegenden Betrag ausgezahlt hat, oder wenn die Vereinbarung zur Streitführung verletzt wurde.
Diese Deckung gilt ferner nicht, wenn der Schadensfall erst nach Ablauf der Verjährungsfrist beim Haftpflichtversicherer gemeldet wird. **Die Ausgaben für die Beweissicherung, die zeitlich vor dem Eingreifen des Haftpflichtversicherers erfolgt, sind nicht abgedeckt**. **Die Wirksamkeit der Deckung ist der Feststellung des Bestehens der Schadensfalldeckung durch den Haftpflichtversicherer untergeordnet**.

6. Fahrlässigkeitsdelikte oder Ordnungsstrafen

Es werden die in strafrechtlichen Verfahren für Fahrlässigkeitsdelikte oder Ordnungsstrafen getragenen Ausgaben - auch für den Bereich Steuer- oder Verwaltungsrecht - abgedeckt.
Es werden die Ausgaben abgedeckt, die für die Freigabe von beschlagnahmten Gütern zum Zwecke der Fortsetzung der versicherten Tätigkeit getragen werden.

7. Vorsatzdelikte

Es werden die in strafrechtlichen Verfahren für Vorsatzdelikte getragenen Ausgaben abgedeckt.
Die Deckung gilt, wenn:

- **der Versicherte mit rechtskräftigem Urteil freigesprochen wird**
- **die Straftat von vorsätzlich auf fahrlässig zurückgestuft wird**
- **das Verfahren wegen Gegenstandslosigkeit der Meldung einer strafbaren Handlung oder, weil der Umstand keine Straftat darstellt, eingestellt wird**

Die Deckung wirkt nicht in Fällen der Verfahrenseinstellung aus anderen Gründen.
ARAG erstattet den Versicherten die Ausgaben, die sie bis zu dem Moment getragen haben, in dem das Urteil Rechtskraft erlangt hat.
Falls das Verfahren nach der Einstellung wieder aufgenommen wird und ein anderes Urteil als Freispruch oder Rückstufung der Straftrat von vorsätzlich auf fahrlässig ergeht, **hat der Versicherte sämtliche von ARAG für die Verteidigung des Versicherten in allen Instanzen getragenen Ausgaben an ARAG zurückzuzahlen.**

Die Versicherung wird bis zum Höchstbetrag Euro 10.000,00 pro Schadensfall und Euro 50.000,00 pro Versicherungsjahr geleistet.

Art. 115 – Ausschlüsse

Wird der Versicherte in einen Rechtsstreit verwickelt, übernimmt der Versicherer folgende Ausgaben nicht:

- **Vergütung des Anwalts auf Grundlage einer Vereinbarung über die Beteiligung am Prozessgewinn**
- **Anwaltshonorare für Strafanträge und Anzeigen, wenn in deren Folge kein Strafverfahren gegen die andere Partei eingeleitet wird**
- **Honorare des Anwalts, der die Zustellungsanschrift stellt, wenn nicht von ARAG benannt**
- **Ausgaben für Reisekostenvergütung**
- **Kosten der Zwangsvollstreckung über den zweiten Fall pro Schadensfall hinaus**
- **Kosten der Schlichtungsstelle bei nicht obligatorischer Schlichtung**
- **Steuern, Abgaben und andere Lasten, die nicht zu den Gerichtskosten gehören**
- **Strafen, Bußgelder, Geldstrafen allgemein**
- **etwaige Kostenerstattungen, die zu Gunsten der in Strafverfahren gegen den Versicherten angetretenen Nebenkläger verfügt werden**
- **nicht mit ARAG vereinbarte Ausgaben**
- **im Falle der Wahl einer Zustellungsanschrift, jede Verdoppelung von Honoraren**

Der Versicherer übernimmt ferner nicht:

a) **bei Vorsatzdelikten - die getragenen Ausgaben, wenn die Straftat aus anderen Gründen als Freispruch, Zurückstufung von vorsätzlich auf fahrlässig oder Einstellung aufgrund von Gegenstandslosigkeit oder mangels strafbaren Tatbestandes getilgt wird.**

b) **bei Fahrlässigkeits- und Vorsatzdelikten: Ausgaben für die Freigabe anderer beschlagnahmter Güter als derjenigen, die zum Zwecke der Fortsetzung der versicherten Tätigkeit benötigt werden.**

c) **bei Rechtsstreiten mit Lieferanten: Ausgaben bei Streitwert unter € 500 oder über € 30.000.**

d) **bei arbeitsrechtlichen Streitigkeiten: Ausgaben für individuelle arbeitsrechtliche Streitigkeiten mit Beschäftigten, die nicht im Beschäftigtenverzeichnis des Versicherungsnehmers eingetragen sind.**

e) bei der Deckung Ausgaben für die Abwehr im Falle außervertraglicher Schäden, auf erstes Risiko:
   - die getragenen Ausgaben, wenn die Haftpflichtversicherung den Schaden, aber nicht die Gerichtskosten für die Abwehr der Schadensersatzklage abdeckt;
   - die getragenen Ausgaben, wenn der Schadensfall erst nach Ablauf der Verjährungsfrist beim Haftpflichtversicherer gemeldet wurde;
   - die Ausgaben für die Beweissicherung, die zeitlich vor dem Eingreifen des Haftpflichtversicherers erfolgt;
   - die getragenen Ausgaben, wenn keine Feststellung des Bestehens der Schadensfalldeckung durch den ggf. vorhandenen Haftpflichtversicherer vorliegt.

Falls im Vertrag nicht anders festgelegt, gelten die Deckungen nicht für Schadensfälle im Bereich:

1. Familien-, Erb- oder Schenkungsrecht;
2. Steuer- oder Verwaltungsrecht;
3. Umstände infolge von sozialen Unruhen, Aufständen, kriegerischen Ereignissen, terroristischen Anschlägen, Vandalismus, Erdbeben, Streik, Aussperrung, Verwahrung oder Verwendung radioaktiver Substanzen;
4. Aktivitäten in Verbindung mit der Kernkraftbranche, Nuklear- oder genetischen Schäden, die vom Versicherten verursacht werden, unter Ausnahme von Rechtsstreiten infolge medizinischer Behandlungen;
5. Umstände infolge von Naturereignissen, die zu Naturkatastrophen erklärt werden bzw. die Ausrufung des Notstands bewirken;
6. Patent-, Marken-, Urheber- und Exklusivrechte sowie Rechtsansprüche bei Auktionsbetrug, unlauterem Wettbewerb oder Verletzung des Kartellverbots;
7. Kauf/Verkauf von Gesellschaftsanteilen oder Rechtsstreitigkeiten zwischen Geschäftsführern und/oder Gesellschaftern bzw. zwischen letzteren und dem Versicherungsnehmer;
8. Eigentum oder Fahren von Kraftfahrzeugen, Booten, Flugzeugen oder Fahrzeugen, die auf Schienen oder an Metallseilen fahren;
9. vorsätzliche Handlungen der versicherten Personen;
10. nicht zufällige Umstände, die Umweltverschmutzung nach sich gezogen haben;
11. Fusion, Änderung oder Umwandlung von Gesellschaften;
12. Dienstleistungen oder Lieferungen von Gütern, die vom Vertragsnehmer in Ausübung seiner Betriebstätigkeit vorgenommen worden sind;
13. Kauf/Verkauf oder Tausch von Immobilien;
14. Wiederherstellung oder erhaltende Sanierungsmaßnahmen, Renovierung oder Neubau von Gebäuden, einschließlich damit verbundener Lieferaufträge oder Verlegung/Installation von Materialien oder Anlagen; dieser Ausschluss ist nicht wirksam, wenn der Versicherungsnehmer im Bausektor tätig ist;
15. Vermietung oder Abtretung des Unternehmens, eines Unternehmenszweigs oder Immobilien-Leasingverträge;
16. Herstellung oder Vertrieb von Sprengstoffen oder Herstellung von Waffen oder militärischer Ausrüstung;
17. Tätigkeiten von Industriebetrieben, die auf die Abfallbehandlung oder -entsorgung spezialisiert sind;
18. Rechtsstreitigkeiten zwischen Leiharbeitsunternehmen und den bei Dritten beschäftigten Leiharbeitskräften;
19. Aktivitäten von Genossenschaften oder Verbraucherverbänden;
20. Ausübung des Arztberufs, medizinischer oder pflegerischer Tätigkeiten;
21. Agentur-, Vertretungs- und Beauftragungsverträge;
22. Streitigkeiten mit der Gesellschaft oder der Bank, welche die Dachgesellschaft der ersteren ist;
23. Teilnahme an Sammelklagen (class action);
24. strafrechtliche Verteidigung wegen Kindesmisshandlung;
25. Schuldeneintreibung;
26. für Streitigkeiten, welche die Zahlung von Mieten und Nebenkosten zum Gegenstand haben;
27. vertraglicher Art des Versicherten, welche die Zahlung des Preises von Gütern oder Dienstleistungen zum Gegenstand haben;
28. wenn die Möglichkeit eines Falls von Berufshaftpflicht des beauftragten Rechtsbeistands besteht;
29. bezüglich oder in Verbindung mit nicht von Versicherten belegten oder nicht in der Police aufgeführten Immobilien;
30. bezüglich vom Versicherten, ggf. auch ehrenamtlich, bekleideten Gesellschaftsämtern bei öffentlichen oder privaten Körperschaften;
31. die nicht ausdrücklich unter Art. 114 - „Garantierte Leistungen und Höchstbeträge“ genannt sind;
32. die auf Massenentlassungen oder Verfahren zur Inanspruchnahme der Lohnausgleichskasse zurückzuführen sind;

33. **bezüglich der Ausübung der unter Art. 2229 des it. Zivilgesetzbuchs definierten geistigen Berufe.**

ABSCHNITT 11 - SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN

Folgende Deckungen gelten, wenn die betreffende Deckungssumme in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Art. 116 - Gegenstand der Versicherung
Der Versicherer erstattet den Einnahmeausfall des in der Police angegebenen Unternehmens, in dem eines oder mehrere elektronische - ggf. mit verschiedenen Bankinstituten verbundene - POS-Terminals (Point of sale) verwendet werden, wenn der Ausfall aufgrund der vollständigen zwangsläufigen Inaktivität verursacht wurde, die auf einen direkten Sachschaden zurückzuführen ist, der durch mindestens eines nachstehender Ereignisse hervorgerufen wurde.

A. DECKUNG SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN

Der Versicherer erkennt dem Versicherten für jeden Arbeitstag erzwungener und vollständiger Inaktivität des versicherten Unternehmens/Geschäfts ein Tagegeld (dessen Betrag entsprechend Art. 119 festgelegt wird, unbeschadet des Höchstbetrags lauf Police) für den Fall direkter Sachschäden zu, die entstehen an:

a) **Gebäude und Bestand des in der Police aufgeführten Unternehmens mit Einschränkung auf die Räumlichkeiten, in denen das POS-Terminal verwendet wird, im Anschluss an die nachstehend aufgeführten Ereignisse:**

1. **Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten und Implosion,** die nicht durch Sprengkörper verursacht worden sind;
2. **Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten**, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen;
3. **Druckwelle**, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;
4. **Zusammenstoß von Straßenfahrzeugen**, die nicht dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder den anderen Beschäftigten gehören oder von diesen verwendet werden;
5. Rauch, der infolge einer zufälligen Panne, **die nicht durch Verschleiß, Korrosion, Materialdefekte oder mangelhafte Wartung verursacht wurde**, aus den Anlagen für die Wärmeerzeugung austritt, die Teil der Sachen selbst sind, vorausgesetzt dass diese Anlagen über geeignete Leitungen und fachgerecht angelegte Kamine angeschlossen sind;
6. **Entwicklung von Rauch, Gas und Dämpfen,** Auslaufen oder Austreten von Flüssigkeiten, **vorausgesetzt dass dies Folge von zuvor aufgeführten Ereignissen ist, welche die in der Police genannte Betriebstätigkeit betroffen haben;**
7. **Ausfall oder anomale Erzeugung oder Verteilung von elektrischer oder Wärmeenergie oder Wasserkraft,** Ausfall oder anomaler Betrieb von elektronischen Geräten, Heiz- oder Klimaanlagen, **vorausgesetzt dass dies Folge der zuvor aufgeführten Ereignisse ist;**
8. **elektrische Störfälle**, Entladungen oder andere elektrische Betriebsstörungen aus jeglichem Anlass an:
   - elektrischen und elektronischen Maschinen und Anlagen, Geräten und Schaltungen, die zum Gebäude gehören;
   - Maschinen und Anlagen, die zum Bestand gehören.

   Ausgeschlossen sind Schäden:
   - **aufgrund von Verschleiß oder mangelnder Wartung;**
   - **die bei Ein- und Ausbauvorgängen auftreten, die nicht in Verbindung mit Wartungs- oder Überholungsmaßnahmen stehen, sowie Schäden, die bei Abnahmen und Tests auftreten;**
   - **die auf Defekte zurückzuführen sind, die dem Versicherten oder Versicherungsnehmer beim Abschluss der Police bekannt waren oder für**
   - **für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller oder Lieferant zu haften hat;**
   - **an elektrischen Lampen, Leuchtschildern, Vakuumröhren, und Schmelzsicherungen;**
   - **an elektrischen Transformatoren und Stromgeneratoren im Freien, außerhalb des Gebäudes.**
9. **Witterungsschäden**, wie:
   i. Hagel, Orkan, Sturm, Windhosen, Wind und von diesem mitgetragene Gegenstände, wenn deren Gewaltsamkeit sich an den Wirkungen auf eine Reihe von Sachen in der näheren Umgebung feststellen lässt;
   ii. Nässe im Innern des Gebäudes infolge von Brüchen, Spalten oder Beschädigungen, die am Dach, den Wänden oder Tür-/Fensterelementen durch die Gewaltsamkeit oben genannter Witterungsereignisse verursacht worden sind.

   Ausgeschlossen sind Schäden durch:
   - **Verstopfung oder Überlaufen von Regenrinnen oder Fallrohren mit oder ohne deren Bruch;**
   - **Ausuferung von natürlichen oder künstlichen Wasserläufen oder stehenden Gewässern;**
   - **Sturmfluten und Eindringen von Meerwasser;**

- **Entstehung von Bächen, Wasserstau im Außenbereich, Brechen oder Überquellen des Abflusssystems;**
- **Frost, übermäßige Schneelast, unbeschadet der Bestimmungen unter Punkt 11. „übermäßige Schneelast“;**
- **Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzen, Eindringen;**
- **Einbrechen, Erdrutsch oder Abgleiten des Erdbodens;**

obgleich diese infolge der Erscheinungen laut Punkt „i“ und „ii“ aufgetreten sind;

10. **Hagel auf zerbrechlichen Elementen,** wie:
    - Tür- und Fensterflügel, Verglasungen und Oberlichter allgemein;
    - Asbestzement- und Faserzementplatten sowie Bauteile aus Kunststoffmaterial;

    auch wenn sie zu Gebäuden oder auf einer oder mehreren Seiten offenen Überdachungen gehören, **unter Ausschluss von Gewächshäusern und deren Inhalt**.
11. Übermäßige Schneelast, einschließlich etwaiger Nässeschäden im Innern der Betriebsräume und an deren Bestand, vorausgesetzt dass diese infolge eines vollständigen oder partiellen Einbruchs des Dachs oder der Außenwände infolge der Schneelast aufgetreten sind;
12. Austreten von Leitungswasser infolge des zufälligen Bruchs von Wasserleitungen, Sanitäranlagen und Haustechnik in den Gebäuden, in denen die Sachen enthalten sind.

    Ausgeschlossen sind Schäden:
    - **durch Feuchtigkeit, Tropfleckage, Überlaufen oder Überquellen von Kanalisation oder anderen Leitungen, Frost, Bruch von automatischen Brandlöschanlagen;**
    - **an Waren, die in einer Höhe unter 12 cm vom Boden gelagert sind;**
    - **durch Überlaufen, Überquellen oder Bruch der Kanalisation;**
    - **durch Verschleiß, Korrosion, Materialdefekte oder mangelnde Wartung.**
13. **an gekühlten Waren (mangelnde Kühlung)**, worunter die materiellen und direkten von der gekühlten Ware erfahrenen Schäden zu verstehen sind, wegen:
    - mangelnder oder anormaler Erzeugung oder Verteilung der Kälte;
    - Auslaufen des Kältemittels; infolge von:
    - einem Ereignis, das gemäß den Bedingungen laut Abschnitt 11 - Schutz von Einnahmen - versichert ist;
    - zufälligen Pannen oder Brüchen der Kühlanlage oder von deren Kontroll- und Sicherheitsvorrichtungen sowie der Wasserzuführungssysteme und der Systeme für die Erzeugung und Verteilung von elektrischer Energie, welche direkt zur Anlage gehören.

    Ausgeschlossen sind Schäden:
    - **für welche der Lieferant wegen Bau- oder Installationsmängeln haftet;**
    - **die durch fehlerhafte Bedienung oder mangelhafte Anlagenleistung verursacht werden;**
    - **an Waren auf Fahrzeugen.**
14. **sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse**, wie Volksunruhen, Streiks, Aufstände, die entweder von Einzelpersonen oder Gruppen begangen werden, Vandalismus und vorsätzliche Taten, einschließlich Terroranschläge und Sabotage.

    Ausgeschlossen sind Schäden:
    - **die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung verursacht werden;**
    - **durch Überschwemmungen oder Erdrutsch;**
    - **durch Raub, Erpressung, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art;**
    - **durch elektrische Störfälle an elektrischen oder elektronischen Maschinen und Anlagen, Geräten und Schaltungen;**
    - **die von gekühlten Waren durch Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden;**
    - **die durch die Unterbrechung von Verarbeitungsprozessen, Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung von Energie, durch Beeinträchtigungen von Produkten infolge der Arbeitsunterbrechung, durch Beeinträchtigung oder Ausfall von Kontrollen oder Bedienvorgängen verursacht werden;**
    - **die infolge von rechtmäßiger oder faktischer Beschlagnahme, Einziehung oder Requisition der versicherten Einheiten auf Anordnung durch jede Art behördlicher Instanz bzw. im Falle von Aussperrungen aufgetreten sind;**
    - **durch Beschmieren;**
    - **an Gewächshäusern und deren Bestand;**
    - **ferner sind Kosten oder Ausgaben ausgeschlossen, die direkt oder indirekt auf nukleare, biologische oder chemische Kontamination zurückzuführen sind.**

    Der Versicherer entschädigt, unter Beibehaltung oben aufgeführter Bedingungen, auch Schäden, die im Laufe einer nicht

militärischen Besetzung des Eigentums aufgetreten sind, auf dem sich die versicherten Einheiten befinden. Sollte diese Besetzung jedoch ohne Unterbrechung mehr als 5 Tage lang dauern, kommt der Versicherer nicht für die Schäden auf, auch wenn sie während dieses Zeitraums entstanden sind.

15. **Absturz von Personen- und Lastaufzügen infolge des Bruchs von Vorrichtungen;**
16. **Brüche aus zufälligen Gründen von Scheiben, Platten und Schildern.**

Ausgeschlossen sind Schäden:

1. **die auftreten bei:**
   - **Reparatur und/oder Entfernung von Scheiben, Platten und Schildern;**
   - **Umzugsvorgängen;**
   - **Renovierungs- oder Umbauarbeiten an den Räumlichkeiten;**
2. **bezüglich Platten, Scheiben und Schildern, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Deckung nicht unversehrt und frei von Defekten waren;**
3. **von Oberlichtern oder Platten/Scheiben und Schildern mit künstlerischem Wert;**
4. **von Schildern infolge von Überhitzung oder Kurzschlüssen.**

b) **Geräten und Maschinen des in der Police aufgeführten Unternehmens mit Einschränkung auf die Räumlichkeiten, in denen das POS-Terminal verwendet wird, im Anschluss an die nachstehend aufgeführten Ereignisse:**

17. **Maschinenpannen aufgrund mechanischer Brüche, Zentrifugalkräften, Vibrationen, unvorhersehbaren Belastungen und Fremdkörpern;**
18. **Verschütten von Flüssigkeiten**, worunter die Schäden durch das Auslaufen von in geeigneten Behältern aufbewahrten Flüssigkeiten zu verstehen ist, das durch zufälligen Bruch der Behälter, Ventile, Hähne, Anschlüsse sowie der damit verbundenen technischen Anlagen verursacht wird.

    Ausgeschlossen sind auf jeden Fall:
    - **Schäden aufgrund fehlerhaften Öffnens oder Schließens von Ventilen und/oder Hähnen;**
    - **Schäden durch mangelnde Dichtigkeit der Behälter;**
    - **Schäden aufgrund des Verschüttens aus Behältern mit weniger als 300 l Fassungsvermögen;**
    - **Schäden, die an anderen Einheiten durch das Verschütten der Flüssigkeit verursacht werden;**
19. **Unerfahrenheit, Unvorsichtigkeit, Nachlässigkeit, Bedienfehler** bei Verwendung/Betrieb der Anlagen und Maschinen durch Beschäftigte des Versicherten oder Dritte;
20. **Ausfall oder gestörte Funktion von Bedien- oder Steuergeräten;**
21. **Schäden an Rohren und elektronischen Ventilen, außer wenn diese direkte Folge von entschädigungsfähigen Schäden sind, die an anderen Teilen der versicherten Sachen aufgetreten sind.**

    Diese Schäden werden unter Berücksichtigung des Abnutzungsprozentsatzes entschädigt, der sich aus den vom Hersteller angegebenen Parametern ergibt, bzw. in Ermangelung aus dem Abnutzungsprozentsatz, der sich aus dem Verhältnis zum seit der Installation verstrichenen Zeitraum, zu den Betriebsstunden, erfahrenen Druckstößen oder anderen einschlägigen Parametern im Verhältnis zur geschätzten Lebensdauer der Rohre ergibt;
22. **Schäden an, ausschließlich für die versicherten Sachen bestimmten, externen Leitungen**

    Nicht entschädigungsfähig sind Schäden an den Zubehörteilen der versicherten Leitungen, die nicht von Strom durchflossen werden. Im Falle von entschädigungsfähigen Schäden an externen Leitungen sind auch die vom Versicherten getragenen Kosten für Aushub-, Abtrags-, Abstütz-, Mauer-, Putz- und Belagsarbeiten inbegriffen.

Art. 117 - Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind - abgesehen von den bereits für die einzelnen Deckungen getätigten Ausschlüssen - Schäden:

a. **durch Diebstahl, Raub, Erpressung, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art, die bei Ereignissen aufgetreten sind, für welche die Versicherung gilt;**
b. **Schäden, die bei Kriegshandlungen, Aufständen, Volksaufruhr, Streiks, Unruhen, militärischer Besetzung, Invasion, aufgetreten sind, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann belegen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung mit diesen Ereignissen stand, sowie unbeschadet der Regelungen laut Punkt 14. - „Sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse" von Art. 116 - „Gegenstand der Versicherung";**
c. **die bei einer Explosion oder der Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns erzeugt wird, ebenso wie bei Strahlung, die von der künstlichen Teilchenbeschleunigung hervorgerufen wird, auftreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann beweisen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung zu diesen Ereignissen stand;**
d. **die durch Erdbeben, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, Hochwasser, Seebeben und Sturmfluten, Erdrutsche und Überflutungen verursacht werden;**
e. **an der Maschine oder Anlage, an der Bersten oder Implosion aufgetreten sind, wenn das Ereignis durch**

Verschleiß, Korrosion oder Materialdefekte verursacht wurde;

f. die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern, Geschäftsführern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung begangen werden;

g. am Inhalt von Öfen, Muffen, Geräten in Brennereien oder Röstereien durch die Direkteinwirkung der Flamme oder die Hitze der Feuerstätte;

h. die durch Frost verursacht werden;

i. durch Vergiftung von Vieh;

j. durch Einbrechen, Erdrutsch oder Abgleiten des Erdbodens;

k. durch Verschleiß, Abnutzung, Korrosion und Oxidation, welche die natürliche Folge des Gebrauchs oder Betriebs sind oder die durch das beständige Einwirken der Witterung verursacht werden;

l. für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller, Verkäufer oder Vermieter der Geräte und Maschinen zu haften hat;

m. die infolge von Ein- und Ausbauvorgängen auftreten, die nicht in Verbindung mit Wartungs- oder Überholungsmaßnahmen stehen, sowie Schäden, die bei Transport und Beförderung sowie den damit verbundenen Auf- und Abladevorgängen außerhalb des für die beweglichen Sachen angegebenen Standorts und außerhalb des ursprünglichen Installationsorts der festen Sachen auftreten;

n. aufgrund der Nichtbeachtung der vom Hersteller oder Lieferanten der Geräte und Maschinen erteilten Wartungs- und Betriebsvorschriften;

o. infolge des Tragens der Kosten für:
   - Durchführung der vorbeugenden Wartung;
   - Durchführung von Kontrollen der Funktionstüchtigkeit;
   - Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten;

p. ästhetischer Art, die nicht in Verbindung mit den entschädigungsfähigen Schäden stehen;

q. die Defekten zuzuschreiben sind, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten beim Abschluss der Police bekannt sind;

r. an austauschbaren oder für bestimmte Bearbeitungen aufsetzbaren Utensilien oder Zubehörteilen, an Formen, Matrizen, Gesenken, Schleifscheiben, Förderbändern, Seilen, Bändern, Riemen, Ketten, Reifen, Dichtungen, Filzbelägen, Verkleidungen, feuerfesten Belägen, Katalysatoren, Filtern, Fluiden allgemein mit Ausnahme des Öls von Transformatoren und Schaltern;

s. bezüglich der elektronischen Komponenten von elektrischen oder mechanischen Geräten und Anlagen, die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen auftreten und deren Beseitigung zu den Leistungen gehört, die normalerweise von Wartungs- und technischen Kundendienstverträgen erfasst werden;

t. durch Verlust, Beeinträchtigung oder Zerstörung von Daten, Verschlüsselungsprogrammen oder Software;

u. durch mangelnde Verfügbarkeit von Daten und Funktionsstörungen von Hardware oder Software;

v. an Kraftfahrzeugen;

w. durch Betriebsunterbrechung von Anlagen oder Maschinen infolge von:
   - Nutzung von Internet oder Intranet (Verwendung von Internetadressen, Websites oder Intranet sowie jeglicher Betrieb oder Betriebsstörungen von Internet und/oder den Verbindungen zu Internetadressen, Websites oder Intranet);
   - elektronischer Übertragung von Daten oder anderen Informationen;
   - Computerviren oder ähnlichen Softwares (z.B. Trojaner, Computerwürmer usw.);
   - ggf. auch unbeabsichtigter Verletzung von geistigen Eigentumsrechten (z.B. Marken-, Urheber-, Patentrecht);
   - Verletzung von Gesetz 196/2003 i.d.g.F.;

x. an folgenden Geräten:
   - Geräten für den häuslichen Gebrauch;
   - elektromedizinischen Geräten;
   - an Photovoltaikanlagen;

y. ausgeschlossen sind Schäden, Defekte oder Betriebsstörungen sowie Schäden an Modulen und elektronischen Bauteilen der Anlagen und Geräte (einschließlich der Kosten für Suche und Feststellung der Defekte), welche während der Garantiefrist der Hersteller- und/oder Lieferantenfirma aufgetreten sind, bzw. deren Beseitigung zu den normalerweise im technischen Wartungsvertrag enthaltenen Leistungen gehört, d.h.:
   - Kontrollen der Funktionstüchtigkeit;
   - vorbeugende Wartung;
   - Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten;

- **Beseitigung von Schäden und Störungen (Ersatzteile und Lohnkosten), die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen aufgetreten sind.**

Art. 118 - Verpflichtungen im Schadensfall

Im Schadensfall haben Versicherter oder Versicherungsnehmer den Versicherer binnen 3 Tagen nach Kenntnisnahme unter Angabe des Ereignisses und des annähernd geschätzten Schadensbetrags zu benachrichtigen sowie binnen 24 Stunden ab Ereignis Anzeige bei der zuständigen Behörde oder der lokalen Polizeidienststelle zu erstatten. Versicherter oder Versicherungsnehmer sind verpflichtet, die Spuren und Rückstände des Schadensfalls sowie die Indizien des möglicherweise begangenen Verbrechens bis zur Auszahlung des Schadens aufzubewahren, ohne dass Anspruch auf eine diesbezügliche Entschädigung besteht. Der Versicherte (oder der Versicherungsnehmer) hat das tatsächliche Vorliegen des Schadens zu beweisen und ferner Belege für die mittels POS erfolgten Transaktionen vorzulegen, wofür er sämtliche für diese Beweisführung geeigneten Unterlagen bereitzuhalten hat.

Art. 119 - Festlegung der Schadenshöhe

Für jeden Arbeitstag der zwangsläufigen und vollständigen Inaktivität aufgrund eines der Ereignisse laut **Art. 116 - „Gegenstand der Versicherung“** erkennt der Versicherer dem Versicherten ein Tagegeld **von mindestens Euro 50,00 und höchstens Euro 400,00** zu, das am durchschnittlichen Tagesvolumen der während der 12 Monate vor dem Schadensfall getätigten POS-Transaktionen bemessen wird.

Falls das versicherte Unternehmen/Geschäft seine Aktivitäten in mehreren Gebäuden ausübt, von denen eines vom Schadensfall betroffen ist, richtet sich das Tagegeld nach dem durchschnittlichen Tagesvolumen **allein der Transaktionen, die mit den POS-Terminals im Innern des/der Gebäude abgewickelt wurden, die vom Schadensfall betroffen worden sind.**

Falls das versicherte Unternehmen/Geschäft seine Tätigkeit seit einem kürzeren Zeitraum als 12 Monate vor dem Schadensfall ausübt, wird das Tagegeld für jeden Arbeitstag zwangsläufiger und vollständiger Inaktivität am durchschnittlichen Tagesvolumen ab Eröffnungsdatum bemessen.

Falls das versicherte Unternehmen/Geschäft seine Tätigkeit saisonal ausübt, worunter zu verstehen ist, dass die Betriebstätigkeit pro Jahr für Zeiträume über 2 Monate durchgehend eingestellt wird, **ist der Schadensfall, der auf eines der von Art. 116. - „Gegenstand der Versicherung“ vorgesehenen Ereignisse zurückzuführen ist, entschädigungsfähig, wenn er während der aktiven Saison des versicherten Unternehmens/Geschäfts aufgetreten ist.** Das Tagegeld für jeden Arbeitstag zwangsläufiger und vollständiger Inaktivität wird am durchschnittlichen Tagesvolumen in Bezugnahme auf die aktive Saison innerhalb der 12 Monate vor dem Schadensfall bemessen.

Das Tagegeld wird auf der Basis einer folgendermaßen gegliederten Stufung berechnet:

a. **1. Stufe Transaktionsvolumen bis Euro 50,00 pro Tag**: Entschädigung von **Euro 50,00** pro Tag.
b. **2. Stufe Transaktionsvolumen von Euro 50,00 bis Euro 180,00 pro Tag**: Entschädigung entsprechend der Vorgabe unter vorigem Punkt a. **(Euro 50,00)**, wozu eine weitere Entschädigung von 50% des restlichen Anteils zwischen durchschnittlichen Tageseinnahmen und Zahlung gemäß Punkt a hinzukommt;
c. **3. Stufe Transaktionsvolumen über Euro 180,00 pro Tag**: Entschädigung entsprechend der Vorgabe unter vorigem Punkt a., zuzüglich einer weiteren Entschädigung von 50% der Differenz zwischen dem Höchstbetrag der zweiten Stufe und der Zahlung gemäß Punkt a. **(Euro 50,00)**, wozu eine weitere Entschädigung von 20% der Differenz zwischen durchschnittlichen Tageseinnahmen und Höchstbetrag der zweiten Stufe (**Euro 180,00)** hinzukommt.

Die Deckung Schutz von POS-Einnahmen wird nach Anwendung eines zeitlichen Selbstbehalts von 3 Arbeitstagen einschließlich des Tags, an dem sich der Schadensfall ereignet hat, geleistet.

Die Deckung wird bis zur Erreichung der Entschädigung geleistet, die gemäß oben angegebenen Methoden festgelegt wurde, welche die maximale Risikoübernahme des Versicherers pro Schadensfall und Versicherungsjahr darstellt.

Die Versicherung gilt ausschließlich für Italien. Keine Entschädigung wird im Rahmen dieser Deckung geleistet, wenn das Unternehmen des Versicherten aufgelöst oder unter Zwangsverwaltung gestellt wird oder wenn die ausgeübte Betriebstätigkeit - ggf. auch infolge eines Schadensfalls - endgültig aufgegeben wird.

Art. 120 - Vertragliches Gutachten

Besteht kein Einvernehmen der Parteien hinsichtlich der Auszahlung der Schäden wird die Streitigkeit zwei, jeweils von einer der Parteien ernannten Gutachtern überstellt, die bei weiterer Uneinigkeit einen Dritten ernennen. Die Entscheidungen werden mehrheitlich getroffen und sind bindend für die Parteien gemäß den Bestimmungen von Art. 121. - „Beauftragung der Gutachter“. Falls eine Partei die ihr zustehende Ernennung nicht tätigt oder falls keine Einigung für die Ernennung des dritten Gutachters zustande kommt, erfolgt diese auf Beantragung der gewissenhafteren Partei durch den Präsidenten des Gerichts, in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall aufgetreten ist.

Art. 121 - Beauftragung der Gutachter

Die Gutachter haben die Aufgabe:

1. **Umstände, Art, Ursachen und Hergang des Schadensfalls zu ermitteln;**

2. **die Genauigkeit der aus den Vertragsakten hervorgehenden Beschreibungen und Erklärungen zu prüfen und festzustellen, ob zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht bekanntgegebene Umstände bestanden haben, die eine Erhöhung des Risikos bewirkt haben, und zu überprüfen, ob der Versicherte (bzw. Versicherungsnehmer) seinen Verpflichtungen gemäß Art. 118 - „Verpflichtungen im Schadensfall" nachgekommen ist;**
3. **Vorhandensein, Beschaffenheit und Menge der versicherten Sachen zu prüfen und deren Wert entsprechend den in Art. 119 „Festlegung der Schadenshöhe" angegebenen Beurteilungskriterien zu bestimmen;**
4. **die Schätzung und Auszahlung des Schadens vorzunehmen einschließlich der Kosten für Rettung, Abbruch und Räumung.**

Die Ergebnisse der Begutachtung durch die einigen Gutachter oder durch deren Mehrheit im Falle des kollegial angefertigten Gutachtens sind in einem Protokoll festzuhalten (dem die detaillierten Schätzungen beigelegt werden), das in doppelter Ausfertigung - eine pro Partei - verfasst wird. Die Ergebnisse der Beurteilungen gemäß Punkt 3. und 4. sind bindend für die Parteien, die hiermit darauf verzichten, diese anzufechten, es sei denn es läge betrügerische Absicht, Fehler, Gewalt oder Verletzung der vertraglichen Vereinbarungen vor, während auf jeden Fall jedwedes Vorgehen oder jegliche Einwendung hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit der Schäden unberührt bleibt. Das kollegial angefertigte Gutachten ist auch dann gültig, wenn einer der Gutachter die Unterzeichnung verweigert; die Weigerung ist von den anderen Gutachtern im abschließenden Gutachterprotokoll zu vermerken. Die Gutachter sind von der Einhaltung jeder Art rechtlicher Formalitäten befreit.

Art. 122 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs

Der Versicherungsnehmer (oder Versicherte), der die Höhe des Schadens vorsätzlich übertreibt, die Zerstörung oder Entwendung von zum Zeitpunkt des Schadensfalls inexistenten Sachen erklärt, gerettete Sachen entwendet oder manipuliert, trügerische oder gefälschte Mittel oder Unterlagen als Beleg verwendet, die Spuren und Rückstände des Schadensfalls vorsätzlich verändert oder der dessen Verlauf begünstigt, verliert seinen Anspruch auf Entschädigung.

Art. 123 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern

Wenn für dieselben Sachen und dasselbe Risiko mehrere Versicherungen bestehen, hat der Versicherte jeden Versicherer über die weiteren abgeschlossenen Verträge zu informieren. Bei Eintreten eines Schadensfalls hat der Versicherte die Pflicht, diesen bei allen Versicherern zu melden und hat bei jedem davon die gemäß jeweiligem unabhängig berücksichtigtem Vertrag zustehende Entschädigung zu beantragen.

Sollte die Summe dieser Entschädigungen - unter Ausschluss von der Berechnung jener Entschädigung, die ggf. von einem insolventen Versicherer geschuldet würde, - die Schadenshöhe übersteigen, ist der Versicherer verpflichtet, allein den verhältnismäßigen, auf Grundlage des eigenen Vertrags berechneten Anteil zu zahlen, unter Ausschluss jeglicher gesamtschuldnerischer Verpflichtung gemeinsam mit den anderen Versicherern.

Art. 124 - Rückgriff

Der Versicherer nimmt den Anspruch auf Rückgriff gemäß Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs wahr.

ABSCHNITT 12 - BRAND

Folgende Deckungen gelten, wenn die betreffende Deckungssumme in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Art. 125 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer entschädigt die in der Police angegebenen, direkt von den versicherten Gütern erlittenen, materiellen Schäden, auch wenn diese Eigentum Dritter sind - unter Ausschluss von Leasing-Gütern, die bereits von einer anderen Versicherung gedeckt sind, - und auch wenn diese durch grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder des Versicherten infolge der nachstehend aufgeführten Ereignisse auftreten.

A. DECKUNG GEBÄUDE

B. DECKUNG BESTAND

Unbeschadet der Angaben unter Art. 128 - **„Ausschlüsse"** und unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckungen **Gebäudebrand** und **Bestandsbrand** die maximale Leistung des Versicherers darstellt, sind die nachstehend aufgelisteten Ereignisse garantiert:

1. **Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten und Implosion,** die nicht durch Sprengkörper verursacht worden sind;
2. **Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten**, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen;
3. **Druckwelle**, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;
4. **Zusammenstoß von Straßenfahrzeugen**, die nicht dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder den anderen Beschäftigten, Personal oder Mitarbeitern des Versicherten gehören oder von diesen verwendet werden;

5. Rauch, der infolge einer zufälligen Panne, **die nicht durch Verschleiß, Korrosion, Materialdefekte oder mangelhafte Wartung verursacht wurde**, aus den Anlagen für die Wärmeerzeugung austritt, die Teil der Sachen selbst sind, und vorausgesetzt dass diese Anlagen über geeignete Leitungen und fachgerecht angelegte Kamine angeschlossen sind;
6. **Entwicklung von Rauch, Gas und Dämpfen, Auslaufen oder Austreten von Flüssigkeiten, vorausgesetzt dass dies die Folge von zuvor aufgeführten Ereignissen ist, welche die versicherten Sachen oder Einheiten in einem Umkreis von 20 m davon betroffen haben;**
7. **Ausfall oder anomale Erzeugung oder Verteilung von elektrischer oder Wärmeenergie oder Wasserkraft,** Ausfall oder anomaler Betrieb von elektronischen Geräten, Heiz- oder Klimaanlagen, **vorausgesetzt dass dies die Folge von oben aufgeführten Ereignissen ist, welche die versicherten Sachen oder Einheiten in einem Umkreis von 20 m davon betroffen haben;**
8. **elektrische Störfälle**, Entladungen oder andere elektrische Betriebsstörungen aus jeglichem Anlass an:
   - elektrischen und elektronischen Maschinen und Anlagen, Geräten und Schaltungen, die zum versicherten Gebäude gehören;
   - Maschinen und Anlagen, die zum versicherten Bestand gehören.

   Ausgeschlossen sind Schäden:
   - **aufgrund von Verschleiß oder mangelnder Wartung;**
   - **die bei Ein- und Ausbauvorgängen auftreten, die nicht in Verbindung mit Wartungs- oder Überholungsmaßnahmen stehen, sowie Schäden, die bei Abnahmen und Tests auftreten;**
   - **die auf Defekte zurückzuführen sind, die dem Versicherten oder Versicherungsnehmer beim Abschluss der Police bekannt waren oder für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller oder Lieferant zu haften hat;**
   - **an elektrischen Lampen, Leuchtschildern, Vakuumröhren, und Schmelzsicherungen;**
   - **an elektrischen Transformatoren und Stromgeneratoren im Freien, außerhalb des Gebäudes.**

   In Verbindung mit elektrischen Störfällen bezahlt der Versicherer auf keinen Fall mehr als 5% der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Bestand mit der Obergrenze von Euro 5.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

   Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug einer Selbstbeteiligung pro einzelnem Schadensfall von 10% mit dem Mindestbetrag € 300,00, der vom Versicherten selbst zu tragen ist.

   Die Versicherung wird auf erstes Risiko geleistet, daher kommt im Schadensfall das Proportionalitätsprinzip gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs nicht zur Anwendung.
9. **Witterungsschäden**, wie:
   i. Hagel, Orkan, Sturm, Windhosen, Wind und von diesem mitgetragene Gegenstände, wenn die Gewaltsamkeit dieser Erscheinungen sich an den Wirkungen auf eine Reihe von - versicherten oder nicht versicherten - Sachen in der näheren Umgebung feststellen lässt;
   ii. Nässe im Innern des Gebäudes infolge von Brüchen, Spalten oder Beschädigungen, die am Dach, den Wänden oder Tür-/Fensterelementen durch die Gewaltsamkeit oben genannter Witterungsereignisse verursacht worden sind.

   Ausgeschlossen sind Schäden durch:
   - **Verstopfung oder Überlaufen von Regenrinnen oder Fallrohren mit oder ohne deren Bruch;**
   - **Ausuferung von natürlichen oder künstlichen Wasserläufen oder stehenden Gewässern;**
   - **Sturmfluten und Eindringen von Meerwasser;**
   - **Entstehung von Bächen, Wasserstau im Außenbereich, Brechen oder Überquellen des Abflusssystems;**
   - **Frost, übermäßige Schneelast, unbeschadet der Bestimmungen unter Punkt 11. „übermäßige Schneelast“;**
   - **Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzen, Eindringen;**
   - **Schäden durch Einbrechen, Erdrutsch oder Abgleiten des Erdbodens; auch wenn diese infolge der Erscheinungen laut oben aufgeführten Punkten „i“ und „ii“ aufgetreten sind;**
     die entstehen an:
   - **Bäumen, Sträuchern, Blumen- und landwirtschaftlichem Anbau allgemein;**
   - **Umzäunungen, Toren, Kränen, Luftkabeln, Schornsteinen und Kaminen, Schildern, Antennen;**
   - **Photovoltaik- und Solarwärmeanlagen sowie ähnlichen Installationen im Außenbereich;**
   - **Einheiten im Freien mit Ausnahme von Tanks und nach Beschaffenheit und Zweckbestimmung festen Anlagen;**
   - **Gebäuden oder Überdachungen, die an einer oder mehreren Seiten offen bzw. deren Abdeckungen oder Tür-/Fensterelementen unvollständig sind (auch bei vorübergehendem Reparaturbedarf ggf. infolge von Schadensfall), Traglufthallen, Seilnetzkonstruktionen und ähnlichem, Holz- oder Kunststoffbaracken und deren Inhalt;**
   - **Tür- und Fensterflügeln, Verglasungen und Oberlichtern allgemein, es sei denn, diese sind auf Bruch oder Beschädigung des Dachs oder der Wände zurückzuführen;**

- **Faserzement- oder Asbestzementplatten und Bauteilen aus Kunststoffmaterial durch die Einwirkung von Hagel, vorbehaltlich der Vorgaben unter Punkt 10. „Hagel auf zerbrechlichen Elementen“;**
- **Gewächshäusern und deren Inhalt, unbeschadet der Angaben unter Punkt 6. „Witterungsschäden an Gewächshäusern“ von Art. 127 - Branche Landwirtschaft, Markisen im Außenbereich und Jalousien;**
- **Getreide vor der Ernte, Pflanzen und Anbauflächen.**

Bei Witterungsschäden:

- **erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer Selbstbeteiligung pro einzelnem Schadensfall von 10% der geschuldeten Entschädigung mit dem Mindestbetrag € 500,00, der vom Versicherten selbst zu tragen ist;**
- **auf keinen Fall bezahlt der Versicherer pro einzelnem Schadensfall einen Betrag über 70% der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Bestand.**

10. **Hagel auf zerbrechlichen Elementen,** wie:
    - Tür- und Fensterflügel, Verglasungen und Oberlichter allgemein;
    - Asbestzement- und Faserzementplatten sowie Bauteile aus Kunststoffmaterial;

    auch wenn sie zu Gebäuden oder auf einer oder mehreren Seiten offenen Überdachungen gehören, **unter Ausschluss von Gewächshäusern und deren Inhalt, unbeschadet der Angaben unter Punkt 6. „Witterungsschäden an Gewächshäusern“ von Art. 127 - Branche Landwirtschaft.**

    Im Falle von Hagel auf zerbrechlichen Elementen:
    - **erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug eines Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 500,00;**
    - **zahlt der Versicherer auf keinen Fall für einen oder mehrere Schadensfälle, die in einem Versicherungsjahr auftreten, einen Betrag über Euro 15.000,00.**
11. **übermäßige Schneelast**, einschließlich etwaiger Nässeschäden im Innern der Betriebsräume und an deren Bestand, vorausgesetzt dass diese infolge eines vollständigen oder partiellen Einbruchs des Dachs oder der Außenwände infolge der Schneelast aufgetreten sind.

    Ausgeschlossen sind Schäden:
    - **an Gebäuden, die nicht den zum Zeitpunkt des Baus bzw. einer späteren Renovierung des Tragwerks des Dachs geltenden Normen bezüglich der übermäßigen Schneelast entsprechen, sowie an deren Bestand;**
    - **an Gebäuden, die sich in Bau oder Renovierung befinden (es sei denn letztere habe keinerlei Einfluss auf diese Deckung), und an deren Bestand;**
    - **an Gewächshäusern, Traglufthallen, Seilnetzkonstruktionen und Zeltbauten und deren Bestand;**
    - **an Türen und Fenstern, Verglasungen und Oberlichtern allgemein, Schildern, Antennen, Solarzellen, Sonnenkollektoren und ähnlichen Installationen im Außenbereich sowie an Abdichtungen, es sei denn, deren Beschädigung ist auf vollständigen oder partiellen Einsturz des Gebäudes infolge der übermäßigen Schneelast zurückzuführen;**
    - **durch Lawinen und Erdrutsche;**
    - **durch Frost gleich welchen Ursprungs.**

    Bei übermäßiger Schneelast:
    - **erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer Selbstbeteiligung pro einzelnem Schadensfall von 10% der Entschädigung mit einem Mindestbetrag von Euro 1.000,00;**
    - **auf keinen Fall bezahlt der Versicherer pro einzelnem Schadensfall einen Betrag über 50% der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Bestand mit der Obergrenze von Euro 150.000,00 für einen oder mehrere Schadensfälle, die in einem Versicherungsjahr auftreten.**
12. **Austreten von Leitungswasser** infolge des zufälligen Bruchs von Wasserleitungen, Sanitäranlagen und Haustechnik in den versicherten oder die Sachen enthaltenden Gebäuden.

    Ausgeschlossen sind Schäden:
    - **durch Feuchtigkeit, Tropfleckage, Überlaufen oder Überquellen von Kanalisation oder anderen Leitungen, Frost, Bruch von automatischen Brandlöschanlagen;**
    - **an Waren, die in einer Höhe unter 12 cm vom Boden gelagert sind;**
    - **durch Überlaufen, Überquellen oder Bruch der Kanalisation;**
    - **durch Verschleiß, Korrosion, Materialdefekte oder mangelnde Wartung.**

    Bei Schäden durch das Austreten von Leitungswasser:
    - **erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug eines Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 250,00;**
    - **zahlt der Versicherer auf keinen Fall für einen oder mehrere Schadensfälle, die in einem Versicherungsjahr auftreten, einen Betrag über Euro 150.000,00.**

13. Klage Dritter.

Der Versicherer verpflichtet sich dazu, den Versicherten für die Summe, die dieser für Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben gemäß gesetzlicher Haftpflicht zu zahlen hat, schadlos zu halten für direkte Schäden an den Sachen Dritter durch Brand, Explosion oder Bersten, die nicht durch Sprengkörper verursacht worden sind. **Die Versicherung ist erweitert auf Schäden, die durch die vollständige oder partielle Unterbrechung bzw. Sperre der Nutzung von Gütern sowie der industriellen, geschäftlichen, landwirtschaftlichen oder Dienstleistungstätigkeit entstehen, bis zur Erreichung pro einzelnem Schadensfall von 10% der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Bestand.**

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **an Sachen, die der Versicherte gleich aus welchem Anlass in Verwahrung oder Gewahrsam hat, mit Ausnahme der Fahrzeuge von Beschäftigten, Personal, Kunden und Lieferanten des Versicherten, der Transportfahrzeuge, die be- oder entladen werden oder im Ladebereich abgestellt sind, sowie der darauf transportierten Sachen;**
- **jeglicher Art infolge der Verschmutzung von Wasser, Luft und Boden. Auf keinen Fall gelten als Dritte:**
- **Ehegatten, Eltern, Kinder des Versicherten sowie jede andere, mit dem Versicherten zusammenlebende, verwandte oder verschwägerte Person;**
- **wenn der Versicherte keine natürliche Person ist: der gesetzliche Vertreter, der Gesellschafter mit unbeschränkter Haftung, der Geschäftsführer und alle Personen, die in einem der oben aufgeführten Verhältnisse zu diesen stehen;**
- **Gesellschaften, die gegenüber dem Versicherten, der keine natürliche Person ist, als abhängige, herrschende oder verbundene Gesellschaft gemäß Art. 2359 des it. Zivilgesetzbuchs gelten, sowie deren Geschäftsführer, gesetzlicher Vertreter und alle Personen, die in einem der unter vorstehenden Punkten aufgeführten Verhältnisse zu diesen stehen.**

Bei Klagen Dritter:

- **erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug eines Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 1.000,00;**
- **auf keinen Fall bezahlt der Versicherer pro einzelnem Schadensfall einen Betrag über 20% der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Bestand mit der Obergrenze pro Schadensfall von Euro 500.000,00.**

14. Indirekte Schäden (Betriebsunterbrechung)

Im Falle zwangsläufiger Inaktivität des versicherten Unternehmens/Geschäfts, die durch den **gemäß diesem Abschnitt entschädigungsfähigen Schadensfall** verursacht wurde, erkennt der Versicherer dem Versicherten ein Tagegeld **bis Euro 300,00 für jeden Arbeitstag zwangsläufiger vollständiger Inaktivität** zu für die Festkosten von Löhnen, Gehältern, Miete, festen Dienstleistungs- und/oder Wartungskosten.

Falls die zwangsläufige Inaktivität nur partiell ist, d.h. nur einen Teil der versicherten Betriebstätigkeit betrifft, wird der oben genannte Tagesbetrag auf die Hälfte reduziert.

Ausgeschlossen sind Schäden durch die Verlängerung oder Hinauszögerung des Stillstands wegen:

- **Streik, Aussperrung, von Behörden verhängten Maßnahmen;**
- **Schwierigkeiten bei Wiederaufbau, Reparatur oder Ersatz von zerstörten oder beschädigten Sachen, die auf externe Ursachen zurückzuführen sind, wie örtliche oder staatliche Städtebauvorschriften oder andere Gesetzesnormen;**
- **Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Waren oder Maschinen, die auf außergewöhnliche Ereignisse oder höhere Gewalt zurückzuführen sind, wie zum Beispiel Naturkatastrophen, Streiks, die Materiallieferungen verhindern oder verzögern, Kriegszustände.**

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach **Abzug des Tagegelds für die ersten 7 Arbeitstage** einschließlich dem des Schadensereignisses.

Diese Deckung wird für eine **Unterbrechung mit maximaler Gesamtdauer von 90 Tagen** geleistet.

15. gekühlte Waren (Ausfall der Kühlung)

Der Versicherer entschädigt die materiellen und direkten von der gekühlten Ware erfahrenen Schäden, die verursacht werden durch:

- Ausfall oder anomale Erzeugung oder Verteilung der Kälte;
- Auslaufen des Kältemittels; infolge von:
- einem Ereignis, das gemäß den Bedingungen laut Abschnitt 12 - Brand versichert ist;
- zufälligen Pannen oder Brüchen der Kühlanlage oder von deren Kontroll- und Sicherheitsvorrichtungen sowie der Wasserzuführungssysteme und der Systeme für die Erzeugung und Verteilung von elektrischer Energie, welche direkt zur Anlage gehören.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **für welche der Lieferant wegen Bau- oder Installationsmängeln haftet;**
- **die durch fehlerhafte Bedienung oder mangelhafte Anlagenleistung verursacht werden;**

- **an Waren auf Fahrzeugen.**

Die Deckung wird nur dann wirksam, wenn Ausfall, anomale Erzeugung oder Verteilung der Kälte eine ununterbrochene Dauer von 12 Stunden oder mehr hatte.

Unbeschadet obiger Festlegungen, kommt der Versicherer nicht für Schäden an versicherten Waren auf, die durch eine vom Elektrizitätswerk vorangekündigte oder programmierte Unterbrechung der Stromversorgung verursacht werden.

Der Versicherer zahlt auf keinen Fall mehr als Euro 10.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines festen Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 1.000,00.

16. **sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse**, wie Volksunruhen, Streiks, Aufstände, die entweder von Einzelpersonen oder Gruppen begangen werden, Vandalismus und vorsätzliche Taten, einschließlich Terroranschläge und Sabotage.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung verursacht werden;**
- **durch Überschwemmungen oder Erdrutsch;**
- **durch Raub, Erpressung, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art;**
- **durch elektrische Störfälle an elektrischen oder elektronischen Maschinen und Anlagen, Geräten und Schaltungen;**
- **die von gekühlten Waren durch Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden;**
- **die durch die Unterbrechung von Verarbeitungsprozessen, Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung von Energie, durch Beeinträchtigungen von Produkten infolge der Arbeitsunterbrechung, durch Beeinträchtigung oder Ausfall von Kontrollen oder Bedienvorgängen verursacht werden;**
- **die infolge von rechtmäßiger oder faktischer Beschlagnahme, Einziehung oder Requisition der versicherten Einheiten auf Anordnung durch jede Art behördlicher Instanz bzw. im Falle von Aussperrungen aufgetreten sind;**
- **durch Beschmieren;**
- **an Gewächshäusern und deren Bestand.**

Ferner sind Kosten oder Ausgaben ausgeschlossen, die direkt oder indirekt auf nukleare, biologische oder chemische Kontamination zurückzuführen sind.

Der Versicherer entschädigt, unter Beibehaltung oben aufgeführter Bedingungen, auch Schäden, die im Laufe einer nicht militärischen Besetzung des Eigentums aufgetreten sind, auf dem sich die versicherten Einheiten befinden. **Sollte diese Besetzung jedoch ohne Unterbrechung mehr als 5 Tage lang dauern, kommt der Versicherer nicht für die Schäden auf, auch wenn sie während dieses Zeitraums entstanden sind.**

Bei sozialpolitischen und vorsätzlichen Ereignissen:

- **erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer Selbstbeteiligung pro einzelnem Schadensfall von 10% der geschuldeten Entschädigung mit dem Mindestbetrag Euro 1.000,00;**
- **auf keinen Fall bezahlt der Versicherer für einen oder mehrere Schadensfälle, die während des für diese Erweiterung vereinbarten Versicherungszeitraums auftreten, einen Betrag über 70% der Deckungssummen jeweils für den Brand von Gebäude und Bestand.**

17. **Vorschuss von Entschädigungen**

Der Versicherte hat Anspruch, vor der Auszahlung des Schadensfalls **die Zahlung eines Vorschusses bis maximal 50%** des auf Grundlage der erhobenen Informationen absehbaren **Betrags** zu beantragen und zu erhalten, **vorausgesetzt dass keine Beanstandung der Entschädigungsfähigkeit vorgenommen wurde und dass der Gesamtbetrag des Schadensfalls mit Sicherheit Euro 100.000,00 übersteigen wird.**

Die Verpflichtung des Versicherers ist **binnen 90 Tagen ab Meldedatum des Schadensfalls zu erfüllen, vorausgesetzt dass mindestens 30 Tage ab Beantragung des Vorschusses verstrichen sind und dass der Versicherte oder Versicherungsnehmer die von Art. 130 - „Verpflichtungen im Schadensfall" für den Schadensfall vorgesehenen Verpflichtungen erfüllt hat. Die endgültige Zahlung der Entschädigung erfolgt binnen 30 Tagen ab gütlicher oder schiedsrichterlicher Schadensabwicklung.** Handelt es sich um Immobilien haben **der Versicherte oder der Versicherungsnehmer** vor der Zahlung sowohl des Vorschusses als auch der Entschädigung **Bescheinigungen beim Versicherer vorzulegen, mit denen belegt wird, dass keine Hypotheken oder andere nachteiligen Eintragungen gemäß Art. 2742 des it. Zivilgesetzbuchs vorhanden sind.** Nach Prüfung der Wirksamkeit der Deckung, Beurteilung des Schadens und Erhalt der erforderlichen Dokumentation zur Feststellung des Empfangsberechtigten der Entschädigung nimmt der Versicherer die endgültige Zahlung **binnen 30 Tagen vor, vorausgesetzt dass kein Widerspruch eingelegt wurde.** Falls ein strafrechtliches Verfahren hinsichtlich der Ursachen des Schadensfalls eröffnet wurde, erfolgt die Zahlung nur, wenn aus dem Verfahren hervorgeht, dass der Schadensfall nicht vorsätzlich vom Versicherten selbst oder vom Versicherungsnehmer verursacht worden ist.

18. **Absturz von Personen- und Lastaufzügen infolge des Bruchs von Vorrichtungen.**

19. **die Ausgaben des Versicherten für den Ersatz von Scheiben, Platten und Schildern, die infolge von zufälligem Bruch beschädigt oder zerstört worden sind, durch neue mit gleichen oder gleichwertigen Eigenschaften.**
Unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckungen **Gebäudebrand** und **Bestandsbrand** die maximale Leistung des Versicherers darstellen, entschädigt die Gesellschaft, wenn es sich um die Folgen von in der Police aufgeführten Ereignissen handelt und unter Einhaltung der Deckungssummen:
   a) **Defekte, die an den versicherten Sachen auf behördliche Anordnung verursacht werden**, mit dem Zweck die durch oben aufgeführte Ereignisse hervorgerufenen Schäden zu verhindern oder ihnen Einhalt zu gebieten;
   b) **verhältnismäßige Ausgaben für Abbruch, Räumung, Behandlung und Deponietransport von Rückständen des entschädigungsfähigen Schadensfalls entsprechend den Bedingungen unter vorliegendem Abschnitt - unter Ausschluss jedoch von Rückständen, die zur Kategorie „Giftige und schädliche Stoffe" laut DPR Nr. 915/82 i.d.g.F. und zur Kategorie der radioaktiven Stoffe gehören, die von DPR Nr. 185/64 i.d.g.F. geregelt werden - bis maximal 10% der Entschädigung gemäß Police;**
   c) **die für Abbruch und Wiederaufbau von Mauerwerksteilen und für die Reparatur der Anlage getragenen Kosten, wenn es zu einem zufälligen Anlagenbruch mit Austreten von Wasser gekommen war.**
   Gemäß vorliegendem Punkt c):
      - **erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug eines Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 150,00;**
      - **zahlt der Versicherer auf keinen Fall für einen oder mehrere Schadensfälle, die im Versicherungszeitraum auftreten, einen Betrag über Euro 3.500,00;**
   d) **Ausgaben und Honorare des vom Versicherungsnehmer gemäß Versicherungsbedingungen gewählten und ernannten Gutachters sowie den dem Versicherungsnehmer obliegenden Anteil an Ausgaben und Honorar, wenn ein dritter Gutachter ernannt wurde.**

   Die Deckung wird bis zur Obergrenze von 1% der Entschädigung und einem Maximalbetrag von Euro 3.500,00 pro Schadensfall geleistet.

   Ausgeschlossen sind Schäden:
   - **die aufgetreten sind bei:**
      - **Reparatur und/oder Entfernung von Scheiben, Platten und Schildern;**
      - **Umzugsvorgängen;**
      - **Renovierungs- oder Umbauarbeiten an den Räumlichkeiten;**
   - **bezüglich Platten, Scheiben und Schildern, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Deckung nicht unversehrt und frei von Defekten waren;**
   - **von Oberlichtern oder Platten/Scheiben und Schildern mit künstlerischem Wert;**
   - **von Schildern infolge von Überhitzung oder Kurzschlüssen.**

   Kratzer, Absplitterungen und Risse an Platten, Scheiben und Schildern gelten nicht als gemäß Police entschädigungsfähige Brüche.

   Gemäß vorliegendem Punkt 19:
   - **zahlt der Versicherer auf keinen Fall mehr als Euro 3.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr;**
   - **erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug eines festen Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 250,00;**
   - **entschädigt der Versicherer Schäden an versicherten Sachen, die durch den Bruch von versicherten Platten und Scheiben oder Schildern verursacht werden, bis 15% der für die beschädigten oder zerstörten Platten und Scheiben ausgezahlten Entschädigung, zusätzlich zu letzterer;**
   - **wird die Deckung auf Erstrisiko geleistet, daher kommt im Schadensfall das Proportionalitätsprinzip gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs nicht zur Anwendung.**

20) Ausfall von Mieten für das beschädigte Gebäude über den zur Renovierung erforderlichen Zeitraum mit maximal 3 Monatsmieten pro Schadensfall und über einen Gesamtbetrag von höchstens Euro 3.000,00 nach Abzug eines Selbstbehalts von Euro 150,00 pro Schadensfall.

Ausgeschlossen sind Schäden aufgrund von Verspätungen bei der Renovierung der beschädigten Räumlichkeiten, auch wenn diese auf außerordentliche Gründe zurückzuführen sind, sowie Verzögerungen bei der Neuvermietung oder Belegung der renovierten Räume.

C. DECKUNG MIETERHAFTPFLICHT

Im Fall der Haftung des Versicherten gemäß Art. 1588, 1589 und 1611 des it. Zivilgesetzbuchs entschädigt der Versicherer entsprechend den Versicherungsbedingungen und Normen, von denen der Schadensfall für den Abschnitt Brand geregelt wird, die direkt durch Brand, Explosion, Bersten und Rauch verursachten Sachschäden an den gemieteten Räumlichkeiten, auch wenn diese durch grobe Fahrlässigkeit des Versicherten verursacht worden sind.

Außer im Falle von Vorsatz verzichtet der Versicherer auf den Rückgriff gegenüber dem Versicherten.

Art. 126 - Stets geltende Sonderbedingungen für die Deckung Bestandsbrand
Unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckung Brand des Bestands die maximale Leistung des Versicherers darstellt, gelten stets die nachstehend aufgelisteten Sonderbedingungen:

1. **Waren bei Dritten**
   Die Deckungen dieser Police sind auf die Waren des Versicherten erweitert, wenn diese sich an folgenden Standorten befinden:
   - **bei Betriebsstätten Dritter zur Verarbeitung oder Einlagerung;**
   - **in allgemeinen Lagerhallen oder Zolllagern;**
   - **bei Ausstellungen und Messen auf dem Gebiet der Europäischen Union, an denen der Versicherte als Aussteller teilnimmt.**

   Der Versicherer bezahlt pro einzelnem Standort und Schadensfall auf keinen Fall mehr als 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands mit der Obergrenze von Euro 40.000,00.

2. **Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Wertgegenstände, Pelzmäntel, Teppiche, Gemälde, Sammlungen, Kunstgegenstände allgemein;**
   - **Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Wertgegenstände und Pelzmäntel werden mit bis zu 5% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs mit der Obergrenze von Euro 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr entschädigt. Werden diese hingegen in einem Tresor mit aktiviertem Verschlusssystem aufbewahrt, werden sie mit bis zu 20% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs mit der Obergrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr entschädigt.**
   - **Teppiche, Gemälde, Sammlungen und Kunstgegenstände allgemein werden mit bis zu 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs mit der Obergrenze von Euro 5.000,00 pro einzelnem Objekt und Euro 25.000,00 pro einzelner Sammlung entschädigt.**

3. **Universale Gültigkeit**
   Falls mit dieser Police alles das versichert wird, was den beschriebenen Komplex bildet, **ausgenommen des eigentlichen Grundstücks**, so wird, falls eine bestimmte Sache oder ein bestimmter Gegenstand keine genaue Zuordnung zu einem der Posten dieser Police erhält, diese Sache bzw. dieser Gegenstand **dem Brand des Bestands zugeschrieben**.

4. **Bestände im Freien**
   Bezüglich des Bestandbrands gilt die Deckung für Maschinen und Waren infolge eines gemäß Abschnitt 12 - Brand entschädigungsfähigen Schadensfalls auch, wenn diese Sachen sich im Freien auf dem zum Betriebsgelände gehörenden Grundstück befinden, vorbehaltlich der für die einzelnen Deckungen vorgesehenen Ausschlüsse. Der Versicherer **bezahlt pro einzelnem Standort und Schadensfall auf keinen Fall mehr als Euro 100.000,00.**

5. **Verkaufspreis**
   Falls bei einem entschädigungsfähigen Schadensfall in Erwartung der Auslieferung befindliche Waren beschädigt werden, stützt sich die Entschädigung - vorausgesetzt dass diese nicht vom Käufer versichert worden sind - auf den vereinbarten Verkaufspreis abzüglich der für die nicht erfolgte Auslieferungen eingesparten Ausgaben und der vom Käufer geschuldeten Steuer.
   Diese Vereinbarung gilt unter der Bedingung, dass:
   - **die beschädigten Waren nicht durch gleichwertige, unversehrt gebliebene oder anderweitig kurzfristig herstellbare Waren ersetzt werden können;**
   - **der erfolgte Verkauf schriftlich belegt ist durch Urkunden oder Dokumente mit gesichertem, vor dem Schadensfall liegendem Datum und dass die Übergabe vertraglich festgelegt wurde.**

6. **Bestand der Nebengebäude**
   Als versichert gelten die Sachen, die den Bestand bilden, auch wenn sie sich in zusätzlichen Lagern oder Depots der versicherten Betriebstätigkeit befinden, die im Bereich des versicherten Betriebsgeländes liegen, sowie in Nebengebäuden, in denen jedoch keine Verkaufstätigkeit stattfindet.

Art. 127. - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen
Unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckungen Brand von Gebäude und Bestand die maximale Leistung des Versicherers darstellt, gelten diese Erweiterungen für jede Zugehörigkeitsbranche nach Anwendung der jeweiligen Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen:

a) **Branche Landwirtschaft**

Diese Deckungen gelten stets unter der Bedingung, dass mit dieser Police der **Brand des Bestands** versichert wurde.

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich der Landwirtschaft bezieht (einschließlich Ferien auf dem Bauernhof), umfasst die Deckung **Brand des Bestands** in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist, und innerhalb der Grenzen der Deckungssumme:

1. Verlust von Vieh einschließlich Erstickung, Vergiftung oder Stromschlag

Der Versicherer entschädigt materielle und direkte Schäden am versicherten Vieh - sowohl im Stall als auch im Freien **innerhalb der Grenzen des Landwirtschaftsbetriebs und seiner Weiden, einschließlich Almweiden und dorthin führender Wege** - die verursacht werden durch:

a) Brand, Blitz, Explosion, Bersten und Implosion, Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen, Druckwelle, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;

b) Einwirkung von Rauch, der durch gestörten oder defekten Betrieb infolge des zufälligen Bruchs eines Heizgeräts erzeugt wird, **vorausgesetzt dass dieses Gerät über einen Rauchabzug an einen Schornstein angeschlossen ist**;

c) Zusammenstoß von Fahrzeugen **unter Ausschluss von denen, die Eigentum des Versicherten sind**;

d) Orkan, Sturm, Hagel, Windhose, Wind und von diesem mitgerissene Gegenstände;

e) Erstickung und/oder Vergiftung durch Rauch, Gase oder Dämpfe, die infolge von Brand, Bersten oder Explosion entstanden sind, welche die versicherten Sachen betroffen haben; Stromschlag am Vieh infolge von Defekten der Stromleitungen oder von elektrisch betriebenen Mechanismen, vorausgesetzt dass diese Anlagen fachgerecht geerdet sind.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 40% der Deckungssumme für den Brand des Bestands mit der Obergrenze von Euro 30.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr und von Euro 2.000,00 pro einzelnem Tier.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines festen Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 500,00.

2. Schäden am Futter einschließlich Selbstentzündung und Gärung

Der Versicherer entschädigt materielle und direkte Schäden am versicherten Futter - **vorausgesetzt dass es innerhalb der Grenzen des versicherten Landwirtschaftsbetriebs** sowohl unter Dach als auch im Freien gelagert wird - die verursacht werden durch:

a) Brand, Blitz, Explosion, Bersten und Implosion, Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen, Druckwelle, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;

b) Einwirkung von Rauch auf die eingelagerte Ernte, **wenn es zu einem Brand oder Brandbeginn gekommen ist;**

c) Einwirkung von Rauch, der durch gestörten oder defekten Betrieb eines Heizgeräts infolge eines zufälligen Bruchs erzeugt wird, **vorausgesetzt dass dieses Gerät über einen Rauchabzug an einen Schornstein angeschlossen ist;**

d) Zusammenstoß von Fahrzeugen **unter Ausschluss von denen, die Eigentum des Versicherten sind**;

e) Orkan, Sturm, Hagel, Windhose, Wind und von diesem mitgerissene Gegenstände;

f) spontane Selbstentzündung und/oder anomale Gärung auch ohne die Entwicklung von Flammen, die zu Beeinträchtigungen führen, die den bestimmungsgemäßen Gebrauch verhindern. Inbegriffen sind die Ausgaben, die der Versicherte trägt, um die beschädigten Futterhaufen abzutragen.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 25% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 100.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 1.500,00.

3. Schäden an Anbauflächen

Der Versicherer entschädigt die materiellen und direkten Schäden sowohl bei Gewächshaus- als auch bei Freilandanbau:

- an der Produktion von grasartigen und Baumkulturen;
- am Bestand von Baumkulturen, die zum vollständigen, endgültigen und irreversiblen Verlust der Produktionskapazität führen;

die verursacht werden durch:

a. Brand, Blitz, Explosion, Bersten und Implosion, Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen, Druckwelle, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;

b. Rauch;

c. Zusammenstoß von Fahrzeugen **unter Ausschluss von denen, die Eigentum des Versicherten sind.**

Auf jeden Fall ausgeschlossen sind Plantagen von Nadelbäumen, Pappeln, Korkeichen, Hanf und Getreide vor der Ernte.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 15.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines festen Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 1.500,00.

4. Schäden durch Auslaufen von Flüssigkeiten

Der Versicherer entschädigt die materiellen und direkten Schäden, die durch das Auslaufen von Wein, Öl oder Milch entstehen, wenn dies durch zufälligen Bruch oder Defekt von deren Behältern bzw. der Ventile und Hähne verursacht wird, sowie für die Schäden, die durch die ausgelaufene Flüssigkeit an anderen versicherten Sachen entstehen.

Ausgeschlossen sind Schäden:

a. **durch Tropfleckage, Verschleiß, Korrosion, Abnutzung oder Undichtheit der Behälterstruktur;**

b. **durch das Auslaufen aus Behältern mit weniger als 100 l Fassungsvermögen;**

Ebenso ausgeschlossen sind die Ausgaben für die Suche nach der Bruchstelle und deren Reparatur.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 25% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere

Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines festen Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 500,00.

5. Schäden am Eigentum von Feriengästen des Bauernhofs

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf einen Betrieb bezieht, der im Bereich Ferien auf dem Bauernhof tätig ist, umfasst die Deckung **Brand** in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist:

a. die von den Gästen mitgebrachte - sowohl zur Verwahrung übergebene als auch nicht übergebene - persönliche Habe (wie Kleidung, Mobiltelefone, Videokameras und ähnliches unter Ausschluss von Bargeld und Wertsachen allgemein) - **mit der Obergrenze von Euro 3.000,00 pro einzelnem Gegenstand und mit maximal 30% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs;**

b. Dem Ferienbetrieb zur Verwahrung anvertrautes Bargeld und allgemeine Wertsachen der Gäste **mit bis zu 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs und bis zu einem Betrag von Euro 2.500,00 pro einzelnem Schadensfall;**

c. die Kraftfahrzeuge der Gäste, die in der Garage, dem Parkplatz oder dem umzäunten, ausschließlich von dem Ferienbetrieb verwendeten Gelände abgestellt sind, **mit der Obergrenze von Euro 30.000,00 pro einzelnem Fahrzeug und mit maximal 30% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs.**

Davon ausgeschlossen bleibt jedoch das vom Gast im Fahrzeug gelassene und nicht aufs Zimmer gebrachte Gepäck.

6. Witterungsschäden an Gewächshäusern (stets gültige und anwendbare Deckung unter der Bedingung, dass die Police den Brand von Gebäude und Bestand/Hausrat deckt)

In partieller Abweichung von den Bestimmungen unter Punkt 9. **„Witterungsschäden“** und 10. **„Hagel auf zerbrechlichen Elementen“ von Art. 125 - „Gegenstand der Versicherung“** entschädigt der Versicherer die direkten Sachschäden an Gewächshäusern:

- mit Glasdeckung;
- mit steifer Kunststoffdeckung; sowie an deren Bestand, die verursacht werden durch:
  a. Hagel, Orkan, Sturm, Windhosen, Wind und von diesem mitgetragene Gegenstände, wenn die Gewaltsamkeit dieser Erscheinungen sich an den Wirkungen auf eine Reihe von - versicherten oder nicht versicherten - Sachen in der näheren Umgebung feststellen lässt;
  b. Nässe im Innern der Gewächshäuser infolge von Brüchen, Spalten oder Beschädigungen, die am Dach, den Wänden oder Tür-/Fensterelementen durch die Gewaltsamkeit oben genannter Witterungsereignisse verursacht worden sind.

Der Versicherer zahlt:

- **für Gewächshäuser mit Glasdeckung und deren Bestand auf keinen Fall mehr als 10% der Deckungssumme für den Brand des Gebäudes für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 15.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr nach Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 1.500,00.**
- **für Gewächshäuser mit steifer Kunststoffdeckung und deren Bestand auf keinen Fall mehr als 20% der Deckungssumme für den Brand des Gebäudes für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr**

mit der Obergrenze von Euro 30.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr nach Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 1.500,00.

b) Branche Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe (gültige und anwendbare Deckungen unter der Bedingung, dass die Police den Brand des Bestands/Hausrats deckt)

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf ein Hotel, eine Pension oder ein B&B bezieht, umfasst die Deckung **Brand des Bestands** in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist, und **innerhalb der Grenzen der Deckungssumme**:

1. Schäden am Eigentum von Hotel-, Pensions- und B&B-Gästen
Die Deckung gilt für:

a. die von den Gästen mitgebrachte - ggf. der Leitung anvertraute - persönliche Habe (wie Kleidung, Mobiltelefon, Videokameras und ähnliches unter Ausschluss von Bargeld und Wertsachen allgemein) - **mit der Obergrenze von Euro 3.000,00 pro einzelnem Gegenstand und mit maximal 30% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs;**

b. Dem Beherbergungsbetrieb anvertrautes Bargeld und allgemeine Wertsachen der Gäste **mit bis zu 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs und bis zu einem Betrag von Euro 2.500,00 pro einzelnem Schadensfall;**

c. die Kraftfahrzeuge der Gäste, die in der Garage, dem Parkplatz oder dem umzäunten, ausschließlich von dem Ferienbetrieb verwendeten Gelände abgestellt sind, **mit der Obergrenze von Euro 30.000,00 pro einzelnem Fahrzeug und mit maximal 30% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs.**

Davon ausgeschlossen bleibt jedoch das vom Gast im Fahrzeug gelassene und nicht aufs Zimmer gebrachte Gepäck.

c) Branche Handel (gültige und anwendbare Deckungen unter der Bedingung, dass die Police den Brand des Bestands/Hausrats deckt)

1. Schäden durch Ausübung von ambulantem Handel
Die Versicherungsdeckung gilt auch für die Tätigkeit des ambulanten Handels auf für diesen Zweck bestimmten oder entsprechend ausgerüsteten öffentlichen Verkehrsflächen oder auf (ggf. überdachten) Markplätzen (**unter Ausschluss von Großmärkten**). Die Waren, die Einrichtung und Ausrüstung für die ausgeübte Tätigkeit, die unter **Brand des Bestands** erfasst werden, sind versichert sowohl wenn sie in Bereichen ausgeübt werden, in denen ambulanter Handel stattfindet, als auch in dort geparkten Fahrzeugen, die vom Versicherungsnehmer/Versicherten für diesen Zweck verwendet werden. **Ausgeschlossen sind auf jeden Fall materielle Schäden, die vom Fahrzeug selbst und von gekühlten Waren durch Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden.**

Auf keinen Fall werden Schäden erstattet, die direkt oder indirekt den Punkten 9. „Witterungsschäden“, 10. „Hagel auf zerbrechlichen Elementen“, 11. „Übermäßige Schneelast“ und 16. „Sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse“ von Art. 125 - „Gegenstand der Versicherung“ zuzuordnen sind.

2. Verlust von pharmazeutischen Strichcode-Etiketten (Apotheken)
Der Versicherer entschädigt im Falle eines gemäß diesem Abschnitt entschädigungsfähigen Schadensfalls die direkt durch die Zerstörung von pharmazeutischen Strichcode-Etiketten verursachten Schäden.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 7.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

d) Branche Industrie und Handwerk (gültige und anwendbare Deckungen unter der Bedingung, dass die Police den Brand des Bestands/Hausrats deckt)

1. Übergebene oder anvertraute Fahrzeuge und/oder Boote

In partieller Abweichung von der Definition des Bestands, gilt die Versicherungsdeckung auch für amtlich zugelassene Fahrzeuge und/oder Boote für jene Arten der Betriebstätigkeit (z.B. Karosserie-, Kfz-, und Autoelektrik-Werkstätten, Waschanlagen, Ausrüstungsbetriebe für Fahrzeuge oder Wohnwagen, Bau und Reparatur von Booten usw.), bei denen das versicherte Risiko üblicherweise die Verwahrung von Fahrzeugen oder Booten der Kundschaft in Erwartung von Reparaturarbeiten oder deren Anvertrauung umfasst, vorausgesetzt dass diese im Innern der in der Police angegebenen Gebäude abgestellt und nicht im Freien geparkt sind.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 15.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines Selbstbehalts pro einzelnem Schadensfall von Euro 1.500,00.

FOLGENDE ARTIKEL GELTEN FÜR DEN GESAMTEN ABSCHNITT 10 - BRAND.

Art. 128 - Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind - abgesehen von den bereits für die einzelnen Deckungen getätigten Ausschlüssen - Schäden:

a. **Schäden, die bei Kriegshandlungen, Aufständen, Volksaufruhr, Streiks, Unruhen, militärischer Besetzung, Invasion, aufgetreten sind, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann belegen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung mit diesen Ereignissen stand, sowie unbeschadet der Regelungen laut Punkt 16. - „Sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse" von Art. 125 - „Gegenstand der Versicherung";**
b. **die bei einer Explosion oder der Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns erzeugt wird, ebenso wie bei Strahlung, die von der künstlichen Teilchenbeschleunigung hervorgerufen wird, auftreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann beweisen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung zu diesen Ereignissen stand;**
c. **Schäden, die durch Erdbeben, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, Hochwasser, Tsunamis und Sturmfluten verursacht werden;**
d. **durch Verlust oder Diebstahl von versicherten Sachen, die bei Ereignissen aufgetreten sind, für welche die Versicherung gilt;**
e. **an der Maschine oder Anlage, an der Bersten oder Implosion aufgetreten sind, wenn das Ereignis durch Verschleiß, Korrosion oder Materialdefekte verursacht wurde;**
f. **indirekte Schäden, wie Änderungen am Bauwerk, Ausfall der Vermietung, Nutzung, gewerblicher oder industrieller Einkünfte, Arbeitsunterbrechungen oder jede Art von Schaden, der keine materiellen Aspekte der versicherten Sachen betrifft, vorbehaltlich der Bestimmungen unter Punkt 14. „Indirekte Schäden (Betriebsunterbrechung)" von Art. 125 - „Gegenstand der Versicherung";**
g. **die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern, Geschäftsführern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung begangen werden;**
h. **am Inhalt von Öfen, Muffen, Geräten in Brennereien oder Röstereien durch die Direkteinwirkung der Flamme oder die Hitze der Feuerstätte;**
i. **die durch Frost verursacht werden;**
j. **durch Vergiftung von Vieh;**
k. **durch Einbrechen, Erdrutsch oder Abgleiten des Erdbodens;**

Art. 129 - Konstruktionsmerkmale für die Gültigkeit der Deckung - Verzicht auf Rückgriffsrecht

Die Bedingungen und Prämien der Versicherung laut diesem Abschnitt 12 - Brand sind vereinbart auf Basis der „Erklärungen des Versicherungsnehmers" zum Umstand, dass:

a. **die versicherten Gebäude bzw. die versicherten Güter enthaltenden Gebäude zu mindestens 8/10 mit vertikalem Tragwerk, Tragwerk des Dachs, Decken, Außenwänden, Abdeckungen und Dämmungen aus feuerfesten Materialien errichtet worden sind. Bei mehrstöckigen Gebäuden ist das Tragwerk des Dachs aus Holz zulässig; in dieser Hinsicht gilt die direkt unter dem Dach gelegene Decke als Stockwerk.**
b. **im versicherten Risiko folgende Toleranz eingehalten wird:**
   - **1 kg explosionsfähiges Material;**
   - **750 kg besondere Waren, wo auch immer diese im Unternehmen gelagert sind;**
   - **150 kg entzündliche Stoffe für Bearbeitungen und Wartung;**
c. **in den versicherten Gebäuden keine Kinos, Theater, Spielsäle, Diskotheken, Tanzsäle, Nightclubs vorhanden sind. Entzündliche Stoffe, die in vollständig erdverlegten Tanks oder in den Fahrzeugtanks gelagert sind, sowie entzündliche Stoffe in Verteilungsrohren und diejenigen, die in Gebäuden auf dem Betriebs- oder Werkstattgelände gelagert sind, die durch volle Mauern oder Leerraum getrennt sind, werden nicht berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden explosionsfähige und entzündliche Stoffe sowie besondere Waren, die in nicht vom Versicherten belegten Räumen vorhanden sind.**

Etwaige Abweichungen vom oben aufgeführten Gebäudezustand sind in der Police zu vermerken.

Außer bei arglistigen und vorsätzlichen Handlungen verzichtet der Versicherer auf seinen Anspruch auf Rückgriff gemäß Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs gegenüber den Beschäftigten und Angehörigen des Versicherten sowie gegenüber im Verhältnis zum Versicherten abhängigen, angegliederten oder verbundenen Gesellschaften.

Der Versicherer verzichtet ebenfalls auf vorgenanntes Recht auf Rückgriff gegenüber den Kunden des Versicherten unter der

Bedingung, dass der Versicherte ebenfalls auf jeglichen Anspruch diesen gegenüber verzichtet.

Art. 130 - Verpflichtungen im Schadensfall

Im Schadensfall haben Versicherter oder Versicherungsnehmer den Versicherer binnen 3 Tagen nach Kenntnisnahme unter Angabe des Ereignisses und des annähernd geschätzten Schadensbetrags zu benachrichtigen sowie, falls die Annahme besteht, es handle sich um eine vorsätzliche Handlung, binnen 24 Stunden ab Ereignis Anzeige bei der zuständigen Behörde oder Polizeidienststelle zu erstatten. Versicherter oder Versicherungsnehmer sind verpflichtet, die Spuren und Rückstände des Schadensfalls sowie die Indizien des möglicherweise begangenen Verbrechens bis zur Auszahlung des Schadens aufzubewahren, ohne dass Anspruch auf eine diesbezügliche Entschädigung besteht. Der Versicherte (oder der Versicherungsnehmer) hat das tatsächliche Vorliegen des Schadens zu beweisen, wofür er sämtliche für diese Beweisführung geeigneten Unterlagen bereitzuhalten hat.

Art. 131 - Festlegung der Schadenshöhe für Gebäude, Maschinen, Möbel und Einrichtung, Bürogeräte
Die Auszahlung des Schadens erfolgt entsprechend folgenden Normen:

a) Gebäude, im Fall von:
   - Partiellem Schaden werden die tatsächlich für die Wiederherstellung des beschädigten Gebäudeteils getragenen Ausgaben, abzüglich des Werts der Reste entschädigt.
   - Totalschaden werden die tatsächlich für den Wiederaufbau des zerstörten Gebäudes getragenen Ausgaben, abzüglich des Werts der Reste entschädigt.

b) Maschinen, Möbel und Einrichtung sowie Geräte - im Fall von:
   - Partiellem Schaden werden die tatsächlich getragenen Ausgaben, um die beschädigte Sache wieder in den Funktionszustand zurückzuversetzen, in dem sie sich unmittelbar vor dem Schadensfall befand, abzüglich des Werts der Reste der ggf. ausgetauschten Teile entschädigt.
   - Totalschaden werden die tatsächlich für den Ersatz der zerstörten Sache getragenen Ausgaben, abzüglich des Werts der Reste entschädigt.

Falls der Versicherte innerhalb eines Jahrs weder die beschädigte Sache reparieren, noch zerstörte Sachen wiederaufbauen oder ersetzen lässt, hat er Anspruch auf die Entschädigung, die für den Wert zum Moment des Schadensfalls festgelegt wurde.
Hinsichtlich der Entschädigung gilt als vereinbart, dass in keinem Fall für ein Gebäude, eine Maschine oder Anlage eine Entschädigung geleistet werden kann, die höher ist als das doppelte des betreffenden Werts zum Moment des Schadensfalls. Die Versicherung auf Grundlage des Neuwerts betrifft allein Gebäude, Maschinen, Büroausrüstung oder Anlagen von aktiven Abteilungen.

Art. 132 - Festlegung der Schadenshöhe für Waren
Für diese wird festgelegt:

1. der Gesamtwert, den zum Moment des Schadensfalls alle - sowohl die unversehrten als auch die beschädigten, sowohl die fertigen als auch die in Fertigung befindlichen - versicherten Waren hatten;
2. genannte Waren werden auf Grundlage des Rohstoffpreises am Tag des Schadensfalls zuzüglich der Fertigungskosten, die dem Zustand der Waren zum Zeitpunkt des Schadensfalls entsprechen, sowie der vom Versicherten bezahlten Fertigungssteuer und Zollgebühren, ohne die USt, die vom Endkunden hätte bezahlt werden müssen, bewertet;
3. sollten die so gebildeten Bewertungen die entsprechenden Marktpreise am Tag des Schadensfalls übersteigen, sind letztere auf die jeweiligen Waren anzuwenden;
4. der Wert unversehrter Waren auf Grundlage der Schätzung laut Punkt 1.;
5. der aus den Resten des Schadensfalls realisierbare Wert.

Die Entschädigung ergibt sich aus dem Gesamtwert der laut Punkt 1. geschätzten Waren abzüglich des Werts der unversehrten Waren und des Werts der Reste (Schätzungen 2. und 3.).

Art. 133 - Festlegung der Schadenshöhe für Vieh und Futter
Es wird der Wert in Verbindung mit Beschaffenheit, Qualität, etwaiger geschäftlicher Abwertung einschließlich Steuerlasten geschätzt. Wo die so formulierten Schätzungen die entsprechenden Marktpreise übersteigen, werden letztere angewendet. Die Schadenshöhe wird festgelegt, indem vom Wert der versicherten Güter der Wert der Reste sowie die dem Fiskus nicht geschuldeten Steuerlasten abgezogen werden.

Art. 134 - Festlegung der Schadenshöhe für Anbauflächen
Für diese wird geschätzt:

a) für die Produktion, der Wert der Produktmenge, die am Ende des Anbauzyklus in Verbindung mit den Anbaumethoden, der Handelsqualität und aller anderen Begleitumstände erzielt werden kann. Der Entschädigungsbetrag wird durch die Menge der verlorenen Produktion bestimmt;
b) für den Bestand, der Wert in Verbindung mit den erforderlichen Ausgaben für den Ersatz beschädigter Pflanzen durch andere

gleicher Art und Kulturvarietät, die angesichts Alter und Zustand für die Umpflanzung geeignet sind, wobei die Schätzung die Kosten für die Vorbereitung des Bodens, den Kauf der Pflanze, das Einsetzen sowie Kauf und Aufbau geeigneter Stützstrukturen umfasst.

Das Ausmaß des Schadens wird festgelegt, indem die Anzahl der Pflanzen berechnet wird, die den vollständigen, endgültigen und irreversiblen Verlust der Produktionskapazität erfahren haben. Der Entschädigungsbetrag wird abzüglich eines Wertverlusts berechnet, der im Verhältnis zu Alter und Restlebenszeit des Pflanzenbestands, Gesundheitszustand und anderen Begleitumständen festgelegt wird, unter Abzug des Werts etwaiger Restbestände.

Art. 135 - Festlegung der Schadenshöhe für persönliche Habe

Für diese wird festgelegt:

1. der Gesamtwert, den sie zum Moment des Schadensfalls hatten in Verbindung zu ihrer Beschaffenheit, Qualität, etwaiger geschäftlicher Abwertung und/oder Abnutzung einschließlich Steuerlasten;
2. der Wert unversehrter Sachen auf Grundlage der Schätzung laut Punkt 1.;
3. der aus den Resten des Schadensfalls realisierbare Wert.

Die Entschädigung ergibt sich aus dem Gesamtwert der laut Punkt 1. geschätzten Sachen abzüglich des Werts der unversehrten Sachen und des aus den Restbeständen realisierbaren Werts (Schätzungen 2. und 3.).

Art. 136 - Festlegung der Schadenshöhe für „Geräte und spezielle Stützvorrichtungen“

Die Entschädigung im Falle der Beschädigung oder Zerstörung von „Geräten und speziellen Stützvorrichtungen“ besteht aus den alleinigen Kosten des Materials und den Ausgaben für die manuellen und mechanischen Wiederherstellungsvorgänge.

Die Entschädigung ist auf jeden Fall beschränkt auf die tatsächlich binnen 1 Jahr ab Auftreten des Schadensfalls getragenen Kosten.

Art. 137 – Versicherung auf Erstrisiko der Deckungen Gebäudebrand und Mieterhaftpflicht

Die Deckungen für Gebäudebrand und Mieterhaftpflicht werden in der Form auf Erstrisiko geleistet, d.h. bis zur Erreichung der Deckungssumme ohne Anwendung des Proportionalitätsprinzips gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs.

Art. 138 – Versicherung auf Erstrisiko der Deckungen Brand von Hausrat/Bestand

Die Deckung für den Brand des Bestands wird in der Form auf Erstrisiko geleistet, d.h. bis zur Erreichung der Deckungssumme ohne Anwendung des Proportionalitätsprinzips gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs.

Art. 139 - Vertragliches Gutachten

Besteht kein Einvernehmen der Parteien hinsichtlich der Auszahlung der Schäden wird die Streitigkeit zwei, jeweils von einer der Parteien ernannten Gutachtern überstellt, die bei weiterer Uneinigkeit einen Dritten ernennen. Die Entscheidungen werden mehrheitlich getroffen und sind bindend für die Parteien gemäß den Bestimmungen von Art. 140 - „Beauftragung der Gutachter“. Falls eine Partei die ihr zustehende Ernennung nicht tätigt oder falls keine Einigung für die Ernennung des dritten Gutachters zustande kommt, erfolgt diese auf Beantragung der gewissenhafteren Partei durch den Präsidenten des Gerichts, in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall aufgetreten ist.

Art. 140 - Beauftragung der Gutachter

Die Gutachter haben die Aufgabe:

- Umstände, Art, Ursachen und Hergang des Schadensfalls zu ermitteln;
- die Genauigkeit der aus den Vertragsakten hervorgehenden Beschreibungen und Erklärungen zu prüfen und festzustellen, ob zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht bekanntgegebene Umstände bestanden haben, die eine Erhöhung des Risikos bewirkt haben, und zu überprüfen, ob der Versicherte (bzw. Versicherungsnehmer) seinen Verpflichtungen gemäß Art. 130 - „Verpflichtungen im Schadensfall“ nachgekommen ist;
- Vorhandensein, Beschaffenheit und Menge der versicherten Sachen zu prüfen und deren Wert entsprechend den in Art. 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138 angegebenen Beurteilungskriterien zu bestimmen;
- die Schätzung und Auszahlung des Schadens vorzunehmen einschließlich der Kosten für Rettung, Abbruch und Räumung. Die Ergebnisse der Begutachtung durch die einigen Gutachter oder durch deren Mehrheit im Falle des kollegial angefertigten Gutachtens sind in einem Protokoll festzuhalten (dem die detaillierten Schätzungen beigelegt werden), das in doppelter Ausfertigung - eine pro Partei - verfasst wird. Die Ergebnisse der Beurteilungen gemäß Punkt 3. und 4. sind bindend für die Parteien, die hiermit darauf verzichten, diese anzufechten, es sei denn es läge betrügerische Absicht, Fehler, Gewalt oder Verletzung der vertraglichen Vereinbarungen vor, während auf jeden Fall jedwedes Vorgehen oder jegliche Einwendung hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit der Schäden unberührt bleibt. Das kollegial angefertigte Gutachten ist auch dann gültig, wenn einer der Gutachter die Unterzeichnung verweigert; die Weigerung ist von den anderen Gutachtern im abschließenden Gutachterprotokoll zu vermerken. Die Gutachter sind von der Einhaltung jeder Art rechtlicher Formalitäten befreit.

ABSCHNITT 13 - DIEBSTAHL UND RAUB

Folgende Deckungen gelten, wenn die betreffende Deckungssumme in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Art. 141 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer entschädigt direkte Sachschäden des versicherten Bestands/Hausrats, die durch nachstehend aufgeführte Ereignisse verursacht werden, innerhalb der Grenzen der
Deckungssumme und an den in der Police angegebenen Standorten, auch wenn diese Eigentum Dritter ist.
Die Versicherung gilt ausschließlich für Italien.

A. DECKUNG DIEBSTAHL UND RAUB

Unbeschadet der Angaben unter Art. 145 - „Ausschlüsse“ sind die nachstehend aufgelisteten Ereignisse garantiert:

1. **Diebstahl**

Diese Deckung gilt:

a) wenn der Täter in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, eingebrochen ist, indem:
- bruchsichere Türen und/oder Fenster und/oder Verglasungen;
- Vergitterungen;
- Schlösser und Vorhängeschlösser oder andere Schließvorrichtungen;
- Dächer, Wände, Fußböden, Decken durchbrochen, zerstört, aufgebrochen oder entfernt worden sind;

oder indem diese mit betrügerischen Mitteln, wie dem Einsatz von Dietrichen oder ähnlichem Werkzeug aufgeschlossen worden sind, vorausgesetzt dass die Schutz- und Schließvorrichtungen den Bestimmungen gemäß Art. 148 „Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen“ entsprachen und funktionstüchtig waren;

b) wenn der Täter in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, ohne Einbruch unter Einsatz besonderer Geschicklichkeit oder mithilfe von Kunstgriffen auf anderem als dem normalen Weg eingedrungen ist über Öffnungen nach außen, die sich in einer vertikalen Höhe von mindestens 4 m vom Boden, von Wasseroberflächen oder zugänglichen und normal von außen begehbaren Flächen befinden;

c) wenn der Täter sich heimlich in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, eingeschlichen hat und das Diebesgut dann bei geschlossenen Räumen entwendet hat;

d) auch ohne in die versicherten Räume eingedrungen zu sein, während der Öffnungszeiten am Tag oder Abend;

e) durch die Öffnungen an Rollläden und Gittern mit Brechen des dahinter befindlichen Fensterglases;

f) durch das Brechen von sachgerecht verschlossenen Schaufensterscheiben während der Öffnungszeiten (von 8:00 bis 24:00 Uhr) im Beisein von zuständigem Personal.

2. **Raub**

Diese Deckung gilt, wenn der Raub in den versicherten Räumlichkeiten geschieht, auch wenn die Personen, an denen Gewalt oder Drohungen ausgeübt werden, außerhalb aufgegriffen und gewaltsam in die Räume verbracht werden.

Die Deckung Diebstahl und Raub gilt auch, wenn der Diebstahl und Raub von Beschäftigten zu anderen als den Arbeitszeiten begangen werden. Den Beschäftigten gleichgestellt sind:

- Mitarbeiter des Wachdienstes, die für die Bewachung der Räume, in denen sich die versicherten Sachen befinden, zuständig sind;
- Beschäftigte von Drittunternehmen, die für die Reinigung der Räumlichkeiten und die Wartung der Gebäude, in denen sich die versicherten Sachen befinden, und der dazugehörenden Anlagen zuständig sind, auch wenn sie ihre Leistungen für den Versicherten vorübergehend oder aushilfsweise erbringen.

Art.142 - Stets geltende Sonderbedingungen

Unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckung Diebstahl und Raub die maximale Leistung des Versicherers darstellt, gelten stets die nachstehend aufgelisteten Sonderbedingungen, nachdem die von Art. 147 vorgesehenen Selbstbeteiligungen angerechnet worden sind, sowie vorbehaltlich der Fälle, in denen spezielle Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind:

1. **Untreue der Beschäftigten**

Der Versicherer entschädigt Verluste bei Bargeld und Wertsachen des Versicherten, die durch Untreue der Beschäftigten entstehen, worunter der durch Beschäftigte in Ausübung der ihnen anvertrauten Aufgaben begangene Diebstahl, Raub, Unterschlagung oder Betrug zu verstehen sind, vorausgesetzt dass:

- sowohl die verbrechensvorbereitenden Handlungen als auch das Verbrechen selbst innerhalb des Gültigkeitszeitraums der Versicherung geschehen sind;

- das Verbrechen vom Versicherten innerhalb einer Frist von einem Jahr nach Begehen festgestellt wird.

Falls ein und dieselbe Person mehrere verbrecherische Taten begangen hat, haftet der Versicherer nur wenn die kriminelle Tätigkeit während der Gültigkeitsdauer der Versicherung begonnen hat.
Falls die Versicherung im Zeitraum zwischen genannten Handlungen unwirksam geworden ist, kommt der Versicherer lediglich für jene Verluste auf, die auf Handlungen zurückzuführen sind, die vor Ablauf der Versicherung begangen wurden, auch wenn die vor oder nach dieser Frist begangenen Gesetzesverletzungen strafrechtlich als ein einziges Verbrechen gelten.

Die Deckung wird mit einer Obergrenze der Entschädigung von 10% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Ersatzgrenze von Euro 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

2. **Transport von Wertsachen**

Der Versicherer garantiert den Ersatz des Verlusts von Wertsachen der Firma, welche während des Transport außerhalb der in der Police angegebenen Räumlichkeiten geschieht, infolge von:

- Handtaschenraub;
- Raub;
- Diebstahl infolge eines Unfalls oder plötzlichen Unwohlseins der mit dem Transport beauftragten Person;
- Trickdiebstahl mit Einschränkung auf diejenigen Fälle, in denen die mit dem Transport beauftragte Person die Wertsachen bei sich trägt oder sie sich in ihrer Reichweite befinden;
- begangen an der Person des Versicherten, seinen Angehörigen oder in der Gehaltsliste eingetragenen Beschäftigten, während diese den externen Transportdienst leisten.

Die Versicherung gilt unter der Bedingung, dass die mit dem Transport beauftragte Person keine körperlichen Beeinträchtigungen hat, die sie für diese Dienstleistung ungeeignet machen, und dass sie weder jünger als 16 noch älter als 65 Jahre ist.

Die Deckung wird mit einer Obergrenze der Entschädigung von 10% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Ersatzgrenze von Euro 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

3. **Durch Diebe verursachte Defekte und Vandalismus an Gebäuden, festen Einbauteilen, Fenster- und Türrahmen bei der Begehung von Diebstahl, versuchtem Diebstahl oder Raub**

Der Versicherer entschädigt durch Diebe verursachte Defekte und Vandalismus an Gebäuden, festen Einbauteilen, Fenster- und Türrahmen (unter Ausschluss von Maschinen und Waren, die sich im Freien befinden) bei:

- Diebstahl,
- versuchtem Diebstahl,
- Raub.

Die Deckung wird mit einer Obergrenze der Entschädigung von 10% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Ersatzgrenze von Euro 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

4. Diebstahl und Raub von Waren und Maschinen bei Dritten

Der Versicherer entschädigt Diebstahl und Raub von Waren und Maschinen bei Dritten, wenn diese sich befinden:

- bei Betriebsstätten Dritter zur Verarbeitung oder Einlagerung;
- in allgemeinen Lagerhallen oder Zolllagern;
- bei Ausstellungen, Messen, Märkten, Modeschauen auf dem Gebiet der Europäischen Union.

Die Deckung wird mit einer Obergrenze der Entschädigung von 10% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet.

5. Belegte Kosten für medizinische Versorgung (unter Ausschluss von Arzneimitteln)

Der Versicherer entschädigt die Kosten im Zusammenhang mit etwaigen Unfällen des Inhabers, seiner Angehörigen oder Beschäftigten im Verlauf eines Taschendiebstahls oder Raubs, die gemäß Police entschädigungsfähig sind.

Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 1.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

6. Verkaufspreis

Falls bei einem entschädigungsfähigen Schadensfall in Erwartung der Auslieferung befindliche, bereits verkaufte Waren entwendet werden, stützt sich die Entschädigung - vorausgesetzt dass diese nicht vom Käufer versichert worden sind - auf den vereinbarten Verkaufspreis abzüglich der für die nicht erfolgte Auslieferungen eingesparten Ausgaben und der vom Käufer geschuldeten Steuer.
Diese Vereinbarung gilt unter der Bedingung, dass:

- die beschädigten Waren nicht durch gleichwertige, unversehrt gebliebene oder anderweitig kurzfristig herstellbare Waren ersetzt werden können;
- der erfolgte Verkauf schriftlich belegt ist durch Urkunden oder Dokumente mit gesichertem, vor dem Schadensfall liegendem

Datum und dass die Übergabe vertraglich festgelegt wurde.

7. Im Freien gelagerte Sachen

Für Maschinen und Waren gilt die Deckung Diebstahl und Raub auch, wenn diese Sachen sich im Freien befinden, vorausgesetzt dass sie auf dem Betriebsgelände gelagert sind und dass dieser Bereich komplett umzäunt ist (mindestens 4 m hohe Mauer oder Gitterzaun mit Toren in gleicher Höhe) und durch Türen und/oder Tore geschützt ist, die sachgerecht mit geeigneten Vorrichtungen verriegelt sind.
Die Deckung gilt unter der Bedingung, dass der Diebstahlstäter in den Bereich eingedrungen ist, indem die externen Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen aufgebrochen worden sind, und wird mit einer Obergrenze der Entschädigung von 20% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet.
Nicht inbegriffen sind Güter, die sich im Innern von im Freien aufgestellten „Automaten" befinden.

Art. 143 - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen

Unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckung Diebstahl und Raub die maximale Leistung des Versicherers darstellt, gelten diese Erweiterungen für jede Zugehörigkeitsbranche, nachdem die von Art. 147 vorgesehenen Selbstbeteiligungen angerechnet worden sind, sowie vorbehaltlich der Fälle, in denen spezielle Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind:

a. BRANCHE LANDWIRTSCHAFT

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich der Landwirtschaft bezieht (einschließlich Ferien auf dem Bauernhof), umfasst die Deckung Diebstahl und Raub in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist, und innerhalb der Grenzen der Deckungssumme:

1. Diebstahl von Vieh

Die Deckung erstreckt sich auch auf den Viehdiebstahl - wenn dieses im Stall oder den hierfür vorgesehenen Gebäuden sowie auf sachgerecht eingezäunten Weiden gehalten wird, vorausgesetzt dass diese sich auf dem Gelände des Bauern- bzw. Ferienhofs befinden - welcher erfolgt, indem die externen Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen aufgebrochen werden.

Die Deckung wird unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 20% und mindestens Euro 500,00 und mit einer Obergrenze der Entschädigung von 30% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr sowie der Ersatzgrenze von Euro 2.000,00 pro Tier geleistet.

2. Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht oder anvertraut werden

Die Deckung umfasst:

- die von den Gästen mitgebrachte - ggf. der Betriebsleitung anvertraute - persönliche Habe (Kleidung, Mobiltelefone, Videokameras und ähnliches unter Ausschluss von Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Pelzmänteln, Wertgegenständen allgemein);
  die Deckung wird nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% und mindestens Euro 500,00 und mit einer Entschädigungsgrenze von 15% der Deckungssumme und der Obergrenze von Euro 1.500,00 pro Gegenstand geleistet;
- vom Gast mitgebrachtes Bargeld und Wertsachen allgemein, ausschließlich falls diese Güter zur Verwahrung anvertraut und im Tresor aufbewahrt worden sind;
  die Deckung wird nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit Mindestbetrag Euro 500,00 und einer Entschädigungsgrenze von 15% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet;
- Kraftfahrzeuge der Kunden unter Ausschluss aller in deren Inneren zurückgelassenen und nicht aufs Gastzimmer gebrachten Gegenstände, vorausgesetzt dass das Fahrzeug abgeschlossen war und in der Garage, auf dem Parkplatz oder dem umzäunten Gelände des Feriengasthofs abgestellt war.
  Die Deckung wird nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit Mindestbetrag Euro 500,00 und einer Entschädigungsgrenze von 30% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet.

b. BRANCHE HANDEL

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit in der Handelsbranche bezieht, umfasst die Deckung Diebstahl und Raub in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist, und innerhalb der Grenzen der Deckungssumme:

1. Pharmazeutische Strichcode-Etiketten (Apotheken)

Der Versicherer erstattet die Schäden durch den Diebstahl pharmazeutischer Strichcode-Etiketten, die in der versicherten Apotheke verwahrt waren.

Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 7.500,00 pro Schadensfall geleistet.

c. BRANCHE FREMDENVERKEHR UND GASTSTÄTTENGEWERBE

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit in Bereich von Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe bezieht, umfasst die Deckung Diebstahl und Raub in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist, und innerhalb der Grenzen der Deckungssumme:

1. Sachen, die von Kunden des Hotels, der Pension, des B&B mitgebracht oder anvertraut werden

Die Deckung umfasst:

- die von den Gästen mitgebrachte - ggf. der Betriebsleitung anvertraute - persönliche Habe (Kleidung, Mobiltelefone, Videokameras und ähnliches unter Ausschluss von Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Pelzmänteln, Wertgegenständen allgemein).
  Die Deckung wird mit der Entschädigungsgrenze von 15% der Deckungssumme und der Obergrenze von Euro 1.500,00 pro Gegenstand geleistet;
- vom Gast mitgebrachtes Bargeld und Wertsachen allgemein, ausschließlich falls diese Güter zur Verwahrung anvertraut und im Tresor aufbewahrt worden sind.
  Die Deckung wird mit einer Obergrenze von 15% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet;
- Kraftfahrzeuge der Kunden unter Ausschluss aller in deren Inneren zurückgelassenen und nicht aufs Gastzimmer gebrachten Gegenstände, vorausgesetzt dass das Fahrzeug abgeschlossen war und in der Garage, auf dem Parkplatz oder dem umzäunten Gelände des Feriengasthofs abgestellt war.
  Die Deckung wird bis 30% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet.

Art. 144 - Entschädigungsgrenzen

Die Versicherungsdeckung wird im Rahmen der Deckungssumme mit folgenden Entschädigungsgrenzen geleistet, nachdem die von Art. 147 vorgesehenen Selbstbeteiligungen angewendet worden sind, vorbehaltlich der Fälle, in denen spezielle Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind:

- **Bestand der Nebengebäude**
  Die Sachen, die den Bestand bilden, gelten als versichert, auch wenn sie sich in zusätzlichen Lagern oder Depots der versicherten Betriebstätigkeit befinden, die im Bereich des versicherten Betriebsgeländes liegen, sowie in Nebengebäuden, in denen jedoch keine Verkaufstätigkeit stattfindet.
  Die Deckung wird mit einer Obergrenze von 10% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet;
- **Bargeld und Wertsachen - gleich an welchem Aufbewahrungsort**
  Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 1.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.
- **Bargeld und Wertsachen in Wandtresor, am Boden verankertem Tresor, Tresorschrank oder Panzerschrank**
  Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.
- **Diebstahl und Raub von Teppichen, Gemälden, Sammlungen, Kunstgegenständen**
  Die Deckung wird mit einer Obergrenze von 10% der Deckungssumme geleistet.
- **Raub von persönlicher Habe (unter Ausschluss von Wertgegenständen und Wertsachen) des Versicherten, seiner Angehörigen oder Beschäftigten, vorausgesetzt dass dieser im Innern der Räumlichkeiten erfolgt.**
  Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von
  Euro 1.000,00 pro Person und Euro 3.000,00 pro Versicherungsjahr geleistet.

FOLGENDE ARTIKEL GELTEN FÜR DEN GESAMTEN ABSCHNITT 12 - DIEBSTAHL UND RAUB.

Art. 145 – Ausschlüsse

Der Versicherer kommt - abgesehen von den bereits für die einzelnen Deckungen getätigten Ausschlüssen - nicht für folgende Schäden auf:

- **die bei Kriegshandlungen, Aufständen, Volksaufruhr, Streiks, Unruhen, terroristischen Anschlägen oder organisierter Sabotage, militärischer Besetzung oder Invasion aufgetreten sind, vorausgesetzt dass der Schadensfall mit diesen Ereignissen in Verbindung stand;**

- **die bei Bränden, Explosionen, Bersten, radioaktiver Kontamination, Hagel, Wind und von diesem transportierten Gegenständen, Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen, Überflutungen und anderen Naturkatastrophen aufgetreten sind, vorausgesetzt dass der Schadensfall mit diesen Ereignissen in Verbindung stand;**
- **die mit Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit begünstigt worden sind:**
- **durch den Versicherten, den Versicherungsnehmer oder, wenn der Versicherte eine juristische Person ist, durch den gesetzlichen Vertreter, die Gesellschafter der Personengesellschaft oder den unbeschränkt haftenden Gesellschafter und den Geschäftsführer; die mit Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit begangen oder begünstigt worden sind;**
- **von Personen, die mit dem Versicherten oder Versicherungsnehmer, mit dem gesetzlichen Vertreter, den Gesellschaftern der Personengesellschaft oder den unbeschränkt haftenden Gesellschaftern und Geschäftsführern zusammenwohnen oder die Räumlichkeiten bewohnen, in denen versicherte Güter verwahrt sind oder die an diese angrenzen;**
- **von Personen, für welche der Versicherte oder der Versicherungsnehmer, der gesetzliche Vertreter, die Gesellschafter der Personengesellschaft oder die unbeschränkt haftenden Gesellschafter und Geschäftsführer haften, vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. 141 - „Gegenstand der Versicherung“ und der Sonderbedingung von Art. 142.1. „Untreue der Beschäftigten“;**
- **von Personen, die mit der Bewachung der Sachen oder der Räume mit den Sachen beauftragt sind, unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 141 - „Gegenstand der Versicherung“ und der Sonderbedingung von Art. 142.1. „Untreue der Beschäftigten“;**
- **von Personen, die mit dem Versicherten oder Versicherungsnehmer, dem gesetzlichen Vertreter, den Gesellschaftern der Personengesellschaft oder den unbeschränkt haftenden Gesellschaftern und Geschäftsführern durch Verwandtschaft oder Verschwägerung entsprechend den Vorgaben von Art. 649 des it. Strafgesetzbuchs (Nr. 1, 2, 3) verbunden sind, auch wenn sie nicht zusammenleben;**

d. **indirekte Schäden;**
e. **die an den versicherten Gütern durch vom Verursacher des Schadensfalls hervorgerufene Brände, Explosionen oder Berstvorgänge verursacht worden sind;**
f. **wenn diese ab 24 Uhr des 45. Tages eingetreten sind, wenn die Räumlichkeiten mit den versicherten Gütern länger als 45 aufeinanderfolgende Tage unbewacht geblieben sind;**
g. **an Leasing-Gütern, Schmuck und Wertgegenständen;**
h. **die infolge von Beschlagnahmungen und Requisitionen eingetreten sind.**

Art. 146 - Konstruktionsmerkmale des Gebäudes für die Gültigkeit der Deckung

Mit Einschränkung auf Diebstahlsschäden gilt die Deckung unter der Bedingung, dass die **Wände und Decken** der Räumlichkeiten mit den versicherten Sachen, die an den Außenbereich oder andere Räume oder Gemeinschaftsbereiche angrenzen und sich in einer Höhe unter 4 m vom Boden oder anderen begehbaren Flächen befinden, aus Mauerwerk, Terracotta-Fliesen, Beton, Glasstahlbeton, unbewehrtem Beton oder Stahlbeton, Metallmaterialien gleicher Robustheit, die gewöhnlich am Bau verwendet werden, bestehen.

Art. 147 – Selbstbeteiligungen

Die Deckung Diebstahl und Raub wird unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens Euro 500,00 geleistet, unbeschadet der Fälle in denen spezielle Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind.

Im Falle des Diebstahls entsprechend der Beschreibung unter Art. 141 - „Gegenstand der Versicherung“, Punkt a), b), c) und d) wird die Deckung Diebstahl und Raub ohne Anwendung der Selbstbeteiligung geleistet, wenn die Räumlichkeiten mit den versicherten Sachen von einer der folgenden Alarmanlagen geschützt werden:

- **Alarmanlage für den Diebstahlschutz mit Sirene und Verbindung mit einem Wachdienst oder zur Polizei, die von einer bei der Zertifizierungsstelle I.M.Q. registrierten Firma installiert wurde;**
- **automatische Nebelanlage für den Diebstahlschutz entsprechend der Norm ISO 9001-2000, die von einer qualifizierten Firma installiert wurde,**

unter der Bedingung dass die Anlage, immer wenn keine Personen in den Räumen anwesend sind, stets aktiv und voll funktionstüchtig ist.

War die IMQ-Anlage und/oder Nebelanlage nicht funktionstüchtig und/oder wurde sie nicht eingeschaltet, bezahlt der Versicherer den gemäß Police geregelten Betrag abzüglich einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens Euro 500,00.

Art. 148 - Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen

Mit Einschränkung auf Diebstahlsschäden gilt die Deckung unter der Voraussetzung, dass jede Öffnung nach draußen von

Räumlichkeiten mit versicherten Sachen, die sich weniger als 4 m über dem Boden oder einer Wasseroberfläche oder von normal von außen zugänglichen und begehbaren (d.h. ohne Einsatz von Hilfsmitteln oder besonderer körperlicher Geschicklichkeit) Flächen befinden, durch mindestens eine der folgenden Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen geschützt sein muss:

- robuste Tür-/Fensterflügel aus Holz, steifem Kunststoffmaterial, bruchsicherem Glas, Metall oder Metalllegierung und anderen ähnlichen, gewöhnlich beim Bau verwendeten Materialien; das Ganze fest verbaut oder mit geeigneten Vorrichtungen (wie Stangen, Riegeln und ähnlichem, die ausschließlich von innen betätigt werden können) verriegelt oder mit Einbau- oder Vorhängeschlössern verschlossen;
- Vergitterungen (als solche gelten auch diejenigen aus robusten Stäben aus Metall oder anderen Metalllegierungen als Eisen), die an den Mauern oder im Tragwerk der Tür-/Fensterelemente verankert sind;
- zugelassen sind auch andere als oben beschriebene Verschlussvorrichtungen, vorausgesetzt dass sie gleichwertige Robustheit und Wirksamkeit aufweisen.

Bei Tür-/Fensterelementen und Vergitterungen sind lichte Weiten zulässig, die keinen Durchtritt einer Person gestatten.

Falls die Diebe in die Räumlichkeiten mit den versicherten Sachen eingedrungen sind, indem Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen verletzt worden sind, die den oben aufgeführten Beschreibungen nicht entsprechen, **zahlt der Versicherer dem Versicherten 70% des gemäß Police auszahlbaren Betrags**.

Auf keinen Fall entschädigungsfähig sind Diebstahlsschäden, wenn die oben beschriebenen Verschlussvorrichtungen gleich aus welchem Grund nicht aktiv waren.

Art. 149 - Verpflichtungen im Schadensfall

Im Schadensfall hat der Versicherte (oder Versicherungsnehmer):

a. den Versicherer binnen 24 Stunden nach Kenntnisnahme unter Angabe des Ereignisses und des annähernd geschätzten Schadensbetrags zu benachrichtigen sowie binnen 24 Stunden ab Ereignis Anzeige bei der zuständigen Behörde oder der lokalen Polizeidienststelle zu erstatten;

b. dem Versicherer im Laufe der anschließenden 3 Tage eine detaillierte Liste der gestohlenen oder beschädigten Sachen mit Angabe des jeweiligen Werts sowie eine Kopie der bei den Behörden erstatteten Anzeige zukommen zu lassen;

c. ferner umgehend die Entwendung von Wertpapieren (auch dem Schuldner) zu melden und - wenn gesetzlich zulässig - deren Abschreibung vorzunehmen;

d. sich umgehend auf dem wirksamsten Wege um die Wiedererlangung der entwendeten Sachen und die Erhaltung und Bewahrung der verbliebenen, ggf. beschädigten, Güter zu bemühen.

Wird auch nur eine dieser Verpflichtungen nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Die zur Erfüllung der Verpflichtungen laut Buchstaben c) und d) getragenen Kosten gehen zu Lasten des Versicherers in dem Verhältnis, das zwischen Deckungssumme und dem Wert der Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfall besteht, auch wenn der Betrag der Kosten gemeinsam mit dem des Schadens die Deckungssumme übersteigen sollte und auch wenn der Zweck nicht erreicht werden konnte, es sei denn der Versicherer kann belegen, dass unvernünftige Ausgaben gemacht worden sind.

Der Versicherte oder Versicherungsnehmer haben ferner:

e. bis zur Auszahlung des Schadens sowohl die nicht gestohlenen Sachen als auch die Spuren und materiellen Indizien der Straftat aufzubewahren, ohne hierfür Anspruch auf Entschädigung zu haben;

f. Beschaffenheit, Menge und Wert der zuvor existierenden Sachen zum Moment des Schadensfalls zu belegen, abgesehen vom tatsächlichen Auftreten und Umfang des Schadens; sämtliche Dokumente und weiteren Beweiselemente für Versicherer und Gutachter bereitzuhalten und die Ermittlungen und Nachforschungen zu erleichtern, deren Durchführung bei Dritten der Versicherer und die Gutachter möglicherweise für erforderlich erachten;

g. auf Anfrage des Versicherers sämtliche Unterlagen vorzulegen, die bei den zuständigen Behörden bezüglich des Schadensfalls erhalten werden können.

Art. 150 - Festlegung der Schadenshöhe - Schiedsverfahren

Die Versicherung wird mit der Formel auf Erstrisiko geleistet.

Die Schadenshöhe ergibt sich aus dem Wert, den die entwendeten Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatten, und aus den Reparaturkosten der beschädigten Sachen - mit der Grenze von deren Wert zum Zeitpunkt des Schadensfalls -, wobei weder erhoffter Gewinn noch Schäden durch den Ausfall von Genuss oder Nutzung oder andere Nachteile Berücksichtigung finden.

Die Schadenshöhe wird direkt von den Parteien vereinbart oder - auf Antrag einer Partei - durch Gutachter, die je einer vom Versicherer und einer vom Versicherten in einem einzigen Schriftstück ernannt werden. Diese beiden Gutachter müssen einen Dritten ernennen, wenn es zu Meinungsverschiedenheiten kommt, bzw. auch vorher auf Beantragung durch einen der Gutachter. Der dritte Gutachter greift nur im Falle von Meinungsverschiedenheiten ein und die Entscheidungen über die strittigen Punkte werden mehrheitlich getroffen. Jeder Gutachter ist dazu befugt, die Unterstützung weiterer Personen in Anspruch zu nehmen, die an der Ausarbeitung des Gutachtens mitarbeiten können, ohne jedoch Stimmrecht zu haben. Falls eine der Parteien keinen eigenen

Gutachter ernennt, oder falls diese sich nicht auf die Ernennung des Dritten einigen, können diese Bestellungen auf Antrag einer Partei allein auch dem Präsidenten des Gerichts in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall eingetreten ist, übertragen werden. Jede Partei trägt die Kosten des eigenen Gutachters, während die des dritten jeweils zur Hälfte getragen werden.

Art. 151 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs
Der Versicherte, der vorsätzlich die Schadenshöhe übertreibt, nicht entwendete Sachen verbirgt, unterschlägt oder manipuliert, die Spuren oder materiellen Indizien des Verbrechens verändert, verliert den Anspruch auf Entschädigung.

Art. 152 - Kürzung der Deckungssummen im Schadensfall
Im Schadensfall werden die Deckungssumme für Diebstahl und Raub und die diesbezüglichen Entschädigungsgrenzen mit sofortiger Wirkung und bis zum Ende des laufenden Versicherungszeitraums um einen Betrag reduziert, der dem des jeweils entschädigungsfähigen Schadens abzüglich etwaiger Selbstbehalte oder Selbstbeteiligungen entspricht, ohne entsprechende Rückerstattung der Prämie. Falls der Versicherer infolge des Schadensfalls hingegen beschließt, vom Vertrag zurückzutreten, wird der Anteil der Nettoprämie zurückerstattet, der dem fortbestehenden ggf. nicht genutzten Deckungsbetrag entspricht.

Art. 153 - Rückerlangung der gestohlenen Sachen
Werden gestohlene Sachen ganz oder teilweise zurückerlangt, hat der Versicherte dies dem Versicherer zu melden, sobald er Kenntnis davon erlangt. Die rückerlangten Sachen werden Eigentum des Versicherers, wenn dieser den Schaden bereits vollständig erstattet hat, es sei denn, der Versicherte erstattet dem Versicherer den gesamten zur Entschädigung der Sachen erhaltenen Betrag zurück. Hat der Versicherer den Schaden nur partiell entschädigt, darf der Versicherte das Eigentum der rückerlangten Sachen behalten, nachdem er die vom Versicherer dafür erhaltene Entschädigung zurückerstattet hat, oder kann sie verkaufen, wobei der Verkaufsertrag verhältnismäßig zwischen dem Versicherer und dem Versicherten aufzuteilen ist. Für gestohlene Sachen, die zurückerlangt werden, bevor die Entschädigung ausgezahlt wird und bevor 2 Monate ab Meldung des Schadensfalls verstrichen sind, ist der Versicherer lediglich für die ggf. von den Sachen infolge des Schadensfalls erlittenen Schäden verpflichtet. Dem Versicherten steht es jedoch frei, die zurückerlangte Sache an den Versicherer abzugeben, unbeschadet dessen Rechts die Abgabe zu verweigern und dennoch die geschuldete Entschädigung zu zahlen.

Art. 154 - Wertpapiere
Für Wertpapiere wird Folgendes festgelegt:
a. Unbeschadet anderslautender Vereinbarung zahlt der Versicherer den für diese festgelegten Betrag nicht vor deren Ablauf, falls vorgesehen;
b. der Versicherte hat dem Versicherer die dafür erhaltene Entschädigung zurückzuerstatten, sobald die Wertpapiere durch die Wirkung des Abschreibungsverfahren, falls zulässig, unwirksam geworden sind;
c. ihr Wert wird durch die darauf angegebene Summe bestimmt.

Bezüglich Wechseln wird weiter festgelegt, dass die Versicherung nur für jene Effekten gilt, für welche eine Wechselklage möglich ist.

Art. 155 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern
Wenn für dieselben Sachen und dasselbe Risiko mehrere Versicherungen bestehen, hat der Versicherte jeden Versicherer über die weiteren abgeschlossenen Verträge zu informieren. Bei Eintreten eines Schadensfalls hat der Versicherte die Pflicht, diesen bei allen Versicherern zu melden und hat bei jedem davon die gemäß jeweiligem unabhängig berücksichtigtem Vertrag zustehende Entschädigung zu beantragen.
Sollte die Summe dieser Entschädigungen - unter Ausschluss von der Berechnung jener Entschädigung, die ggf. von einem insolventen Versicherer geschuldet würde, - die Schadenshöhe übersteigen, ist der Versicherer verpflichtet, allein den verhältnismäßigen, auf Grundlage des eigenen Vertrags berechneten Anteil zu zahlen, unter Ausschluss jeglicher gesamtschuldnerischer Verpflichtung gemeinsam mit den anderen Versicherern.

ABSCHNITT 14 - ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN ALL RISK

Folgende Deckungen gelten, wenn die betreffende Deckungssumme in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Art. 156 - Gegenstand der Versicherung
Der Versicherer entschädigt innerhalb der Grenzen der Deckungssumme mögliche materielle und direkte Schäden an Geräten und Maschinen (einschließlich deren Elektronikkomponenten), die Abnahmetests unterzogen worden und für ihren bestimmungsgemäßen Einsatz bereit sind, nach dem Prinzip „All Risk“, vorbehaltlich der ausdrücklichen Angaben unter Art. 157 - „Ausschlüsse“.

A. DECKUNG ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN

Die Leistung gilt unter anderem für die folgenden Ereignisse, von denen die Güter im Innern der in der Police angegebenen Räume betroffen sind:

1. **Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten, Rauch**
2. **Diebstahl**

   Diese Deckung gilt:

   a) wenn der Täter in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, eingebrochen ist, indem:
   - bruchsichere Türen und/oder Fenster und/oder Verglasungen;
   - Vergitterungen;
   - Schlösser und Vorhängeschlösser oder andere Schließvorrichtungen;
   - Dächer, Wände, Fußböden, Decken durchbrochen, zerstört, aufgebrochen oder entfernt worden sind;
   - oder indem diese mit betrügerischen Mitteln, wie dem Einsatz von Dietrichen oder ähnlichem Werkzeug, aufgeschlossen worden sind, vorausgesetzt dass die Schutz- und Schließvorrichtungen den Anforderungen gemäß Art. 158 - „Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen“ entsprachen und funktionstüchtig waren.

   b) wenn der Täter in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, ohne Einbruch unter Einsatz besonderer Geschicklichkeit oder mithilfe von Kunstgriffen auf anderem als dem normalen Weg eingedrungen ist über Öffnungen nach außen, die sich in einer vertikalen Höhe von mindestens 4 m vom Boden, von Wasseroberflächen oder zugänglichen und normal von außen begehbaren Flächen befinden;

   c) wenn der Täter sich heimlich in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, eingeschlichen hat und das Diebesgut dann bei geschlossenen Räumen entwendet hat;

   d) auch ohne in die versicherten Räume eingedrungen zu sein, während der Öffnungszeiten am Tag oder Abend;
   - durch die Öffnungen an Rollläden und Gittern mit Brechen des dahinter befindlichen Fensterglases;
   - durch das Brechen von sachgerecht verschlossenen Schaufensterscheiben während der Öffnungszeiten (von 8:00 bis 24:00 Uhr) im Beisein von zuständigem Personal.
3. **Raub**

   Diese Deckung gilt, wenn der Raub in den Räumlichkeiten mit den versicherten Sachen geschieht, auch wenn die Personen, an denen Gewalt oder Drohungen ausgeübt werden, außerhalb aufgegriffen und gewaltsam in die Räume verbracht werden.
4. **Witterungsereignisse, wie Windhosen, Stürme, Frost, Schnee, Hagel**
5. **Maschinenpannen aufgrund mechanischer Brüche, Zentrifugalkräften, Vibrationen, unvorhersehbaren Belastungen und Fremdkörpern**

   Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Selbstbeteiligung von 25% mit mindestens € 500,00 geleistet.
6. **Verschütten von Flüssigkeiten**

   Der Versicherer kommt für die Schäden durch das Auslaufen von in geeigneten Behältern aufbewahrten Flüssigkeiten auf, das durch zufälligen Bruch der Behälter sowie von Ventilen, Hähnen, Anschlüssen und den damit verbundenen technischen Anlagen verursacht wird. **Ausgeschlossen sind auf jeden Fall:**
   - **Schäden aufgrund fehlerhaften Öffnens oder Schließens von Ventilen und/oder Hähnen;**
   - **Schäden durch mangelnde Dichtigkeit der Behälter;**
   - **Schäden aufgrund des Auslaufens aus Behältern mit weniger als 300 l Fassungsvermögen;**
   - **Schäden, die an anderen Einheiten durch das Auslaufen der Flüssigkeit verursacht werden.**
7. **Elektrische Störfälle auch mit externer Ursache**

   Die Deckung umfasst Schäden durch elektrische Störfälle mit externer Ursache unter der Bedingung, dass die versicherten Geräte mit Überspannungsschutz gegenüber Versorgungsnetz und Datenkommunikationsnetz ausgerüstet sind und dass die angeschlossene elektrische Anlage den gesetzlichen Anforderungen entspricht.

   Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Selbstbeteiligung von 15% mit mindestens € 500,00 geleistet.
8. **Unerfahrenheit, Unvorsichtigkeit, Nachlässigkeit, Bedienfehler bei Verwendung/Betrieb der Anlagen und Maschinen durch Beschäftigte des Versicherten oder Dritte**

   Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Entschädigungsgrenze von 30% der Deckungssumme geleistet.
9. **Mangelnde oder fehlerhafte Funktion von Bedien- oder Steuergeräten**

   Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Obergrenze von 30% der Deckungssumme geleistet.
10. **Sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse**

    Darunter sind direkte Sachschäden zu verstehen, die an den versicherten Sachen ggf. auch durch Sprengkörper von Personen (Beschäftigte des Versicherten oder Versicherungsnehmers und andere) verursacht werden, die an Volksaufständen, Streiks oder Unruhen teilnehmen oder allein oder in Vereinigung mit anderen Vandalismus oder vorsätzliche Taten begehen, einschließlich Terroranschläge und organisierte Sabotage.

    Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Selbstbeteiligung von 15% von mindestens Euro 1.500,00 und mit der Obergrenze von 60% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr

geleistet.

11. **Schäden an Rohren und elektronischen Ventilen, außer wenn diese direkte Folge von entschädigungsfähigen Schäden sind, die auch an anderen Teilen der versicherten Sachen aufgetreten sind**
    Diese Schäden werden unter Berücksichtigung des Abnutzungsprozentsatzes entschädigt, der sich aus den vom Hersteller angegebenen Parametern ergibt, bzw. in Ermangelung aus dem Abnutzungsprozentsatz, der sich aus dem Verhältnis zum seit der Installation verstrichenen Zeitraum, zu den Betriebsstunden, erfahrenen Druckstößen oder anderen einschlägigen Parametern bezüglich der geschätzten Lebensdauer der Rohre ergibt.
    Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Obergrenze von 10% des Werts der beschädigten Ausrüstung mit maximal Euro 3.500,00 pro Schadensfall geleistet.
12. **Schäden an, ausschließlich für die versicherten Sachen bestimmten, externen Leitungen**
    Nicht entschädigungsfähig sind Schäden an den Zubehörteilen der versicherten Leitungen, die nicht von Strom durchflossen werden. Im Falle von entschädigungsfähigen Schäden an externen Leitungen sind auch die vom Versicherten getragenen Kosten für Aushub-, Abtrags-, Abstütz-, Mauer-, Putz- und Belagsarbeiten inbegriffen.
    Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit dem Selbstbehalt von Euro 250,00 mit der Obergrenze von 10% des Werts der beschädigten Ausrüstung mit maximal Euro 2.500,00 pro Schadensfall geleistet.

Die Versicherung gilt für die in der Police angegebenen Standorte, wird nach der Formel auf Erstrisiko geleistet und ist ausschließlich für Risiken in Italien, Vatikanstadt und Republik San Marino wirksam. **Die Deckung Elektronik und Maschinenpannen wird unter Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 500,00 geleistet, unbeschadet der Fälle in denen spezielle Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind. Bezüglich versicherter Sachen, für welche mehr als 7 Jahre seit Baujahr verstrichen sind, werden die Deckungen gemäß Police unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 25% mit mindestens Euro 2.500,00 geleistet,** welche ganz vom Versicherten zu übernehmen ist.

FOLGENDE ARTIKEL GELTEN FÜR DEN GESAMTEN ABSCHNITT 14 - ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN.

Art. 157 – Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind Schäden:

a. **die durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherten oder Versicherungsnehmers, von deren Angehörigen und Lebenspartnern, Geschäftsführern oder unbeschränkt haftenden Gesellschaftern sowie gesetzlichen Vertretern verursacht werden;**
b. **durch Verschleiß, Abnutzung, Korrosion und Oxidation, welche die natürliche Folge des Gebrauchs oder Betriebs sind oder die durch das beständige Einwirken der Witterung verursacht werden;**
c. **durch Erdbeben, Überschwemmungen, Überflutungen, Tsunamis, Vulkanausbrüche, Erdrutsche und Hochwasser;**
d. **für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller, Lieferant, Verkäufer oder Vermieter der versicherten Sachen zu haften hat;**
e. **die infolge von Ein- und Ausbauvorgängen auftreten, die nicht in Verbindung mit Wartungs- oder Überholungsmaßnahmen stehen, sowie Schäden, die bei Transport und Beförderung sowie den damit verbundenen Auf- und Abladevorgängen außerhalb des für die beweglichen Sachen angegebenen Standorts und außerhalb des ursprünglichen Installationsorts der festen Sachen auftreten;**
f. **durch Nichtbeachtung der vom Hersteller oder Lieferanten der versicherten Sache erteilten Wartungsvorschriften;**
g. **infolge des Tragens der Kosten für:**
   - **Durchführung der vorbeugenden Wartung;**
   - **Durchführung von Kontrollen der Funktionstüchtigkeit;**
   - **Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten;**
h. **ästhetischer Art, die nicht in Verbindung mit den entschädigungsfähigen Schäden stehen;**
i. **die Defekten zuzuschreiben sind, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten beim Abschluss der Police bekannt sind;**
j. **verursacht durch Verlieren und Fehlbestände;**
k. **die bei Kriegshandlungen, Aufständen, Besetzung von Fabriken und Gebäuden allgemein, Beschlagnahmen, militärischer Besetzung oder Invasion aufgetreten sind, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte können belegen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung mit diesen Ereignissen steht;**
l. **die bei einer Explosion oder der Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns erzeugt wird, ebenso wie bei Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Atomteilchen hervorgerufen wird,**

auftreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte können beweisen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung zu diesen Ereignissen steht;

m. **indirekte Schäden, wie der Ausfall der Gerätenutzung, Einkommensausfall oder jeder Schaden, der nicht die materielle Beschaffenheit der versicherten Sache betrifft;**

n. **an austauschbaren oder für bestimmte Bearbeitungen aufsetzbaren Utensilien oder Zubehörteilen, an Formen, Matrizen, Gesenken, Schleifscheiben, Förderbändern, Seilen, Bändern, Riemen, Ketten, Reifen, Dichtungen, Filzbelägen, Verkleidungen, feuerfesten Belägen, Katalysatoren, Filtern, Fluiden allgemein mit Ausnahme des Öls von Transformatoren und Schaltern;**

o. **bezüglich der elektronischen Komponenten von elektrischen oder mechanischen Geräten und Anlagen, die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen auftreten und deren Beseitigung zu den Leistungen gehört, die normalerweise von Wartungs- und technischen Kundendienstverträgen erfasst werden;**

p. **durch Verlust, Beeinträchtigung oder Zerstörung von Daten, Verschlüsselungsprogrammen oder Software;**

q. **durch mangelnde Verfügbarkeit von Daten und Funktionsstörungen von Hardware oder Software;**

r. **an Kraftfahrzeugen;**

s. **durch Betriebsunterbrechung von Anlagen oder Maschinen infolge von:**
- **Nutzung von Internet oder Intranet (Verwendung von Internetadressen, Websites oder Intranet sowie jeglicher Betrieb oder Betriebsstörungen von Internet und/oder den Verbindungen zu Internetadressen, Websites oder Intranet);**
- **elektronischer Übertragung von Daten oder anderen Informationen;**
- **Computerviren oder ähnlichen Softwares (z.B. Trojaner, Computerwürmer usw.);**
- **ggf. auch unbeabsichtigter Verletzung von geistigen Eigentumsrechten (z.B. Marken-, Urheber-, Patentrecht);**
- **Verletzung von GvD 196/2003 i.d.g.F.;**

t. **an folgenden Geräten:**
- **Geräten für den häuslichen Gebrauch;**
- **elektromedizinischen Geräten;**
- **an Photovoltaikanlagen;**

u. **ausgeschlossen sind ferner Schäden, Defekte oder Betriebsstörungen sowie Schäden an Modulen und elektronischen Bauteilen der versicherten Anlagen und Geräte (einschließlich der Kosten für Suche und Feststellung der Defekte), welche während der Garantiefrist der Hersteller- und/oder Lieferantenfirma aufgetreten sind, bzw. deren Beseitigung zu den normalerweise im technischen Wartungsvertrag enthaltenen Leistungen gehört, d.h.:**
- **Kontrollen der Funktionstüchtigkeit;**
- **vorbeugende Wartung;**
- **Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten;**
- **Beseitigung von Schäden und Störungen (Ersatzteile und Lohnkosten);**

die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen aufgetreten sind.

Art. 158 - Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen

Mit Einschränkung auf Diebstahlsschäden gilt die Deckung unter der Voraussetzung, dass jede Öffnung nach draußen von Räumlichkeiten, die versicherte Sachen enthalten, die sich weniger als 4 m über dem Boden oder einer Wasseroberfläche oder von normal von außen zugänglichen und begehbaren (d.h. ohne Einsatz von Hilfsmitteln oder besonderer körperlicher Geschicklichkeit) Flächen befinden, durch mindestens eine der folgenden Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen geschützt wird:

- robuste Tür-/Fensterflügel aus Holz, steifem Kunststoffmaterial, bruchsicherem Glas, Metall oder Metalllegierung und anderen ähnlichen, gewöhnlich beim Bau verwendeten Materialien; das Ganze fest verbaut oder mit geeigneten Vorrichtungen (wie Stangen, Riegeln und ähnlichem, die ausschließlich von innen betätigt werden können) verriegelt oder mit Einbau- oder Vorhängeschlössern verschlossen;
- Vergitterungen (als solche gelten auch diejenigen aus robusten Stäben aus Metall oder anderen Metalllegierungen als Eisen), die an den Mauern oder im Tragwerk der Tür-/Fensterelemente verankert sind;
- zugelassen sind auch andere als oben beschriebene Verschlussvorrichtungen, vorausgesetzt dass sie gleichwertige Robustheit und Wirksamkeit aufweisen.

Bei Tür-/Fensterelementen und Vergitterungen sind lichte Weiten zulässig, die keinen Durchtritt einer Person gestatten.

Falls die Diebe in die Räumlichkeiten mit den versicherten Sachen eingedrungen sind, indem **Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen verletzt worden sind, die den oben aufgeführten Beschreibungen nicht entsprechen, zahlt der Versicherer dem Versicherten 70% des gemäß Police auszahlbaren Betrags.**

Auf keinen Fall entschädigungsfähig sind Diebstahlsschäden, wenn die oben beschriebenen Verschlussvorrichtungen

gleich aus welchem Grund nicht aktiv waren.

Art. 159 - Sachen, die Eigentum Dritter sind

Die Deckung umfasst auch Sachen, die Eigentum Dritter sind, deren Vorhandensein angemessen belegt wird, vorausgesetzt dass sie in Leasing, Miete oder Leihe übergeben worden sind. Im Schadensfall haben die betroffenen Dritten jedoch keinerlei Mitspracherecht für die Ernennung der Gutachter (durch Versicherer und Versicherungsnehmer zu benennen) noch Handhabe zur Anfechtung des Gutachtens, denn es gilt als festgelegt und vereinbart, dass Klagen, Ansprüche und Rechte aus der Versicherung ausschließlich vom Versicherungsnehmer und Versicherer wahrgenommen werden können. Die gemäß obigen Bestimmungen in streitiger Verhandlung geregelte Entschädigung kann nur ausgezahlt werden, wenn die betroffenen Dritten am Auszahlungsvorgang teilnehmen.

Art. 160 - Aufbewahrung der versicherten Sachen

Die versicherten Sachen sind mit Sorgfalt aufzubewahren und - entsprechend den Normen sachgerechter Wartung - in dem für ihren Gebrauch und ihre Zweckbestimmung geeigneten technischen und Betriebszustand zu erhalten. Sie dürfen nicht für andere Funktionen eingesetzt werden als die, für welche sie gebaut wurden, noch anomalen oder höheren als den technisch zulässigen Beanspruchungen ausgesetzt werden noch an Anlagen angeschlossen werden, die nicht den Herstellerspezifikationen entsprechen.

Art. 161 - Inspektion der versicherten Sachen

Der Versicherer hat stets das Recht, die versicherten Sachen zu besichtigen, und der Versicherte ist verpflichtet, alle erforderlichen Angaben und Informationen zu stellen.

Art. 162 - Verpflichtungen im Schadensfall

Im Schadensfall hat der Versicherte:

a. alles in seiner Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu mindern oder einzugrenzen, und die Anweisungen des Versicherers vor der Reparatur zu befolgen; die betreffenden Kosten gehen gemäß Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs zu Lasten des Versicherers;

b. den Versicherer binnen 3 Tagen ab Kenntnisnahme gemäß Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs zu benachrichtigen.

Wird auch nur eine dieser Verpflichtungen nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Der Versicherungsnehmer ist ferner verpflichtet:

c. bei Brand, Diebstahl, Raub oder mutmaßlich vorsätzlich verursachtem Schadensfall binnen der folgenden 5 Tage bei den zuständigen Gerichts- oder Polizeibehörden Anzeige zu erstatten unter Angabe von Zeitpunkt und vermutetem Grund des Schadensfalls sowie geschätztem Ausmaß des Schadens. Eine Kopie dieser Anzeige ist an den Versicherer zu übermitteln.

d. die Spuren und Rückstände des Schadens bis zur Regulierung des Schadens aufzubewahren, ohne aus diesem Grund Anspruch auf eine Entschädigung zu haben. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Rückstände von ausgetauschten Teilen abzuholen. Kommt der Versicherte den Forderungen des Versicherers nicht nach, verliert er das Recht auf Entschädigung.

e. den Wert der beschädigten Sachen, der Materialien und der aufgetretenen Reparaturkosten des Schadens sowie der in Verbindung mit den Verpflichtungen gemäß Buchstaben a. getragenen Ausgaben zu belegen.

Die Reparatur des Schadens kann unmittelbar nach der in Punkt b. genannten Mitteilung aufgenommen werden, wobei jedoch der Zustand der Sachen vor der Inspektion durch einen Beauftragten des Versicherers nur in dem für die Fortsetzung der Tätigkeit unbedingt notwendigen Maße verändert werden darf. Wenn diese Inspektion aus Gründen, die nicht dem Versicherungsnehmer/Versicherten zugeschrieben werden können, nicht innerhalb von 8 Tagen nach der in Punkt b. genannten Mitteilung erfolgt, kann dieser alle erforderlichen Maßnahmen treffen. Nach Eintreten des Schadensfalls wird die Versicherung mit Einschränkung auf mechanische und elektrische Störfälle für die beschädigte Sache bis zur definitiven Reparatur, mit welcher erneut die reguläre Betriebstüchtigkeit garantiert wird, aufgehoben.

Art. 163 - Festlegung der Schadenshöhe - Schiedsverfahren

Die Festlegung des Schadens erfolgt entsprechend nachstehend aufgeführten Regeln:

a. Bei reparierbarem Schaden:
   1. wird der Gesamtbetrag der für die Widerherstellung des zum Zeitpunkt des Schadensfalls bestehenden Zustands der beschädigten Anlage oder Gerätschaft erforderlichen Reparaturausgaben zu den zum Moment des Schadensfalls geltenden Kosten geschätzt;
   2. wird der aus den Resten der ausgetauschten Teile zum Moment des Schadensfalls realisierbare Wert geschätzt.

   Die maximale Entschädigung entspricht dem gemäß a1. geschätzten Betrag abzüglich des Betrags laut a2., es sei denn der Versicherer nehme die Möglichkeit gemäß Punkt d. von Art. 162 - „Verpflichtungen im Schadensfall“ wahr: In diesem Fall entspricht die Entschädigung dem laut a1. geschätzten Betrag.

b. Bei irreparablem Schaden:
   1. werden die Kosten für den Ersatz zum Zeitpunkt des Schadensfalls an der von diesem betroffenen Anlage oder Gerätschaft geschätzt;
   2. es wird der aus den Resten realisierbare Wert geschätzt.
      Die maximale Entschädigung wird dem gemäß b1. geschätzten Wert abzüglich des gemäß b2. geschätzten Betrags entsprechen.
      Diese Schätzung betrifft nur in Betrieb befindliche Anlagen und Geräte und gilt unter der Bedingung, dass:
      i. die Schäden innerhalb von 2 Jahren ab dem Bau aufgetreten sind;
      ii. Austausch oder Reparatur innerhalb der technisch erforderlichen Zeiten ausgeführt werden;
      iii. Der Hersteller darf die Fertigung der beschädigten oder zerstörten Anlage/Gerätschaft nicht eingestellt haben bzw. das Element oder dessen Ersatzteile müssen noch erhältlich sein.

   Falls weder die Bedingungen laut Punkt „i." und „ii." noch zumindest eine der Bedingungen laut Punkt „iii." erfüllt werden, kommen folgende Normen zur Anwendung:
   3. Es wird der Wert der Anlage oder des Geräts zum Zeitpunkt des Schadensfalls unter Berücksichtigung seines Alters und des durch Gebrauch oder andere Gründe bedingten Verschleißes geschätzt;
   4. es wird der aus den Resten realisierbare Wert geschätzt.

Die maximale Entschädigung wird dem gemäß b3. geschätzten Wert abzüglich des gemäß b4. geschätzten Betrags entsprechen.
Ein Schaden gilt als irreparabel, wenn die gemäß a. berechneten Reparaturkosten dem laut b. berechneten Wert (Schätzung b1. - b2. oder b3 - b4. je nach Fall) der Anlage bzw. des Geräts gleichkommen bzw. diesen überschreiten. Der Versicherer hat das Recht, direkt für die Wiederherstellung der Betriebstüchtigkeit der Anlage oder des Geräts oder für dessen Ersatz durch ein - in seinen Eigenschaften, Leistung und Ertrag - gleiches oder gleichwertiges zu sorgen.
Von der Entschädigung ausgeschlossen sind Ausgaben für etwaige Reparaturversuche, provisorische Reparaturen, Änderungen oder Verbesserungen.

Die Schadenshöhe ergibt sich aus dem Wert, den die entwendeten Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatten, und aus den Reparaturkosten der beschädigten Sachen - mit der Grenze von deren Wert zum Zeitpunkt des Schadensfalls -, wobei weder erhoffter Gewinn noch Schäden durch den Ausfall von Genuss oder Nutzung oder andere Nachteile Berücksichtigung finden.
Die Schadenshöhe wird direkt von den Parteien vereinbart oder - auf Antrag einer Partei - durch Gutachter, die je einer vom Versicherer und einer vom Versicherten in einem einzigen Schriftstück ernannt werden. Diese beiden Gutachter müssen einen Dritten ernennen, wenn es zu Meinungsverschiedenheiten kommt, bzw. auch vorher auf Beantragung durch einen der Gutachter. Der dritte Gutachter greift nur im Falle von Meinungsverschiedenheiten ein und die Entscheidungen über die strittigen Punkte werden mehrheitlich getroffen. Jeder Gutachter ist dazu befugt, die Unterstützung weiterer Personen in Anspruch zu nehmen, die an der Ausarbeitung des Gutachtens mitarbeiten können, ohne jedoch Stimmrecht zu haben. Falls eine der Parteien keinen eigenen Gutachter ernennt, oder falls diese sich nicht auf die Ernennung des Dritten einigen, können diese Bestellungen auf Antrag einer Partei allein auch dem Präsidenten des Gerichts in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall eingetreten ist, übertragen werden. Jede Partei trägt die Kosten des eigenen Gutachters, während die des dritten jeweils zur Hälfte getragen werden.

Art. 164 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs
Der Versicherungsnehmer (oder Versicherte), der die Höhe des Schadens vorsätzlich übertreibt, die Zerstörung oder Entwendung von zum Zeitpunkt des Schadensfalls inexistenten Sachen erklärt, gerettete Sachen entwendet oder manipuliert, trügerische oder gefälschte Mittel oder Unterlagen als Beleg verwendet, die Spuren und Rückstände des Schadensfalls vorsätzlich verändert oder der dessen Verlauf begünstigt, verliert seinen Anspruch auf Entschädigung.

Art. 165 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern
Wenn für dieselben Sachen und dasselbe Risiko mehrere Versicherungen bestehen, hat der Versicherte jeden Versicherer über die weiteren abgeschlossenen Verträge zu informieren. Bei Eintreten eines Schadensfalls hat der Versicherte die Pflicht, diesen bei allen Versicherern zu melden und hat bei jedem davon die gemäß jeweiligem unabhängig berücksichtigtem Vertrag zustehende Entschädigung zu beantragen.
Sollte die Summe dieser Entschädigungen - unter Ausschluss von der Berechnung jener Entschädigung, die ggf. von einem insolventen Versicherer geschuldet würde, - die Schadenshöhe übersteigen, ist der Versicherer verpflichtet, allein den verhältnismäßigen, auf Grundlage des eigenen Vertrags berechneten Anteil zu zahlen, unter Ausschluss jeglicher gesamtschuldnerischer Verpflichtung gemeinsam mit den anderen Versicherern.

Art. 166 - Verzicht auf Rückgriffsrecht
Außer bei arglistigen und vorsätzlichen Handlungen verzichtet der Versicherer auf seinen Anspruch auf Rückgriff gemäß Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs gegenüber den Beschäftigten und Angehörigen des Versicherten sowie gegenüber im Verhältnis zum Versicherten abhängigen, angegliederten oder verbundenen Gesellschaften.
Der Versicherer verzichtet ebenfalls auf vorgenanntes Recht auf Rückgriff gegenüber den Kunden des Versicherten unter der Bedingung, dass der Versicherte ebenfalls auf jeglichen Anspruch diesen gegenüber verzichtet.

ABSCHNITT 15 – ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK

Folgende Deckungen gelten, wenn die betreffende Deckungssumme in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Art. 167 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer entschädigt innerhalb der Grenzen der Deckungssumme nach dem Prinzip All Risk direkte Sachschäden (einschließlich Diebstahl, Raub, Defekte und elektrische Störfälle) und indirekte Schäden, die an einer Photovoltaik- und/oder Solarwärmeanlage entstehen, vorbehaltlich der ausdrücklichen Angaben unter Art. 169 - „Ausschlüsse".

Installation und Abnahme der Anlagen müssen in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der geltenden Normen erfolgt sein, was aus dem Abnahmezertifikat oder der Konformitätserklärung der Anlage hervorzugehen hat, die der Versicherungsnehmer bei Unterzeichnung der Police zu besitzen erklärt.

Die Deckung ist wirksam, vorausgesetzt dass sich die Anlagen an dem in der Police angegebenen Standort (falls ganz oder teilweise eingebaut) oder bei am Boden installierten Anlagen in dessen unmittelbarer Nähe - maximal 300 m in Luftlinie - befinden.

A. DECKUNG ERNEUERBARE ENERGIEN

1. Direkte Schäden

Der Versicherer verpflichtet sich dazu, direkte Sachschäden zu entschädigen, die durch ein, nicht ausdrücklich ausgeschlossenes, beliebiges, zufälliges Ereignis verursacht werden, das die in der Police festgelegten Anlagen betrifft, auch wenn diese Eigentum Dritter sind.

Der Versicherer entschädigt ferner die Kosten, die infolge des gemäß dieser Deckung entschädigungsfähigen Schadensfalls für Abbruch, Räumung und Transport der Reste der versicherten und beschädigten Sachen zur nächstgelegenen Sammelstelle oder Deponie entstanden sind, **bis maximal 5% des Deckungsbetrags mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall.**

Dazu gehören auch:

1. Pannen, worunter alle Schäden zu verstehen sind, die von den Anlagen aufgrund von Defekten und/oder Brüchen erfahren werden, die auf interne Gründe mechanischer und/oder elektrischer Art zurückzuführen sind, einschließlich derer, die von Planungs- und Berechnungsfehlern, Material-, Schmelz-, Ausführungs- und Installationsmängeln herrühren;
2. Elektrische Störfälle, worunter alle Schäden zu verstehen sind, die auf Stromschwankungen zurückzuführen sind, d.h. Abweichungen der Stromstärke von den für den Anlagenbetrieb vorgesehenen Nennwerten, Überspannung, plötzliche Spannungsspitzen, Blitzschlag oder zufällige Spannungsentladung.

Ausdehnung auf indirekte Schäden

Der Versicherer entschädigt Verluste aufgrund indirekter Schäden, die auf Unterbrechung oder Reduktion der Stromerzeugung aufgrund eines direkten Sachschadens zurückzuführen sind, nur wenn letzterer gemäß vorliegender Deckung Direkte Schäden entschädigungsfähig ist und die versicherten Anlagen betroffen hat.

Art. 168 - Entschädigungsgrenzen - Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen

Bezüglich der direkten Schäden All Risk erfolgt für jeden Schadensfall die Entschädigung nach Abzug einer Selbstbeteiligung zu Lasten des Versicherten, die 5% mit dem Mindestbetrag € 750,00 entspricht, vorbehaltlich der Bestimmungen nachstehender Punkte:

1. **Diebstahl, Raub und Handlungen Dritter**

   Für Schäden durch Diebstahl, Raub und Handlungen Dritter (einschließlich Vandalismus) erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer **Selbstbeteiligung von 20% mit dem Mindestbetrag Euro 750,00, die ganz vom Versicherten selbst zu tragen ist.**

   Unbeschadet der oben stehenden Bestimmungen gelten die folgenden Höchstgrenzen für die Entschädigung pro Schadensfall und Versicherungsjahr:

   - 50% der Deckungssumme für vollständig eingebaute Solarzellen;
   - 40% der Deckungssumme für partiell eingebaute Solarzellen;
   - 30% der Deckungssumme für am Boden installierte und nicht eingebaute Anlagen.

2. **Witterungsschäden**

   Für Witterungsschäden erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer **Selbstbeteiligung von 15% mit Mindestbetrag Euro 750,00, die ganz vom Versicherten selbst zu tragen ist.**

   Unbeschadet der oben stehenden Bestimmungen gelten die folgenden Höchstgrenzen für die Entschädigung pro Schadensfall und Versicherungsjahr:

   - 40% der Deckungssumme für Wind und Schneelast;

- 70% der Deckungssumme für andere Witterungsschäden.

3. Einbrechen oder Abrutschen des Erdbodens

Für Schäden durch Einbrechen oder Abrutschen des Erdbodens erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer **Selbstbeteiligung von 20% mit dem Mindestbetrag Euro 750,00, die ganz vom Versicherten selbst zu tragen ist, mit einer Höchstgrenze für die Entschädigung von 40% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr.**

4. Pannen und/oder elektrische Störfälle

Bei Schäden durch Pannen und/oder elektrische Störfälle erfolgt die Zahlung der Entschädigung:

- für Anlagen, bei denen nicht mehr als 7 Jahre ab Abnahmebescheinigung verstrichen sind, mit einer **Selbstbeteiligung des Versicherten von 10% mit dem Mindestbetrag Euro 1.250,00 und einer Grenze von 30% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr;**
- für Anlagen, bei denen mehr als 7 Jahre ab Abnahmebescheinigung verstrichen sind, mit einer **Selbstbeteiligung des Versicherten von 30% mit dem Mindestbetrag Euro 2.500,00 und einer Grenze von 20% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr.**

Bezüglich der indirekten Schäden:

- für Anlagen mit Fernwirkeinrichtung:
  erfolgt die Zahlung der Entschädigung pro einzelnem Schadensfall **abzüglich 3 Tagen Selbstbehalt über einen Höchstzeitraum der Entschädigung von 60 Tagen ohne Berücksichtigung der Selbstbehaltstage**; dieser Zeitraum läuft ab Eintreten des Schadensfalls;
- für Anlagen ohne Fernwirkeinrichtung:
  wird als Ersatz aller Gewinnverluste eine **pauschale Summe von 10% der gemäß Bedingungen für die direkten Schäden All Risk für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr ausgezahlten Entschädigung zuerkannt mit der Höchstgrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall.**

FOLGENDE ARTIKEL GELTEN FÜR DEN GESAMTEN ABSCHNITT 15 - ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK

Art. 169 - Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind Schäden:

1. **durch Kriegshandlungen oder infolge von Aufständen, militärischer Besetzung, Invasion;**
2. **durch Explosion oder Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns verursacht wird, ebenso wie durch Strahlung, die von der künstlichen Teilchenbeschleunigung hervorgerufen wird;**
3. **durch terroristische Anschläge oder Sabotageakte;**
4. **durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder Versicherten, der gesetzlichen Vertreter oder Gesellschafter;**
5. **durch Tsunamis, Vulkanausbrüche, Erdbeben, Überschwemmungen, Überflutungen und Hochwasser;**
6. **aufgrund der Nichtbeachtung der vom Hersteller oder Lieferanten der versicherten Sache erteilten Wartungs- und Betriebsvorschriften;**
7. **durch Verschleiß oder Abnutzung, welche die natürliche Folge des Gebrauchs oder Betriebs sind oder die durch das beständige Einwirken der Witterung sowie durch Rost, Korrosion und Verkrustung verursacht werden mit Einschränkung auf den direkt betroffenen Teil;**
8. **für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller, Lieferant, Verkäufer oder Vermieter der versicherten Sache zu haften hat;**
9. **durch Ein- und Ausbauvorgänge, die nicht in Verbindung mit Reinigungs-, Wartungs- oder Kontrollvorgängen stehen;**
10. **die während des Transports erlitten werden;**
11. **ästhetischer Art, die nicht in Verbindung mit entschädigungsfähigen Schäden stehen;**
12. **durch Sturmfluten, Gezeiten und Eindringen von Meerwasser;**
13. **aufgrund von Leistungsmängeln;**
14. **durch Aufprall von Fahrzeugen und/oder Hebezeugen oder Fördermitteln, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten gehören bzw. von diesem benutzt werden;**
15. **durch Verschmutzung und/oder Kontamination allgemein sowohl fortschreitender als auch zufälliger oder synergetischer Art;**
16. **wegen Nichterfolgen der automatischen Wiederverbindung des Wechselrichters mit dem Netz infolge von**

Spannungssprüngen;

17. durch Funktionsstörungen von Hardware, Software oder eingebauten Chips und damit verbundene Schäden (wie Verlust von Daten oder Datenträgern);
18. an den Stromverteilungs- oder Übertragungsleitungen;
19. in Verbindung mit oder verursacht durch Feuchtigkeit, Tau, Kondensat, Tropfleckage, Trockenheit, Bakterien, Pilzbefall, Sickerwasser und Nagetiere;
20. in Verbindung mit oder verursacht durch die Aufhebung und/oder Unterbrechung von Strom-, Gas- oder Wasserversorgung, vorausgesetzt dass diese nicht durch ein die versicherte Sache betreffendes Ereignis hervorgerufen wurde, das nicht anderweitig ausgeschlossen ist;
21. verursacht oder zurückzuführen auf Hinterziehung, Betrug, Fehlbeträge, Verlust, widerrechtliche Aneignung oder Untreue von Beschäftigten, Plünderung, Erpressung, Veruntreuung sowie Taschendiebstahl und deren Versuch, auch wenn diese bei Gelegenheit von nicht anderweitig ausgeschlossenen Ereignissen aufgetreten sind;
22. an Modulen und elektronischen Bauteilen der versicherten Anlage (einschließlich der Kosten für Suche und Feststellung der Defekte), welche während der Garantiefrist der Hersteller- und/oder Lieferantenfirma aufgetreten sind, bzw. deren Beseitigung zu den normalerweise im technischen Wartungsvertrag enthaltenen Leistungen gehört, d.h.:
    - Kontrollen der Funktionstüchtigkeit;
    - vorbeugende Wartung;
    - Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten;
    - Beseitigung von Schäden und Störungen (Ersatzteile und Lohnkosten), die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen aufgetreten sind;
23. der Versicherer ist ferner nicht verpflichtet zur Entschädigung von:
    - Schäden an außerhalb der versicherten Sachen gelegenen Leitungen;
    - Kosten für Aushub-, Abtrags-, Abstütz-, Mauer-, Putz- und Belagsarbeiten und ähnliches.

Mit Bezugnahme auf indirekte Schäden sind ferner ausgeschlossen:

24. Verluste und Ausgaben durch die Verlängerung des Stillstands infolge eines Schadensfalls, auch wenn dieser gemäß vorliegender Police entschädigungsfähig ist, wenn diese verursacht werden durch:
    - Aussperrung, von Behörden verhängte Maßnahmen;
    - mangelnde Verfügung des Versicherten über die erforderlichen Geldmittel für die Wiederaufnahme der Tätigkeit;
    - Schwierigkeiten beim Wiederaufbau, Einschränkungen des Betriebs und Schwierigkeiten bei der Wiederinbetriebnahme, Reparatur oder Ersatz von zerstörten oder beschädigten Sachen, die auf externe Ursachen zurückzuführen sind, wie örtliche oder staatliche Städtebauvorschriften oder andere Gesetzesnormen oder behördliche Verordnungen;
25. Aufhebung, Ablauf, Annullierung oder Widerruf von Mietverträgen, Lizenzen, Konzessionen, Aufträgen oder Verträgen;
26. an Dritte geschuldete Vertragsstrafen, Entschädigungen oder Bußgelder;
27. Tage der Unterbrechung der versicherten Betriebstätigkeit, die aus beliebigem Grund auch ohne den Schadensfall erforderlich gewesen wären;
28. Verluste durch die Verlängerung oder Hinauszögerung des Stillstands wegen:
    - Naturkatastrophen oder Höherer Gewalt;
    - Streiks, welche Materiallieferungen verhindern oder verzögern;
    - Überholung, Änderungen oder Verbesserungen, die zu Anlass der Wiederinbetriebnahme oder des Ersatzes der beschädigten oder zerstörten Geräte oder Anlagen vorgenommen werden.

Art. 170 - Verpflichtungen im Schadensfall

Im Schadensfall haben der Versicherungsnehmer und/oder Versicherte:

a. alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu vermeiden oder zu begrenzen, indem die Anweisungen des Versicherers vor der Reparatur befolgt werden, deren Kosten gemäß Gesetz (Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs) zu Lasten des Versicherers gehen;
b. dem Versicherer binnen 3 Tagen nach Auftreten und Kenntnisnahme den Schadensfall gemäß Angabe unter Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs zu melden;
c. bei Diebstahl, Raub, Brand oder mutmaßlich vorsätzlichem oder durch Vandalismus verursachtem Schadensfall ist binnen der folgenden 3 Tage bei den zuständigen Gerichts- oder Polizeibehörden Anzeige zu erstatten unter

Angabe von Zeitpunkt und vermutetem Grund des Schadensfalls sowie geschätztem Ausmaß des Schadens; eine Kopie dieser Anzeige ist an den Versicherer zu übermitteln;

d. die Spuren und Rückstände des Schadensfalls sowie die ersetzten Teile bis zur Abwicklung des Schadens aufzubewahren, ohne dass dafür eine Entschädigung zustünde;

e. den Wert der beschädigten Sachen, der Materialien und der Reparaturkosten des Schadens sowie der in Verbindung mit den Verpflichtungen gemäß Buchstabe a. getragenen Ausgaben zu belegen.

Wird eine der Verpflichtungen laut a. und b. nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs (Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs) nach sich ziehen.

Die Reparatur des Schadens kann unmittelbar nach der in Punkt b. genannten Mitteilung aufgenommen werden, wobei jedoch der Zustand der Sachen vor der Inspektion durch einen Beauftragten des Versicherers nur in dem für die Fortsetzung der Tätigkeit unbedingt notwendigen Maße verändert werden darf. Sollte diese Prüfung aus Gründen, die weder dem Versicherungsnehmer noch dem Versicherten zuzuschreiben sind, nicht binnen 10 Tagen ab Meldung laut Punkt b. erfolgen, können diese alle erforderlichen Maßnahmen treffen.

Nach Eintreten des Schadensfalls wird die Versicherung mit Bezug auf mechanische und elektrische Störfälle für die beschädigte Sache bis zur definitiven Reparatur, mit welcher erneut die reguläre Betriebstüchtigkeit garantiert wird, aufgehoben.

Art. 171 - Vertragliches Gutachten

Die Schadenshöhe wird direkt von den Parteien vereinbart oder - im Einvernehmen - durch Gutachter, die je einer vom Versicherer und einer vom Versicherten in einem einzigen Schriftstück ernannt werden. Diese beiden Gutachter müssen einen Dritten ernennen, wenn es zu Meinungsverschiedenheiten kommt, bzw. auch vorher auf Beantragung durch einen der Gutachter. Der dritte Gutachter greift nur im Falle von Meinungsverschiedenheiten ein und die Entscheidungen über die strittigen Punkte werden mehrheitlich getroffen.

Jeder Gutachter ist dazu befugt, die Unterstützung weiterer Personen in Anspruch zu nehmen, die an der Ausarbeitung des Gutachtens mitarbeiten können, ohne jedoch Stimmrecht zu haben.

Falls eine der Parteien keinen eigenen Gutachter ernennt, oder falls diese sich nicht auf die Ernennung des Dritten einigen, können diese Bestellungen auf Antrag einer Partei allein auch dem Präsidenten des Gerichts in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall eingetreten ist, übertragen werden. Jede Partei trägt die Kosten des eigenen Gutachters, während die des dritten jeweils zur Hälfte getragen werden.

Art. 172 - Beauftragung der Gutachter

Die Gutachter haben die Aufgabe:

a. Umstände, Art, Ursache und Hergang des Schadensfalls zu ermitteln;
b. die Stimmigkeit der Beschreibungen und „Erklärungen des Versicherungsnehmers“ zu prüfen und festzustellen, ob zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht gemeldete Umstände vorgelegen haben, die das Risiko erschwert haben;
c. zu überprüfen, ob der Versicherungsnehmer und der Versicherte ihren Verpflichtungen gemäß Art. 170 - „Verpflichtungen im Schadensfall“ nachgekommen sind;
d. Vorhandensein, Beschaffenheit und Menge der versicherten Sachen unter den vom Schaden betroffenen Einheiten entsprechend den in Art. 173 und 174 - „Festlegung der Schadenshöhe“ angegebenen Beurteilungskriterien zu prüfen;
e. den Schaden in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Police zu schätzen und auszuzahlen.

Die Ergebnisse der Begutachtung durch die einigen Gutachter oder durch deren Mehrheit im Falle des kollegial angefertigten Gutachtens sind in einem Protokoll festzuhalten (dem die detaillierten Schätzungen beigelegt werden), das in doppelter Ausfertigung - eine pro Partei - verfasst wird.

Diese Ergebnisse sind bindend für die Parteien, denn diese verzichten hiermit auf jegliche Anfechtung mit Ausnahme des Falls von Vorsatz oder Verletzung der vertraglichen Vereinbarungen sowie unbeschadet der Berichtigung effektiver Rechenfehler.

Das kollegial angefertigte Gutachten ist auch dann gültig, wenn einer der Gutachter die Unterzeichnung verweigert; die Weigerung ist von den anderen Gutachtern im abschließenden Gutachterprotokoll zu vermerken.

Die Gutachter sind von der Einhaltung jeder Art rechtlicher Formalitäten befreit.

Art. 173 - Festlegung der Schadenshöhe für direkte Schäden All Risk

Die Festlegung des Schadens erfolgt separat für jede einzelne versicherte Sache entsprechend nachstehend aufgeführten Regeln:

a. bei reparierbarem Schaden (der keinen Austausch des einzelnen Bestandselements der Anlage erforderlich macht):
   1. werden die zur Wiederherstellung der Betriebstüchtigkeit der beschädigten Sachen erforderlichen Reparaturkosten geschätzt;
   2. wird der aus den Resten zum Moment des Schadensfalls realisierbare Wert geschätzt.

   Die Schadenshöhe entspricht dem unter 1. geschätzten Wert abzüglich des gemäß 2. bestimmten Werts.
b. bei irreparablem Schaden (der den Austausch des einzelnen Bestandselements der Anlage erforderlich macht):
   1. gilt bei Erfüllung der folgenden Bedingungen:
      i. Der Schaden muss binnen 5 Jahren ab Datum der letzten Abnahmeprüfung der Anlage eingetreten sein.

ii. Der Ersatz hat binnen 6 Monaten ab Datum des Schadensfalls zu erfolgen.
iii. Der Hersteller darf die Fertigung der Gesamtanlage/des Bestandselements der beschädigten, zerstörten oder entwendeten Anlage/des Geräts nicht eingestellt haben, bzw. das Element oder dessen Ersatzteile müssen noch erhältlich sein.

Die Schadenshöhe entspricht den Kosten der Neubeschaffung.

2. Falls die Bedingungen laut Punkt „i" von Punkt „1" nicht erfüllt werden und keine der Bedingungen unter Punkt „iii." zutrifft, kommen folgende Regeln zur Anwendung:
   1) Es wird der Wert der Anlage oder des Geräts zum Zeitpunkt des Schadensfalls unter Berücksichtigung seines Alters und des durch Gebrauch oder andere Gründe bedingten Verschleißes geschätzt;
   2) es wird der aus den Resten realisierbare Wert geschätzt.

   Die maximale Entschädigung wird dem gemäß 1) geschätzten Wert abzüglich des gemäß 2) geschätzten Betrags entsprechen.

Ein Schaden gilt als irreparabel, wenn die Reparaturkosten den Neubeschaffungskosten einer Sache in der Form eines Produkts desselben Lieferanten, das gleichwertige Eigenschaften und - bezüglich der beim Versicherten getätigten Verwendung - gleichwertige Leistungsmerkmale aufweist und dessen Markteinführungsdatum nicht vor dem des Typs der beschädigten Sache liegt, gleichkommen oder diese übersteigen.
Der Versicherer behält sich jedenfalls das Recht vor, zwischen Reparatur oder Ersatz durch eine andere, im Hinblick auf den durch den Versicherten getätigten Gebrauch in Eigenschaften und Leistungsmerkmalen gleichwertigen oder überlegenen Sache desselben Lieferanten zu wählen sowie ggf. die Reparatur oder den Austausch direkt anstelle der Entschädigung des Schadens vorzunehmen, worüber ggf. der Versicherte schriftlich zu informieren ist.
Die Ausgaben für Abbruch und Räumung sind von oben aufgeführten Schätzungen getrennt zu halten, denn für diese gelten die Bestimmungen von Art. 175 - „Partielle Versicherung" bei irreparablem Schaden nicht (der den Austausch des einzelnen Bestandselements der Anlage erforderlich macht).

Art. 174 - Festlegung der Schadenshöhe für indirekte Schäden

1. Für Anlagen mit Fernwirkeinrichtung erfolgt die Festlegung der Entschädigung anhand folgender Regeln:
   a. Berücksichtigt wird die durch Ablesen des Zählers erfasste durchschnittliche tägliche Stromproduktion (in kWh/Tag) der letzten 2 Wochen vor dem Schadensfall bei regulärem Anlagenbetrieb.
   b. Es wird die Stromproduktion (in kWh/Tag) geprüft, welche die Anlage in den 3 Tagen nach dem Schadensfall leistet, bevor sie repariert wird.
   c. Der Unterschied zwischen den Werten von a. und b. wird multipliziert mit:
      i. dem Verkaufspreis der kWh, welcher vertraglich zwischen dem Kunden und dem Netzbetreiber festgelegt wurde;
      ii. dem Wert der Fördergelder von GSE (Betreiber des nationalen Versorgungsnetzes) für Photovoltaikanlagen entsprechend den Bestimmungen des Ministerialdekrets vom 28.07.05 bezüglich der Fördergelder für die Stromerzeugung aus erneuerbaren Quellen i.d.g.F.;
   d. die Gesamtentschädigung entspricht dem Wert, der sich aus der Summe der Punkte „i." und „ii.", multipliziert mit der Anzahl von Tagen ergibt, die unbedingt zur Wiederherstellung der uneingeschränkten Funktionstüchtigkeit der Anlage erforderlich sind, abzüglich der in der Police als Selbstbehalt angegebenen Tage.

   Falls dem Versicherten innerhalb der 6, direkt auf das Ende des Entschädigungszeitraums folgenden Monaten Vorteile zukommen, die ausschließlich auf die Unterbrechung oder Reduktion der erklärten Betriebstätigkeit zurückzuführen sind, so sind diese Vorteile von der wie oben aufgeführt bestimmten Entschädigung abzuziehen.
   Falls die Zahlung der Entschädigung durch den Versicherer vor Ende dieser 6 Monate erfolgt sein sollte, hat der Versicherte den Betrag, der den erhaltenen Vorteilen entspricht, an den Versicherer zurückzuerstatten.
2. Für Anlagen ohne Fernwirkeinrichtung wird im gemäß den Bedingungen der direkten Schäden All Risk entschädigungsfähigen Schadensfall als Ersatz für alle Gewinnverluste eine pauschale Summe von 10% der Entschädigung zuerkannt, die gemäß genannter Deckungen für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr ausgezahlt wird, mit der Höchstgrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall.

Art. 175 - Partielle Versicherung

Die Versicherung wird für die Deckungssumme geleistet, für welche der Versicherungsnehmer bzw. Versicherte erklärt, dass sie den Kosten der Neubeschaffung der Sachen entspricht, d.h. ihrem Listenpreis bzw. in dessen Ermangelung den effektiven Kosten für den Ersatz durch eine gleichwertige neue Sache. Falls es sich zum Moment des Schadensfalls erweist, dass die Deckungssumme unter den o.g. Kosten der Neubeschaffung der Sachen liegt, d.h. dass sie niedriger ist als ihr Listenpreis bzw. - in dessen Ermangelung - als die effektiven Kosten für den Ersatz durch eine gleichwertige neue Sache, kommt die von Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs vorgesehene proportionale Reduktion der Entschädigung zur Anwendung.
Dabei wird jedoch vereinbart, dass keine Reduktion angewendet wird, wenn der Neuwert die Deckungssumme um nicht mehr als 20% überschreitet.
Geht daher aus den gemäß den unter diesem Abschnitt aufgeführten Kriterien getätigten Schätzung hervor, dass die Versicherung nur einen Teil des Werts deckt, den die versicherten Güter zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatten, und die Versicherungssumme sich in einem Maß von über 20% als unzureichend erweist, trägt der Versicherte den verhältnismäßigen Anteil des Schadens für jede unzureichende Deckungssumme und das Proportionalitätsprinzip gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs findet lediglich auf den

genannte 20% übersteigenden Teil Anwendung.
Wenn der Neuwert die Deckungssumme um mehr als 20% überschreitet, bleibt die relevante Deckungssumme diejenige, die bei Vertragsabschluss vereinbart wurde.

CYBER-BEREICH
C. SEKTOR SCHUTZ

ABSCHNITT 16 - FINANZIELLE VERLUSTE

Folgende Deckungen gelten, wenn die betreffende Deckungssumme in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Art. 176 - Gegenstand der Versicherung
Der Versicherer entschädigt Schäden, die durch die nachstehend aufgeführten Ereignisse verursacht werden, innerhalb der Grenzen der in der Police angegebenen Deckungssumme, welche als maximale Leistung des Versicherers pro Schadensfall und Versicherungsjahr zu verstehen ist.
Die Versicherung wird in der Form „Discovery basis" geleistet, d.h. es werden Schadensfälle gedeckt, die während der Laufzeit der Versicherung zum ersten Mal entdeckt werden.

Der Versicherer erstattet infolge eines Schadens, der durch einen Angriff auf das Informationssystem verursacht wurde, die notwendigen und verhältnismäßigen Ausgaben des Versicherten für:
- Ermittlung und Dokumentation der Ursachen;
- Schadensbegrenzung;
- Entfernung der Malware, die den Schaden verursacht hat, aus dem Informationssystem;
- Wiederherstellung und Konfiguration von Daten und Informationssystem, wobei - wenn möglich - der unmittelbar vor genanntem Angriff bestehende Zustand wiederherzustellen ist.

Ebenfalls inbegriffen sind Dienstleistungen im Rahmen des Notfallmanagements direkt nach Auftreten des Schadensfalls.

Art.177 - Kürzung der Deckungssumme
Im Schadensfall wird die Deckungssumme mit sofortiger Wirkung und bis zum Ende des laufenden Versicherungszeitraums um einen Betrag reduziert, der dem des jeweils entschädigungsfähigen Schadens entspricht, ohne entsprechende Rückerstattung der Prämie.
Falls der Versicherer infolge des Schadensfalls hingegen beschließt, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten, wird der Anteil der Prämie abzüglich Steuer zurückerstattet, der dem fortbestehenden nicht genutzten Deckungsbetrag entspricht.

Art. 178 - Nicht versicherbare Risiken
Versicherungsnehmer, die einer der folgenden Kategorien angehören, sind nicht versicherbar:
- **Banken, Finanzvermittler allgemein;**
- **Buchhaltungs- und Steuerberatungsfirmen, Steuerberatungszentren (CAF), Hilfswerke, Rechnungsprüfungsgesellschaften;**
- **Notarkanzleien;**
- **Privatkliniken;**
- **Reiseveranstalter;**
- **IT-Dienstleistungsunternehmen;**
- **Verbraucher.**

Art. 179 - Gültigkeitsbedingungen der Deckung.
Die Deckungen laut Art. 176 gelten unter der Bedingung, dass der Versicherungsnehmer:
- **angemessene Regeln für Ausgabe und Nutzung der Passwörter anwendet;**
- **Antivirus, Anti-Spyware oder gleichwertige Schutzsysteme gegen Malware verwendet, die automatisch aktualisiert werden;**
- **dafür gesorgt hat, dass alle Netzwerkzugänge durch Firewall geschützt sind;**
- **regelmäßige Backups durchführt;**

- **die System-Updates der Anwendungen mit den jeweiligen „Sicherheitspatches“ durchführt.**

Art. 180 - Gültigkeitsgebiet
Die Versicherung wird für Ereignisse geleistet, die an den in Italien gelegenen Standorten der Tätigkeit des Versicherten aufgetreten sind.

Art. 181 - Entschädigungsgrenzen
Die Versicherung wird unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% des entschädigungsfähigen Schadens mit einem Mindestbetrag von € 500,00 geleistet.

Art. 182 – Ausschlüsse
Ausgeschlossen sind:

1. **alle Schadensarten, wenn die Gültigkeitsbedingungen der Deckungen laut Art. 179 nicht eingehalten worden sind;**
2. **Schäden Dritter;**
3. **Ausgaben, die entstanden sind, um das Informationssystem des Versicherten oder die darin gespeicherten Daten auf einer höheren Ebene als der vor dem versicherten Ereignis bestehenden Situation zu implementieren oder um Verbesserungen vorzunehmen, es sei denn, dies war im Rahmen der Datenwiederherstellung des Informationssystems unvermeidbar;**
4. **Schäden, die auf Defekte, Unterbrechungen, Ausfälle von Kommunikationssystemen, Internetdiensten, Stromversorgung und anderen Arten von externen Infrastrukturen zurückzuführen sind, die nicht der Kontrolle des Versicherten unterliegen;**
5. **Schäden, die auf jede Art von direktem Sachschaden jeglicher Ursache am Eigentum des Versicherten, einschließlich des Informationssystems, zurückzuführen sind;**
6. **Schäden aufgrund von Defekten oder Planungsfehlern des Informationssystems des Versicherten, welche dieses ungeeignet für seine Zweckbestimmung machen;**
7. **Bußgelder oder Geldstrafen jeglicher Art;**
8. **Betrag etwaiger Lösegelder, die der Versicherte aufgrund einer Cyber-Erpressung bezahlt hat;**
9. **Schäden aufgrund finanzieller Verluste infolge der Unmöglichkeit, Geschäftsvorgänge, Investitionen, Veräußerungen, Kauf und Verkauf von Wertpapieren jeder Art vorzunehmen;**
10. **Schäden, die durch Gesetzesverletzungen des Versicherten oder des Outsourcing Providers verursacht worden sind;**
11. **Schäden infolge von angekündigten und geplanten Unterbrechungen des Informationssystems des Versicherten;**
12. **Schäden durch Diebstahl, Verletzung oder unerlaubter Verbreitung von geistigem Eigentum (z.B. Copyright, Marken, Patente);**
13. **Schäden bezüglich Dienstleistungen, die ein Outsourcing Provider an Dritte weiterbeauftragt hat;**
14. **negative wirtschaftliche Auswirkungen infolge einer Reduktion oder Unterbrechung der charakteristischen Tätigkeit des Versicherten aufgrund des Ausfalls seines Informationssystems, der direkt durch einen Angriff auf das Informationssystem verursacht wurde;**
15. **negative wirtschaftliche Auswirkungen infolge einer Reduktion oder Unterbrechung der charakteristischen Tätigkeit des Versicherten aufgrund von System Failure;**
16. **Unterbrechung der Aktivität der Informationssysteme aufgrund einer beliebigen, aus jeglichem Grund erfolgten Unterbrechung von Strom-, Gas-, Wasserversorgung, Kanalisation, Internet, Telekommunikation oder Satellitendiensten, die nicht unter der Kontrolle des Versicherten stehen;**
17. **Unterbrechungen der Aktivitäten der Informationssysteme, die von Behörden verhängt worden sind, z.B. durch Einziehung, Nationalisierung, Beschlagnahmung oder Zerstörung, bzw. die Unterbrechung der Informationssysteme des Versicherten auf Anordnung einer beliebigen Regierungs- oder Staatsbehörde;**
18. **illegal durch Dritte mittels elektronischer Übertragung dem Versicherten entwendete Beträge infolge direkten und unerlaubten Zugriffs auf die Bankkonten des Versicherten;**
19. **Vorkenntnisse, worunter jede Art von Angriff auf das Informationssystem gemeint ist, der dem Versicherten vor Beginn der Laufzeit der Versicherung bekannt war;**
20. **Krieg, Invasion, feindliche Handlungen aus dem Ausland, Feindseligkeiten oder militärische Maßnahmen und ähnliches (unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht), Bürgerkriege, Meutereien, Tumulte, welche die Ausmaße eines Volksaufstands annahmen, Militäraufstände, Aufruhr, Rebellion, Revolution, Putsch oder Machtübernahme durch das Militär, Kriegsgesetz, Einziehung, Beschlagnahmung oder Nationalisierung, Zerstörung oder Beschädigung von (privatem) Eigentum auf Veranlassung oder Anordnung jedweder Regierung bzw. staatlicher oder lokaler Behörde;**
21. **direkt oder indirekt verursachte Schäden, die von Kernreaktionen, radioaktiver Strahlung oder Kontamination hervorgerufen werden, ungeachtet anderer Mitverursachungsgründe des Schadensfalls, die gleichzeitig oder nacheinander auftreten;**

22. Schäden durch die Unterbrechung der Aktivität infolge der Unterbrechung der Versorgung bzw. Lieferung von nicht zum IT-System gehörenden Gütern und Dienstleistungen.

Ferner gilt die Versicherung im Falle der Verwendung tragbarer elektronischer Geräte nicht, wenn der Versicherte das Informationssystem nicht anhand folgender Vorkehrungen geschützt hat:

- automatische Tastatursperre mit Passwort nach maximal 15 Minuten;
- Schutz anhand von Systemen für die Verschlüsselung der auf dem Gerät gespeicherten Daten (mit Ausnahme des RAM-Speichers), welche mit der Aktivität des Versicherten verknüpft sind;
- geeignete Konfiguration der etwaigen Bluetooth-Verbindung, mit der dafür gesorgt wird, dass das Gerät nicht sichtbar gemacht wird und dass Verbindungen ausschließlich mit ausdrücklich zugelassenen Geräten hergestellt werden.

Art. 183 - Verpflichtungen im Schadensfall
ORIENTIERUNGS- UND BERATUNGSDIENSTE
Im Schadensfall hat der Versicherte umgehend die Betriebszentrale des Service Providers zu kontaktieren. Der Versicherte kann auf folgende Dienstleistungen zugreifen:

- Bereitschaftsdienst: 12 h x 5 Tage (7:00-19:00//Mo-Fr)
- Maximale Dauer jeder Support-Tätigkeit: 45 Minuten
- Telefonischer Support-Kanal: 049 7442662

Durch Angabe der Nummer der Police hat der Versicherte di Möglichkeit, dem Service Provider das sicherheitsrelevante Ereignis zu melden und erste Anweisungen zu erhalten, um den aufgetretenen Schaden in Grenzen zu halten.

Es wird auf Folgendes verwiesen:

- Die fachspezifische Unterstützung dient lediglich als Beratung für das Ablesen und Auslegen der von der Cloud-Plattform Auralyze ausgegebenen Informationen und soll dem Versicherten eine Orientierungshilfe bei der Entscheidung der Maßnahmen zur Schadensbegrenzung oder der Eingriffe im Falle von sicherheitsrelevanten Ereignissen oder Zwischenfällen geben.
- Die fachspezifische Unterstützung nimmt selbst keine Schadensbegrenzung oder Eingriffe am System des Kunden weder vor Ort noch auf Cloud vor. Der Kunde hat diese Aktivitäten eigenständig oder mit Unterstützung durch eigens beauftragte Dritte vorzunehmen.
- Alle Beratungs- und Orientierungsdienste werden telefonisch geleistet, Eingriffe vor Ort sind nicht vorgesehen.

Der Versicherte hat:

1. anschließend alle vernunftgemäß erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die Auswirkungen des versicherten Ereignisses auf ein Minimum zu reduzieren.
2. dem Versicherer binnen 3 Tagen nach Kenntnisnahme den Schadensfall gemäß Angabe unter Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs melden, indem die Schadensmeldung zugesendet wird:
   - auf dem Postweg: Net Insurance S.p.A. c/o Postfach 106, 26100 CREMONA – Italien
   - per E-Mail: claims@netinsurance.it
   - per Fax: +39 06 97625707
3. umgehend Anzeige bei den örtlich zuständigen Gerichts- oder Polizeibehörden für strafrechtlich relevante Umstände zu erstatten; in der Anzeige sind anzugeben: Anfangszeitpunkt des Schadensfalls, vermutete Ursache und geschätzter Umfang des Schadens unter Angabe von Net Insurance S.p.A. als Versicherer. Eine Kopie der Anzeige ist anschließend an den Versicherer weiterzuleiten.

Der Versicherte hat ferner die Pflicht:

a) Nachweise für das Versicherte Ereignis, das den Schadensfall verursacht hat, und die getragenen Ausgaben vorzulegen;
b) alles Mögliche und Erforderliche tun, um Ursache und Umfang des Schadens zu ermitteln;
c) die vom Versicherten Ereignis betroffene Hardware, Software und Daten aufzuheben und dem Versicherer verfügbar zu machen;
d) sämtliche Empfehlungen des Versicherers zu befolgen;
e) maximale Kooperationsbereitschaft bei Untersuchung, Verteidigung und Feststellung des Schadensfalls anzubieten.

Falls der Versicherte einer der unter Punkt 1, 2 und 3 angegebenen Verpflichtungen nicht nachkommt, kann er seinen Entschädigungsanspruch gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs ganz oder teilweise verlieren.
Ausgaben, die zur Erfüllung der Verpflichtungen laut Punkt 1 getragen werden, gehen gemäß Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs zu

Lasten des Versicherers.

Art. 184 - Verfahren zur Schadensbeurteilung

Der Schadensbetrag wird vom Versicherer oder dessen Beauftragten mit dem Versicherungsnehmer oder dessen Beauftragten vereinbart. Stattdessen können die Parteien einvernehmlich zwei Gutachter - einen pro Partei - mit einem einzigen Schriftstück ernennen.

Diese beiden Gutachter können einen Dritten ernennen, wenn es zu Meinungsverschiedenheiten kommt, bzw. auch vorher auf Beantragung durch einen der Gutachter.

Der Dritte Gutachter greift nur im Falle von Meinungsverschiedenheiten ein und die Entscheidungen über die strittigen Punkte werden mehrheitlich getroffen. Jeder Gutachter ist dazu befugt, die Unterstützung weiterer Personen in Anspruch zu nehmen, die an der Ausarbeitung des Gutachtens mitarbeiten können, ohne jedoch Stimmrecht zu haben.

Falls eine der Parteien keinen eigenen Gutachter ernennt, oder falls diese sich nicht auf die Ernennung des Dritten einigen, können diese Bestellungen auf Antrag einer Partei allein auch dem Präsidenten des Gerichts in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall eingetreten ist, übertragen werden.

Jede Partei trägt die Kosten des eigenen Gutachters, während die des dritten jeweils zur Hälfte getragen werden.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, nachdem der obligatorische Schlichtungsversuch gemäß Art. 5 der Gesetzesverordnung 28/2010 i.d.g.F. bei einer zugelassenen Schlichtungsstelle vorgenommen wurde, bleibt erhalten.

Art. 185 - Beauftragung der Gutachter

Die Gutachter haben die Aufgabe:

a) Umstände, Art, Ursache und Hergang des Schadensfalls zu ermitteln;
b) zu prüfen, dass die „Gültigkeitsbedingungen der Deckungen“ laut Art. 179 eingehalten worden sind;
c) zu überprüfen, ob der Versicherte seinen Verpflichtungen gemäß Art. 183 - „Verpflichtungen im Schadensfall“ nachgekommen ist;
d) die Schätzung und Auszahlung des Schadens und der Ausgaben entsprechend Vertragsbestimmungen vorzunehmen.

Falls das Verfahren zur Beurteilung des Schadens gemäß Art. 184 - „Verfahren zur Schadensbeurteilung“ angewendet wird, sind bei Ernennung eines Gutachterausschusses die Ergebnisse von deren Ermittlungen in einem Protokoll zu sammeln, dem die detaillierten Schätzungen beizulegen sind. Das Protokoll ist in doppelter Ausfertigung - eine für jede Partei - anzufertigen.

Das Gemeinschaftsgutachten ist auch dann gültig, wenn einer der Gutachter die Unterzeichnung verweigert; die Weigerung ist von den anderen Gutachtern im abschließenden Gutachterprotokoll zu vermerken.

Die Gutachter sind an keine besondere gerichtliche Form gebunden.

Art. 186 - Auszahlung der Entschädigung

Nach Prüfung der Wirksamkeit der Deckung, Beurteilung des Schadens und Erhalt der erforderlichen Dokumentation hat der Versicherer die Zahlung der Entschädigung binnen 30 Tagen ab Datum des Beschlusses zur Schadensregulierung vorzunehmen, vorausgesetzt dass kein Widerspruch gemäß Art. 2742 des it. Zivilgesetzbuchs eingelegt wurde.

CYBER-BEREICH

D. SEKTOR PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG

ABSCHNITT 17 - PRÄVENTIONS- UND ÜBERWACHUNGSDIENSTE

Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer über den **Service Provider** exklusiv folgende kostenlose Dienstleistungen zur Verfügung:

Data Breach - Überwachung und Erfassung der Beeinträchtigung von Unternehmensdaten/personenbezogenen Daten. Sobald dieser Service eine Verletzung erkannt hat, benachrichtigt das System den Systemadministrator.	Wöchentliche Kontrolle von maximal 5 E-Mail-Adressen
Continuous scanning - Überwachung und Erfassung der vom öffentlichen Netzwerk zugänglichen Ports. Sobald	Wöchentliche Kontrolle einer öffentlichen IP-Adresse

ein Port geöffnet wird, stellt dieser einen möglichen Risikobereich dar (z.B. für Angriffe durch Ransomware/BotNet).	
Spam Reputation - Überwachung und Feststellung der Reputation von E-Mail-Adressen, um zu vermeiden, dass diese von Antispam-Softwares blockiert werden.	Wöchentliche Kontrolle einer IP-Adresse (öffentliche Domäne)
Threat Intelligence - Überwachung der „cyber reputation" der Firmenressourcen (öffentliche IP-Adressen und Domänen).	Wöchentliche Kontrolle einer IP-Adresse
Kontakt: auralyze@nethive.it Telefon: 049 7442662	12 h x 5 Tage (7:00 -19:00 // Mo-Fr)

ANHANG 1. LISTE DER BERUFSTÄTIGKEITEN

Tabelle 1 - SELBSTÄNDIGE

CODE	BERUF	RISIKOKLASSE
A001	Händler - Geschäftsinhaber - Betreiber von Hotel- und Gaststättengewerbe	2
A002	Freiberufler mit ausschließlicher Bürotätigkeit (z.B.: Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater, Berater in unterschiedlichen Sektoren)	1
A003	Freiberufler auch mit zusätzlichem Außendienst und/oder Tätigkeit auf Baustellen	3
A004	Freiberufler auch mit zusätzlichem Außendienst, aber ohne Tätigkeit auf Baustellen	2
A005	Gesundheitsberufe (Ärzte, medizinische Fachkräfte, Tierärzte) - Apotheker	2
A006	Landwirt, Züchter (Equiden, Rinder, Schweine, Ziegen, Strauße und Haustiere), Holzfäller, Fischer	3
A007	Unternehmer oder Handwerker im Baugewerbe, Dekorateur	3
A008	Unternehmer oder Handwerker im Gewerbe der Glas- oder Holzverarbeitung, Möbelmontage	3
A009	Unternehmer oder Handwerker im maritimen Gewerbe (Fischerei, Schiffsbau usw.), Seeleute	3
A010	Unternehmer oder Handwerker in der Landwirtschaft (Anbau, Zucht usw.)	3
A011	Unternehmer oder Handwerker in Maschinenbaugewerbe / Chemiebranche, einschließlich Tätigkeit in giftstoffbelasteten Sektoren	3
A012	Sportlehrer - Bergführer	3
A013	Anlagenmechaniker (Gas/Wasser/Heizung, Elektro, Aufzüge, Antennen), Schlosser, Kfz-Mechatroniker, Glaser, Tankwarte.	3
A014	LKW-, Express-, Kurier-, Taxifahrer.	3
A015	Beschäftigte im Schauspielgewerbe (unter Ausschluss von Zirkusartisten und Profitänzern)	3
A016	Unternehmer oder Handwerker in anderen (als oben genannten) Branchen	2
A017	Vertreter, Berater, Handelsvermittler, Promoter	2

Tabelle 2 - NICHT SELBSTÄNDIGE TÄTIGKEITEN

CODE	BERUF	RISIKOKLASSE
B001	Angehörige von Militär- und Polizeikräften mit internen Verwaltungsfunktionen	2
B002	Angestellte/Beamte/Führungskräfte mit rein administrativer Tätigkeit	1
B003	Angestellte/Beamte/Führungskräfte auch mit zusätzlichem Außendienst und/oder Tätigkeit auf Baustellen	3
B004	Gesundheitsberufe (Ärzte, medizinische Fachkräfte, Tierärzte) - Apotheker	2
B005	Angestellte/Beamte/Führungskräfte auch mit zusätzlichem Außendienst jedoch ohne Tätigkeit auf Baustellen	2
B006	Landwirt, Züchter (Equiden, Rinder, Schweine, Ziegen, Strauße und Haustiere), Holzfäller, Fischer	3
B007	Arbeiter im Baugewerbe, Dekorateur	3
B008	Arbeiter für Unternehmen im Gewerbe der Glas- oder Holzverarbeitung, Möbelmontage	3
B009	Arbeiter im maritimen Gewerbe (Fischerei, Schiffsbau usw.), Seeleute	3

B010	Beschäftigte im Schauspielgewerbe (unter Ausschluss von Zirkusartisten und Profitänzern)	3
B011	Arbeiter im Maschinenbaugewerbe	3
B012	Beschäftigte mit Zugang zu Umgebungen mit giftigen Substanzen	3
B013	Anlagenmechaniker (Gas/Wasser/Heizung, Elektro, Aufzüge, Antennen), Schlosser, Kfz-Mechatroniker, Glaser, Tankwarte.	3
B014	Arbeiter in Transportunternehmen (Fahrer, Kurier- oder Expressfahrer, Postboten, Maschinisten usw.)	3
B015	Angehörige von Militär- und Polizeikräften mit externen Aufgaben (unter Ausschluss von Auslandsmissionen), Feuerwehr, Forstkorps, Wachdiensten, Gemeindepolizei, Justizvollzug	3
B016	Arbeiter in anderen Branchen – Verkäufer in Geschäften	2
B017	Lehrer – Sozialarbeiter	2
B018	Geistliche und kirchliche Mitarbeiter mit Ausnahme von Missionaren	2
B019	Hausangestellte – häusliche Pflegekräfte - Babysitter	2
B020	Arbeiter in Genossenschaften	2
B021	Beschäftigte im Hotel- und Gaststättengewerbe (z.B. Kellner, Köche usw.)	2

Tabelle 3 - NICHT ARBEITENDE

CODE	BERUF	RISIKOKLASSE
C001	Studenten und Schüler	2
C002	Hausfrauen	2
C003	Rentner	2
C004	Arbeitslose	2
C005	Wohlhabende	2

ANHANG 2. EINTEILUNG DER OPERATIONEN IN KATEGORIEN

Beschreibung der der Operation Operation	***Kategorie***
KARDIOCHIRURGIE	
Einfache Koronarangioplastie	IV
Ein- oder mehrfacher aortokoronarer Bypass	VI
Kardiochirurgie am offenen Herzen, bei Erwachsenen und Neugeborenen, einschließlich Aneurysmen und mehrfachem Herzklappenaustausch (EKZ), unter Ausnahme der anderweitig beschriebenen Eingriffe	VI
Kardiochirurgische Operationen bei geschlossenem Herzen (ohne EKZ), unter Ausnahme der anderweitig beschriebenen Eingriffe	V
Entfernung von Herz- oder Perikardzysten	V
Kommissurotomie für Mitralstenose	V
Intraaortale Gegenpulsation über arteriellen Gefäßzugang	V
Perikarddrainage oder erneute Eröffnung wegen Blutung	II
Embolektomie mit Fogarty-Katheter	III
Verletzungen, Fremdkörper, Tumoren des Herzens oder Herzbeuteltamponade, Operation	V
Arteriovenöse Lungenfisteln, Operation	VI
Partielle Perikardektomie	IV
Vollständige Perikardektomie	V
Perikardiozentese	I
Einfacher Herzklappenaustausch (mit EKZ)	VI
Austausch von Herzklappen mit aortokoronarem Bypass (mit EKZ)	VII
Herztransplantation	VII
Chirurgische Valvuloplastie	VI
INTERVENTIONELLE KARDIOLOGIE	
Transkatheter-Ablation	IV
Einfache/mehrfache Koronarangioplastie mit oder ohne Stentimplantation	IV
Endomyokardbiopsie	II
Rechts- und Linksherzkatheter, Berechnung von Durchfluss und Druckgradienten mittels Koronarangiographie + Ventrikulographie rechts und links	III
Koronarangiographie Nativgefäße + ev. selektive Studie von Venen- und Arterienbypässen + Ventrikulographie links + Linksherzkatheter	III
Schrittmacher, endgültige Implantation, einschließlich der eventuellen Implantation/Explantation eines temporären Schrittmachers + eventuelle Neupositionierung der Elektroden sowie elektronische Programmierung	VI
Schrittmacher, temporäre Implantation und anschließende Explantation (als ein einziger Eingriff)	II
Batteriewechsel beim endgültigen Schrittmacher	II
Elektrophysiologische Studie	II
Herzklappensprengung	IV
MAMMACHIRURGIE	
Mammaabszess, Inzision	I
Radikale Mastektomie, beliebige Technik, in Verbindung mit Lymphadenektomie	V
Einfache Mastektomie mit eventueller Lymphadenektomie	IV
Subkutane Mastektomie	IV
Gutartige Knoten und/oder Zysten, Entfernung	II
Positionierung von Markierung für nicht tastbare Knoten	I
Quadrantektomie in Verbindung mit Lymphadenektomie	V
Quadrantektomie ohne verbundene Lymphadenektomie	IV
HANDCHIRURGIE	
Handwurzelamputationen	II
Amputationen von Fingergliedern	II
Mittelhandamputationen	II
Aponeurektomie, Morbus Dupuytren	III
Arthrodese des Karpalgelenks	IV
Arthrodese von Metacarpophalangeal- und/oder Interphalangealgelenken	III
Arthroplastik	IV
Beschreibung der der Operation Operation	***Kategorie***
Prothese Karpalgelenk	V
Gelenkprothese für Metacarpophalangeal- und/oder Interphalangealgelenke	V
Frakturen und Luxationen von Metakarpalknochen und Phalangen, operative Behandlung	III
Frakturen und Luxationen des Handgelenks, operative Behandlung	IV
Sehnenverletzungen, Operation	II
Spastische Hand - schlaffe Lähmungen, operative Behandlung	III
Schnappfinger (schnellender Finger), Quervain-Krankheit, Sehnenscheidenentzündungen	III
Osteotomie (als ein einziger Eingriff)	III
Pseudoarthrose der langen Knochen, Operation	III
Kahnbein-Pseudoarthrose, Operation	III
Volkmann-Kontraktur, Operation	V
Sekundärrekonstruktion des Daumens oder anderer Finger durch Mikrochirurgie	VI
Fingersteifigkeit	III
Nervenkompressionssyndrome (Karpaltunnel, Loge-de-Guyon-Syndrom, Ulnarisrinnensyndrom usw.)	III
Synovektomie (als ein einziger Eingriff)	III

Mikrochirurgische Behandlung von Verletzungen des Plexus brachialis	VI
HALSCHIRURGIE	
Abszesse, Karbunkel, Phlegmonen und deren Drainage	I
Präskalenische Biopsie	I
Tracheo-ösophageale Fistel, Operation	V
Unterkieferspeicheldrüse (Glandula submaxillaris), Entfernung wegen chronischer Entzündungen oder gutartiger Neoplasie	III
Unterkieferspeicheldrüse (Glandula submaxillaris), Entfernung wegen bösartigen Tumoren	IV
Beidseitige, laterozervikale Lymphadenektomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Einseitige, laterozervikale Lymphadenektomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Supraklavikuläre Lymphadenektomie	III
Lymphknoten, chirurgische Entfernung zu Diagnosezwecken	I
Nebenschilddrüsen - komplette Behandlung, Operation	V
Schilddrüse, Enukleation von zystischen Tumoren oder Autonomen Adenomen	III
Schilddrüse, Lobektomie	IV
Thyreoidektomie wegen intrathorakalem Struma, sowohl über den Hals als auch anhand von Sternotomie oder Thorakotomie	V
Subtotale Thyreoidektomie	IV
Totale Thyreoidektomie wegen bösartiger Neubildungen mit ein/beidseitiger Ausräumung aller Halslymphknoten	VI
Totale Thyreoidektomie ohne Ausräumung der Halslymphknoten	V
Tracheotomie, plastische und deren Verschluss	II
Tracheotomie, sowohl notfallmäßig als auch elektiv	III
Verletzungen im Bereich von Kehlkopf und Luftröhre, Operation	IV
Bösartige Tumoren im Bereich des Halses, Entfernung	IV
SPEISERÖHRENCHIRURGIE	
Divertikel der Speiseröhre im Halsbereich (einschließlich Myotomie), Operation	IV
Divertikel der Speiseröhre im Brustbereich, Operation	V
Vollständige Ösophagektomie mit gleichzeitiger Rekonstruktion der Speiseröhre und Lymphadenektomie	VI
Ösophagusresektion, partielle	VI
Vollständige Ösophagogastrektomie über Thorako-Laparotomie und ggf. Lymphadenektomie	VI
Operative Ösophagogastroduodenoskopie	II
Magenhochzug - Roux-Y-Rekonstruktion - Koloninterposition (substituierend oder palliativ)	V
Ösophagostomie	III
Traumatische oder spontane Verletzungen, Fremdkörper, gutartige Tumoren, Biopsie und nicht endoskopische Verödung	IV
Ösophageale Endoprothesen, Implantation	II
Gutartige Ösophagusstenose, Operation	V
Ösophagusstenose, endoskopische Laserbehandlung (pro Sitzung)	I
Ösophagusvarizen: Hämostase anhand Sondentamponade oder endoskopischer Sklerotherapie	II
Ösophagusvarizen: transthorakale oder abdominale Operation	V
LEBER- UND GALLENWEGSCHIRURGIE	
Nadelbiopsie/Nadelaspiration	I
Portokavale, splenorenale oder mesenterica-kavale Anastomose	VI
Leberbiopsie (als ein einziger Eingriff)	II
Gallensteine, Operation	V
Zystische Echinokokkose, Perizystektomie	V
Cholezystektomie	IV
Cholezystogastrostomie oder Cholezystoenterostomie	IV
Cholezystektomie wegen nicht resektabler Neoplasie	IV
Biliodigestive Anastomosen (Choledocho-Hepatiko-Jejunostomie/Duodenostomie) mit oder ohne Cholezystektomie	V
Choledochotomie und Choledocholithotomie (als ein einziger Eingriff)	V
Dearterialisation der Leber mit oder ohne Chemotherapie	IV
Azygos-portale Kreislauftrennung über abdominalen Zugang	V
Intrahepatische biliodigestive Drainage	IV
Implantation von Hepatikakatheter für Chemotherapie	II
Lithotripsie bei Gallensteinen in Haupt- und Nebengallengang (vollständige Behandlung)	V
Vatersche Papille, Exzision	IV
Papillotomie, transduodenal (als ein einziger Eingriff)	IV
Papillotomie, endoskopisch	III
Größere Leberresektionen	VI
Kleinere Leberresektionen	V
Lebertransplantation	VII
Gallengänge, Palliativoperationen	V
DARMCHIRURGIE	
Anus praeter, Verschluss mit Wiederherstellung der Darmkontinuität	IV
Appendektomie bei diffuser Peritonitis	IV
Einfache Appendektomie	III
Abszess oder Fistel der Ischiorektalgrube, Operation	III
Perianalabszess, Operation	III
Gastrointestinaler oder intestinaler Bypass aufgrund bösartiger Erkrankungen	VI
Intestinaler Bypass zur Behandlung pathologischer Adipositas	V
Dermoidzysten, Kreuz- und Steißbeinfistel (auch rezidivierend), Operation	III
Partielle Kolektomie	V
Partielle Kolektomie, mit Lymphadenektomie und ggf. Kolostomie	V
Totale Kolektomie	V
Totale Kolektomie mit Lymphadenektomie	VI
Kolektomie mit Kolonnaht (als ein einziger Eingriff)	IV
Anlage eines künstlichen Darmausgangs (als ein einziger Eingriff)	III
Anlage eines kontinenten Ileostomas (als ein einziger Eingriff)	IV
Fremdkörper im Rektum, Extraktion über abdominalen Zugang	IV
Fremdkörper, Extraktion mittels Sphinkterotomie	II
Jejunostomie (als ein einziger Eingriff)	III
Meckel-Divertikel, Resektion	III
Duodenojejunostomie (als ein einziger Eingriff)	III
Hemikolektomie rechtsseitig mit Lymphadenektomie	V
Hemikolektomie linksseitig, mit Lymphadenektomie und ggf. Kolostomie	VI
Hämorrhoiden und/oder Rhagaden, Kryochirurgie (vollständige Behandlung)	II
Hämorrhoiden und Rhagaden, radikale Operation	III
Hämorrhoiden und/oder Rhagaden, Laserchirurgie (vollständige Behandlung)	II

Hämorrhoiden, radikale Operation	III
Hämorrhoiden, Gummibandligatur (vollständige Behandlung)	II
Enterostomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Analfistel, extrasphinkterisch	III
Analfistel, intrasphinkterisch	II
Analfistel, Laserchirurgie (vollständige Behandlung)	II
Hartmann-Operation	VI
Ileostomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Analinkontinenz, Operation	IV
Darm, Resektion	V
Invagination, Volvulus, innere Hernie, Operation	IV
Megakolon: Kolostomie	III
Verfahren nach Mikulicz	III
Operative Pankoloskopie	II
Polypektomie in Laparoskopie	III
Rektalpolyp, Entfernung	II
Totale Proktokolektomie mit Ileum-Pouch	VI
Rektumprolaps, transanale Operation	III
Rektumprolaps, Operation über abdominalen Zugang	IV
Analrhagaden, chirurgische Behandlung mit Sphinkterotomie	III
Anteriore Kolon-Rektumresektion, einschließlich Lymphadenektomie und ggf. Kolostomie	VI
Rektumamputation wegen Neoplasie des Anus mit beidseitiger inguinaler Lymphadenektomie	VI
Rektumamputation, über abdominoperinealen Zugang, ggf. mit Lymphadenektomie	VI
Operative Sigmoidoskopie des Rektums	I
Sphinkterotomie (als ein einziger Eingriff)	I
Myotomie am Colon sigmoideum	V
Rektumkarzinom, Entfernung über sakralen Zugang	V
Ausgedehnte Adhäsiolyse (Dünndarmplikatur), Operation	V
PANKREASCHIRURGIE	
Nadelbiopsie/Nadelaspiration der Bauchspeicheldrüse	I
Abszesse der Bauchspeicheldrüse, Drainage	III
Biopsie (als ein einziger Eingriff)	II
Denervierung der Bauchspeicheldrüse (als ein einziger Eingriff)	V
Ableitungsoperation Pankreasgang	V
Duodenopankreatektomie (Kausch-Whipple), einschließlich etwaiger Lymphadenektomie	VI
Pankreasfistel, Operation	VI
Milz, erhaltende Operationen (Splenorrhaphie, Resektion von Milzteilen)	V
Endokrine Neoplasie der Bauchspeicheldrüse, Operation	VI
Pankreatektomie links, einschließlich Splenektomie und ggf. Lymphadenektomie	VI
Totale Pankreatektomie (einschließlich Lymphadenektomie)	VI
Akute Bauchspeicheldrüsenentzündung, konservierende Operationen	V
Akute Bauchspeicheldrüsenentzündung, resezierende Operationen	VI
Pseudozysto-Jejunostomie oder andere Ableitung, Operation	V
Splenektomie	V
Bauchspeicheldrüsentransplantation	VII
BAUCHWANDCHIRURGIE	
Zysten, Hämatome, Abszesse, Phlegmonen der Bauchwand	I
Rektusdiastase (als ein einziger Eingriff), Operation	III
Schenkelhernie, einfach oder rezidivierend	II
Schenkelhernie, eingeklemmt	III
Zwerchfellhernie	V
Oberbauchhernie, einfach, eingeklemmt oder rezidivierend	III
Leistenhernie mit Hodenektopie	III
Leistenhernie, einfach, eingeklemmt oder rezidivierend	III
Nabelhernie, einfach oder rezidivierend	III
Seltene Hernien (Hernia ischiadica, Obturator-, Lumbal-, Perianalhernie)	IV
Narbenhernie, Operation	IV
Beidseitige Lymphadenektomie an Leiste oder Oberschenkel (als ein einziger Eingriff)	IV
Einseitige Lymphadenektomie an Leiste oder Oberschenkel (als ein einziger Eingriff)	III
Bösartiger Tumor der Bauchwand, Entfernung	III
BAUCHFELLCHIRURGIE	
Douglas-Abszess, Drainage	III
Subphrenischer Abszess, Drainage	IV
Explorative/diagnostische/operative Laparoskopie	II
Laparotomie bei Verletzung innerer Parenchymorgane, die Blutstillung erfordern	V
Laparotomie mit Resektion von Darmsegmenten	V
Explorative Laparotomie als Hauptoperation bei nicht resektabler Neoplasie	IV
Laparotomie bei Kontusion und Verletzungen des Bauchraums ohne Läsionen von inneren Organen	IV
Laparotomie bei Verletzungen innerer Parenchymorgane, die eine Exzision erfordern	V
Laparotomie bei Magen-Darm-Verletzungen, die eine Naht erfordern	V
Laparotomie aufgrund diffuser Peritonitis	IV
Laparotomie aufgrund lokaler Peritonitis	IV
Einfache Laparotomie (explorativ und/oder zur Lösung von Verwachsungen)	IV
Diagnostische Peritoneallavage	I
Darmverschluss mit Resektion	V
Darmverschluss ohne Resektion	IV
Parazentese	I
Retroperitonealer Tumor, Resektion	V
CHIRURGIE - KLEINE OPERATIONEN	
Zugang zur Anlage von peripherem Venenkatheter	I
Nadelaspiration/Nadelbiopsie an jedem beliebigen Körperteil, außer gesondert beschriebenen Fällen	I
Diffuse, subaponeurotische, oberflächliche oder begrenzte Abszesse oder Phlegmonen, Inzision	I
Biopsie als einzelner chirurgischer Vorgang, an jedem beliebigem Körperteil, außer gesondert beschriebenen Fällen	I
Synovialzyste, radikale Entfernung	I
Zyste an Rumpf/Gliedmaßen, Entfernung	I
Oberflächlich oder tief außerhalb von Körperhöhlen eingedrungener Fremdkörper, Extraktion	I
Kopfhaut, großflächige Wunde und Ablösung	I
Bluterguss, oberflächlich oder tief, außerhalb von Körperhöhlen, Punktierung	I
Entfernen von Peritonealkatheter	I
Oberflächliche oder tiefe Verletzung im Gesicht, Naht	I
Oberflächliche oder tiefe Verletzung, Naht	I
Peripherer arteriovenöser Shunt, Anlage	I
Chirurgische Implantation von Peritonealkatheter	I
Panaritium, oberflächlich, tief oder mit Knochenbefall, Operation	II
Perkutane Positionierung von Zentralvenenkatheter (als eine einzige Leistung)	I

Tiefliegender Tumor außerhalb von Körperhöhlen, Entfernung	II
Oberflächliche, bösartige Tumoren an Rumpf/Gliedmaßen, Entfernung	II
Oberflächliche oder subkutane, gutartige Tumoren, Entfernung	I
Eingewachsener Nagel, Entfernung oder radikale Behandlung	I
MAGENCHIRURGIE	
Dumping-Syndrom, Umwandlungsoperation	V
Hiatushernie, Operation (einschließlich Antirefluxplastik)	IV
Magen-Jejunum-Kolonfistel, Operation	VI
Totale Gastrektomie mit Lymphadenektomie	VI
Totale Gastrektomie bei gutartiger Erkrankung	V
Gastroenterostomie wegen nicht resektabler Neoplasie	IV
Gastrostomie (PEG)	III
Pyloroplastik (als ein einziger Eingriff)	IV
Magen- und Duodenumresektion	V
Magen-Jejunumresektion bei Anastomosenulkus	V
Selektive, trunkuläre Vagotomie mit Pyloroplastik	V
Superselektive Vagotomie	V
MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE	
Speichelstein, Entfernung	II
Kieferzysten, Operation	II
Zysten, Schleimhäute, kleine gutartige Neoplasien an Zunge, Wangen, Lippen oder Mundboden (Entfernung)	I
Kondylektomie (als ein einziger Eingriff)	III
Kondylektomie mit Kondylusersatz wegen Ankylose des Kiefergelenks, beidseitig	V
Kondylektomie mit Kondylusersatz wegen Ankylose des Kiefergelenks, einseitig	IV
Tief in die Weichgewebe von Mundhöhle und/oder Gesicht eingedrungene Fremdkörper, Entfernung	II
Befestigung lockerer Zahnelemente durch Stifte (pro Kiefer)	I
Fistel des Stenon-Gangs, Operation	II
Zahnfisteln, Hautplastik	III
Bildung von Parotiszysten, Enukleation	IV
Zahnfleischbogen, oben oder unten, Plastik	II
Fossa pterygopalatina (Flügelgaumengrube), Operation	VI
Oberkieferknochenfrakturen, chirurgische Therapie	IV
Frakturen von Unterkiefer und Kiefergelenk, chirurgische Therapie	IV
Unterkieferfrakturen, Reposition mit Fixierungsmitteln	II
Frenulotomie mit Frenuloplastik, oben und unten	I
Zystisches Lymphangiom am Hals, Operation	IV
Zunge und Mundboden, Operation bei bösartigen Tumoren mit Ausräumen des Unterzungenraums	V
Zunge und Mundboden, Operation bei bösartigen Tumoren mit funktionellem oder radikalem, laterozervikalem Ausräumen	VI
Zunge und Mundboden, Operation bei bösartigen Tumoren ohne Ausräumen des Unterzungenraums	IV
Zunge, partielle Amputation bei gutartigen Tumoren, Angiomen, Makroglossie	II
Kiefergelenkluxation, chirurgische Therapie	III
Unterkiefer, partielle Resektion bei Neoplasie	V
Oberkiefer, Resektion bei Neoplasie	V
Gesichtsschädel, resezierende Operation wegen Tumoren mit Ausschälung der Augenhöhle	VI
Diskektomie des Kiefergelenks (als ein einziger Eingriff)	III
Große Neubildungen im Knochen, Exzision	III
Kleine Neubildungen im Knochen, (Osteome, Zementome, Odontome, Torus palatinus und mandibularis), Exzision	II
Bösartige Neoplasien der Lippe/Wange mit Ausräumen des Unterzungenraums, Entfernung	V
Bösartige Neoplasien der Lippe/Wange ohne Ausräumen des Unterzungenraums, Entfernung	III
Bösartige Neoplasien von Lippe oder Weichgewebe der Mundhöhle, Entfernung	II
Umschriebene Ostitis der Kieferknochen, Behandlung	I
Lähmung des Gesichtsnerven, Plastik mit dynamischem Verfahren	V
Lähmung des Gesichtsnerven, Plastik mit statischem Verfahren	IV
Parotidektomie, partiell oder total	V
Plastik für Gaumenfistel	III
Schleimhautplastik für Mund-Antrum-Verbindung	II
Ranula, Entfernung	II
Rekonstruktion durch Knochenersatz, mit alloplastischen Materialien oder Kieferprothesen	V
Abtragen von Knochen und Schleimhaut über halb eingeschlossenem Zahn	I
Kieferhöhle, Eröffnung über Alveolarknochen	II
Gutartige oder gemischte Tumoren der Ohrspeicheldrüse, Enukleation	IV
KINDERCHIRURGIE	
Entfernung von Wilms-Tumor	VI
Kephalhämatom, Aspiration	I
Zysten des Vorderdarms (enterogen und bronchogen), Operation	VI
Nabelfisteln und -zysten: vom Ductus omphalomesentericus, mit Darmresektion	V
Nabelgranulom, Verödung	I
Neuroblastom in Bauch-, Becken-, Brustbereich	VI
Darmverschluss des Neugeborenen, Atresie (Notwendigkeit einer Anastomose)	VI
Darmverschluss des Neugeborenen, mit oder ohne Darmresektion	V
Darmverschluss des Neugeborenen - Mekoniumileus: einfache Ileostomie	III
Darmverschluss des Neugeborenen - Mekoniumileus: Resektion mit einfacher Anastomose	VI
Darmverschluss des Neugeborenen - Mekoniumileus: Verfahren nach Mikulicz	VI
Plexus brachialis, Neurolyse wegen geburtstraumatischer Armlähmung	V
Rektumprolaps, Cerclagemethode nach Thiersch-Ombredanne	II
Rektumprolaps, abdominale Operation	V
PLASTISCH-REKONSTRUKTIVE CHIRURGIE	
Anlage eines gestielten Lappens	II
Große Gesichtsangiome (über 4 cm), Operation	III
Kleine Gesichtsangiome (unter 4 cm), Operation	II
Große Angiome an Rumpf und Gliedmaßen (über 7 cm), Operation	II
Kleine/mittelgroße Angiome an Rumpf und Gliedmaßen (unter 7 cm), Operation	I
Große Keloide, Entfernung	II
Kleine Keloide, Entfernung	I
Narben an Gesicht, Rumpf oder Gliedmaßen, jeder Größe, Korrektur	II
Mischtransplantate	II

Transplantation von Vollhaut, Haut-Fettgewebe, Freihaut oder Schleimhaut	II
Transplantation vom Oberschenkelmuskel	II
Transplantation von Nerven, Sehnen, Knochen oder Knorpel	III
Gaumenrückverlagerung und Pharyngoplastik	IV
Lippen (vollständige Behandlung), Rekonstruktionsplastik	III
Lappenbildung in situ	II
Ohrmuschel, Rekonstruktionsplastik	III
Z-Plastik im Gesicht oder an anderer Stelle	II
V/Y-, YV-Plastik	II
Narbenretraktion der Finger mit Transplantation, Operation	IV
Narbenretraktion der Finger ohne Transplantation, Operation	III
Mammarekonstruktion nach radikaler Mastektomie	V
Mammarekonstruktion nach einfacher totaler Mastektomie	IV
Mammarekonstruktion nach subkutaner Mastektomie	III
Reparatur von Hautdefekt (PSC) mit durch Rotation oder Verschiebung verlagertem großem Hautlappen	III
Reparatur von Hautdefekt (PSC) mit durch Rotation oder Verschiebung verlagertem kleinem Hautlappen	II
Reparatur von Hautdefekt (PSC) mit fasziokutanem Lappen	III
Reparatur von Hautdefekt (PSC) mit myofasziokutanem Lappen	IV
Reparatur von Hautdefekt (PSC) oder von Vernarbungen durch Gewebeexpansion	III
Débridement bei großflächigen Verbrennungen (ambulante Leistung)	I
Débridement bei kleinen Verbrennungen (ambulante Leistung)	I
Transfer von freiem mikrovaskulärem Lappen	V
Transfer von gestieltem Lappen	II
Tiefliegende, bösartige Tumoren des Gesichts, Entfernung	III
Oberflächliche, bösartige Tumoren des Gesichts, Operation	II
Oberflächliche Tumoren oder gutartige Zysten des Gesichts, Operation	I
THORAX- UND LUNGENCHIRURGIE	
Nadelbiopsie mit und ohne Pleurapunktion, explorative Punktion	I
Abszesse, Operation	IV
Bilobektomie, Operation	VI
Laterozervikale Biopsie	I
Supraklavikuläre Biopsie	I
Endobronchiale Instillation	II
Zysten (Echinococcus oder andere), Entfernung	V
Dekortikation/Pleurektomie, Operation	V
Drainage bei akuter oder chronischer Mediastinitis oder Mediastinalabszess	II
Drainage von Empyem	II
Pleuradrainage bei traumatischem Hämo- und/oder Pneumothorax	II
Pleuradrainage bei spontanem Pneumothorax	I
Bullöses Lungenemphysem, chirurgische Behandlung	IV
Traumatische Zwerchfellhernie	V
Verletzung im Brust-/Bauchbereich mit Läsionen der Eingeweide	V
Verletzung im Brust-/Bauchbereich ohne Läsionen der Eingeweide	III
Verletzungen im Brustbereich mit Läsionen der Eingeweide	V
Fistel an Bronchusstumpf nach Exzision oder ähnlichen Operationen, Operation	VI
Ösophagus-Bronchialfisteln, Operation	VI
Rippen- oder Brustbeinfrakturen, chirurgische Behandlung	III
Endoskopische bronchoalveoläre Lavage	I
Pleuralavage	I
Instabiler Thorax (Engl. flail chest), chirurgische Behandlung	V
Mediastinale Lymphadenektomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Diagnostische oder operative Mediastinoskopie	II
Suprasternale Mediastinoskopie wegen Mediastinalemphysem	II
Lokalisierte Neubildungen der Rippen	II
Neubildungen des Zwerchfells	IV
Neubildungen der Luftröhre	III
Bösartige Neoplasien an Rippen und/oder Brustbein	IV
Bösartige Neoplasien und/oder Zysten des Mediastinums	VI
Pleurektomie	V
Pleuropneumektomie	VI
Pleurotomie und Drainage (mit Resektion einer oder mehrerer Rippen), Operation	III
Pneumonektomie, Operation	VI
Therapeutischer Pneumothorax	I
Sternal- oder Knochenmarkpunktion	I
Explorative Lungenpunktion	I
Zwerchfellrelaxation	V
Bronchusresektion und End-zu-End-Anastomose	VI
Resektion überzähliger Rippe	V
Segmentresektion oder Lobektomie	V
Typische oder atypische Segmentresektionen	V
Engpasssyndrom der oberen Thoraxapertur	V
Thymektomie	V
Thorakozentese	I
Thorakoplastik, erster Eingriff	V
Thorakoplastik, zweiter Eingriff	III
Thorakoskopie	II
Explorative Thorakotomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Explorative Tracheo-Bronchoskopie	II
Interventionelle Tracheo-Bronchoskopie	III
Lungentransplantation	VII
GEFÄSSCHIRURGIE	
Abdominale Aortenaneurysmen + Aortendissektion: Resektion und Transplantation	VI
Aneurysmen distaler Arterien der Gliedmaßen	IV
Aneurysmen, Resektion und Transplantation: Viszeralarterien und supraaortische Äste	V
Angioplastie der Viszeralarterien (als ein einziger Eingriff)	V
Aortoiliakaler oder aortofemoraler Bypass	V
Bypass Aorta-Truncus brachiocephalicus, Aorta-Carotis, Carotis-Subclavia	V
Bypass an peripheren Arterien: femorotibial, axillo-femoral, femoropopliteal	V
Embolektomie und/oder Thrombektomie an Arterien, tiefen Venen oder V. cava	V
Dekomprimierende Fasziotomie	IV
Ligatur von kommunizierenden Venen (als ein einziger Eingriff)	I
Ligatur und/oder Naht großer Gefäße: Aorta - V. cava - A. iliaca	II

Ligatur und/oder Naht mittelgroßer Gefäße: femoralis - poplitea - brachialis - mammaria interna - axillaris - glutea - carotis - vertebralis - subclavia - brachiocephalica	IV
Ligatur und/oder Naht kleiner Gefäße: tibialis - lingualis - thyroidea maxillaris - temporalis - facialis - radialis - arcus palmaris/pedis	II
Saphenektomie der Saphena magna e/o parva, vollständig oder partiell, Krampfaderentfernung, Thrombektomie und ggf. Ligatur der kommunizierenden Venen oder hämodynamische Korrektur (CHIVA)	III
Thrombektomie an oberflächlicher Vene (als ein einziger Eingriff)	III
Aortoiliakale Thrombendarteriektomie ggf. mit Gefäßplastik	VI
Thrombendarteriektomie und Bypass und/oder Embolektomie an A. carotis und supraaortischen Gefäßen	VI
Thrombendarteriektomie und Patch und/oder Embolektomie an A. carotis und supraaortischen Gefäßen	VI
Thrombendarteriektomie und Plastik der A. femoralis	V
Thrombendarteriektomie und Transplantation und/oder Embolektomie an A. carotis und supraaortischen Gefäßen	VI
Krampfaderentfernung mit oder ohne Ligatur von kommunizierenden Venen (als ein einziger Eingriff)	II
DERMATOLOGISCHE CHIRURGIE, KRYOTHERAPIE, LASER	
Entfernung gutartiger Haut- oder Schleimhauttumoren mit LASER, ausgenommen Gesicht (in einer einzigen Sitzung)	I
Entfernung gutartiger Gesichtstumoren mit LASER (in einer einzigen Sitzung)	I
Elektrokoagulation oder Kryotherapie für eine oder mehrere Läsionen, Veränderungen, Neubildungen (pro Sitzung)	I
Laserbehandlung von viral bedingten Hautveränderungen (Kondylome usw.) (pro Sitzung)	I
Laserbehandlung bösartiger Hauttumoren (vollständige Behandlung)	I
GASTROENTEROLOGIE	
Kapselbiopsie vom Jejunum unter Durchleuchtungskontrolle	I
GYNÄKOLOGIE	
Adhäsiolyse	IV
Nadelbiopsie/Nadelaspiration tiefliegender Körperteile	I
Bilaterale Adnexektomie, konservierende Operation	V
Bilaterale Adnexektomie, resezierende Operation	V
Unilaterale Adnexektomie, konservierende Operation	IV
Unilaterale Adnexektomie, resezierende Operation	IV
Abszesse der Geschlechtsdrüsen oder Zyste der Bartholin-Drüse, Inzision und Drainage	I
Paraurethrale Abszesse, Divertikel oder Zysten, chirurgische Behandlung	III
Beckenabszess, chirurgische Behandlung	II
Biopsie von Portio, Vulva, Vagina, Endometrium	I
Zyste der Bartholin-Drüse, Entfernung	III
Intraligamentäre Eierstockzysten, Entfernung	IV
Vaginalzysten, Entfernung	I
Kolpoperineorrhaphie bei Dammrissen	I
Kolpoperineorrhaphie bei Dammrissen mit Verletzung des Rektums	III
Kolpotomie und Ausräumung von Blut- und Eiteransammlungen	II
Konisation und Emmet-Plastik	III
Denervierung der Vulva	II
Elektrokoagulation von Portio oder Vulva	I

Dehnung des Gebärmutterhalses und Legen einer Kanüle (Methode Petit-Leufour)	I
Exenteration des Beckens	VI
Uterine, vesikovaginale, rektovaginale Fisteln, Operation	V
Harninkontinenz, vaginale oder abdominale Operation	V
Radikale Hysterektomie über laparotomischen oder vaginalen Zugang, mit oder ohne Lymphadenektomie	V
Einfache totale Hysterektomie mit uni-/bilateraler Adnexektomie über laparoskopischen oder vaginalen Zugang, Operation	IV
Hysteropexie	IV
Diagnostische Hysteroskopie und ggf. Biopsie (als eine einzige Untersuchung)	I
Operative Hysteroskopie: Endometriumablation, Operation	III
Operative Hysteroskopie: Fremdkörperentfernung	I
Operative Hysteroskopie: Synechien, Septum, Fibrome, Polypen, Operation	II
Diagnostische Laparoskopie und/oder Chromopertubation, einschließlich etwaiger Biopsie	II
Explorative Laparotomie (als ein einziger Eingriff)	II
Explorative Laparotomie mit selektiver Lymphadenektomie in der lumbal-pelvischen Region und Biopsie	V
Laparotomie bei Verletzungen und Rissen der Gebärmutter	V
Lasertherapie von Vagina, Vulva oder Portio (pro Sitzung)	I
Laparoskopische Lymphadenektomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Metroplastik (als ein einziger Eingriff)	IV
Myomektomie auf laparoskopischem Wege mit plastischer Uterusrekonstruktion	IV
Vaginale Myomektomie	III
Neubildungen der Vulva, Entfernung	I
Einfache Neurektomie	IV
Plastik mit Erweiterung des Introitus (einschließlich Operation wegen Vaginismus)	III
Vordere und hintere Scheidenplastik, Operation	IV
Vordere oder hintere Scheidenplastik, Operation	III
Zervixpolypen, Entfernung	I
Polypen an der äußeren Harnröhrenöffnung	I
Vaginalprolaps oder Kolpopexie, Operation mit abdominalem oder vaginalem Zugang	IV
Schleimhautprolaps der äußeren Harnröhrenöffnung, chirurgische Behandlung	II
Diagnostische und therapeutische Gebärmutterausschabung	II
Bilaterale Ovarektomie aufgrund von Dysfunktion	IV
Unilaterale Ovarektomie aufgrund von Dysfunktion	III
Bilaterale Salpingektomie	IV
Unilaterale Salpingektomie	IV
Salpingoplastik	V
Vaginalseptum, chirurgische Entfernung	II
Emmet-Plastik (als ein einziger Eingriff)	II
Bilaterale, konservierende, chirurgische Behandlung mit laparotomischem Zugang von Endometrioseherden im Bauch-/Becken-/Eierstockraum	V
Laparotomische, konservierende, chirurgische Behandlung bei extrauteriner Schwangerschaft	IV
Unilaterale, konservierende, chirurgische Behandlung mit laparotomischem Zugang von Endometrioseherden im Bauch-/Becken-/Eierstockraum	IV

Bilaterale, resezierende, chirurgische Behandlung mit laparotomischem Zugang von Endometrioseherden im Bauch-/Becken-/Eierstockraum	IV
Laparotomische, resezierende, chirurgische Behandlung bei extrauteriner Schwangerschaft	IV
Unilaterale, resezierende, chirurgische Behandlung mit laparotomischem Zugang von Endometrioseherden im Bauch-/Becken-/Eierstockraum	IV
Bösartige Vaginaltumoren mit Lymphadenektomie, radikale Operation	V
Bösartige Vaginaltumoren ohne Lymphadenektomie, radikale Operation	IV
Endometriumbiopsie (Pipelle-Methode) zu Diagnosezwecken	I
Partielle Vulvektomie	III
Partielle Vulvektomie mit bilateraler, diagnostischer Lymphadenektomie der oberflächlichen Leistenlymphknoten, Operation	IV
Radikale, erweiterte Vulvektomie mit Lymphadenektomie der Leisten- und Beckenlymphknoten, Operation	VI
Einfache Vulvektomie (lokal oder kutan), Operation	IV
Totale Vulvektomie	IV
GEBURTSHILFE	
Medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch	II
Amniozentese	II
Geburtshilfe durch konservierende oder resezierende Kaiserschnittoperation (und/oder Geburtshilfe bei Dystokie mit oder ohne Episiotomie) (einschließlich normaler Wochenbettpflege im KH)	IV
Chorionzottenbiopsie	II
Zervixcerclage	II
Kolpoperineoplastik bei Dehiszenz der Naht, Operation	I
Chordozentese	II
Fetoskopie	II
Zervixriss, Naht	I
Explorative Laparotomie	II
Explorative Laparotomie, mit resezierender Operation	V
Brustentzündung im Wochenbett, chirurgische Behandlung	I
Revision der Geburtswege, Operation	II
Revision der Gebärmutterhöhle während oder nach Abort, im Wochenbett, Operation	II
Manuelle Reposition bei Uterusinversion in Laparotomie, Operation	IV
NEUROCHIRURGIE	
Anastomose intra-/extrakranieller Gefäße	VI
Intrakranieller Abszess oder Bluterguss, Operation	VI
Ligatur der intrakraniellen A. carotis	V
Atlanto-okzipital-Gelenk, Operation wegen Fehlbildungen	VI
Chordotomie, Rhizotomie und verschiedene Myelo- und Radikulopathien, Operation	VI
Intrakranieller Fremdkörper, Entfernung	VI
Kranioplastik	VI
Kraniotomie zur Dekompression/Exploration	V
Kraniotomie bei traumatischen intrazerebralen Läsionen oder Epiduralhämatom	VI
Kraniotomie bei Tumoren des Kleinhirns, auch der Schädelbasis	VII
Direkte und indirekte Liquorableitung, Operation	VI
Fokale Epilepsie, Operation	VI
Bandscheibenhernie an Brust- oder Lendenwirbelsäule	IV
Bandscheibenhernie an Brustwirbelsäule, transthorakal	V
Bandscheibenhernie Halswirbelsäule, Myelopathie, Radikulopathie	IV
Bandscheibenhernie, vorderer Zugang mit Spondylodese	V
Liquorfistel	VI
Arteriovenöse Fisteln, chirurgische Therapie mit Ligatur des extrakraniellen, zuführenden Gefäßes	V
Arteriovenöse Fisteln, chirurgische Therapie mit Ligatur des intrakraniellen, zuführenden Gefäßes	VI
Arteriovenöse Fisteln, chirurgische Therapie durch Direktansatz	VI
Lumbale Ganglionektomie oder Splanchniektomie	V
Hypophyse, transsphenoidale Operation	VI
Laminektomie zur Exploration, Dekompression und für extradurale Operationen	V
Laminektomie bei intraduralen, extramedullären Tumoren	VI
Laminektomie bei intramedullären Tumoren	VI
Intrakranielle Neoplasien oder Aneurysmen, Entfernung	VII
Spinale Neoplasien, Entfernung	V
Neoplasien, Chordotomie, Radikulotomie, Erkrankungen von Hirnhäuten und Rückenmark, spinale Operation	VI
Neurolyse (als ein einziger Eingriff)	III
Primäre Neurorrhaphie (als ein einziger Eingriff)	III
Retro-ganglionäre partielle Neurotomie des Nervus trigeminus, intrakranielle Resektion anderer Nerven (als ein einziger Eingriff)	VI
Einfache Neurotomie (als ein einziger Eingriff)	III
Schädeldachplastik	VI
Plexus brachialis, Operation	V
Subokzipitalpunktion zur Liquorentnahme oder zur Verabreichung von Medikamenten oder Kontrastmittel	I
Lumbalpunktion bei jeder Art von Indikation	I
Rhizotomie und Mikrovaskuläre Dekompression von intrakraniellen Nerven	VI
Splitterentfernung und Kraniektomie bei Schädeldachfraktur (einschließlich etwaiger Plastik)	VI
Zervikaler Sympathikus: Denervation des Karotissinus, Operation	IV
Zervikaler Sympathikus: Ganglionektomie, Operation	IV
Zervikaler Sympathikus: Stellektomie, Operation	IV
Thorakale Sympathektomie (Ganglionektomie), Operation	IV
Thorakale Sympathektomie und damit verbundene Splanchniektomie	V
Lumbale Sympathektomie (Ganglionektomie), Operation	IV
Lumbale Sympathektomie: Resektion hypogastrischer Nerv, Operation	IV
Lumbale Sympathektomie: periarterielle Sympathektomie, Operation	III
Lumbale Sympathektomie: postganglionäre Sympathektomie, Operation	IV
Lumbale Sympathektomie: Beckenabschnitt des Sympathikus, Operation	IV
Lumbale Sympathektomie: Splanchniektomie, Operation	IV
Lumbale Wirbelkanalstenose	V
Stereotaktische Hirnoperationen	V
Risse und Blockaden von peripheren Ästen des Trigeminus und anderer kranialer Nerven	III
Thalamotomie, Pallidotomie und ähnliche Operationen	VII
Radiofrequenz-Rhizotomie des Trigeminus oder anderer kranialer Nerven	IV
Schädelbohrung für Punktion und Ventrikeldrainage	III
Transplantationen, Implantationen und andere plastische Operationen (als ein einziger Eingriff)	IV
Wirbelsäulen- und Rückenmarkstraumata, Operation mit anteriorem oder posteriorem Zugang	VI

Orbitatumoren, Entfernung über intrakraniellen Zugang	VII
Tumoren der peripheren Nerven, Entfernung	V
Tumoren der Schädelbasis, Operation auf transoralem Wege	VII
Orbitatumoren, Operation	VI
OPERATIONEN AM AUGAPFEL	
Ferromagnetischer Fremdkörper im Augapfel, Entfernung	III
Nicht magnetischer Fremdkörper im Augapfel, Entfernung	V
Enukleation mit Implantation mobiler Prothese	IV
Enukleation oder Exenteration	III
Eviszeration mit Intraokularimplantat	IV
BINDEHAUTCHIRURGIE	
Fremdkörper, Entfernung	I
Neoplasien der Bindehaut, Entfernung mit Implantat	II
Neoplasien der Bindehaut, Entfernung mit Plastik zur Erhaltung der Gleitfähigkeit	II
Kleine Zysten, Vernähen mit Amnionmembrantransplantation	I
Bindehautplastik für Implantat oder Erhalt der Gleitfähigkeit	II
Pinguecula oder Pterygium	I
Vernähen von Bindehautverletzung	I
HORNHAUTCHIRURGIE	
Refraktive Chirurgie	III
Perforierende Keratoplastik	IV
Lamelläre Keratoplastik	III
Refraktive Keratoplastik (unter Ausschluss ästhetischer Zwecke)	II
Fremdkörper in der Hornhaut (Entfernung)	I
Fremdkörper, Entfernung aus der Vorderkammer	III
Epikeratoplastik	IV
Lamelle aus Biomaterial, Einbringen aus therapeutischen Zwecken	I
Osteo-Odonto-Keratoprothese (komplette Behandlung)	IV
Parazentese der Vorderkammer	I
Hornhautnaht (als ein einziger Eingriff)	I
Perforierende Hornhauttransplantation	VI
Lamellare Hornhauttransplantation	V
LINSENCHIRURGIE	
Absaugung der getrübten Linse (als ein einziger Eingriff)	III
Katarakt (senil, traumatisch, pathologisch, kompliziert), Extraktion	III
Kongenitale oder traumatische Katarakt, Entfernung	II
Weiche Katarakt, Operation	III
Sekundäre Katarakt, Entfernung	I
Katarakt, Entfernung und Implantation von Kunstlinse in vorderer oder hinterer Augenkammer	III
Kunstlinse, sekundäre Implantation in Vorderkammer	II
Kunstlinse, sekundäre Implantation in hinterer Augenkammer	III
Kunstlinse, Entfernung aus vorderer Augenkammer (als ein einziger Eingriff)	II
Kunstlinse, Entfernung aus hinterer Augenkammer (als ein einziger Eingriff)	III
Linsenluxation-komplizierte Katarakt, Extraktion	III
Linse, Extraktion bei starker Kurzsichtigkeit (Fukala-Operation)	III
Fukala-Operation und Implantation von Kunstlinse in vorderer oder hinterer Augenkammer	III
IRISCHIRURGIE	
Regenbogenhautzyste, Entfernung und Plastik	II
Iridektomie	II
Iridodialyse, Operation	II
Iridoplastik	II
Iridotomie	II
Irisprolaps, Reposition	II
Synechiotomie	II
Vernähen der Iris	II
AUGENMUSKELCHIRURGIE	
Äußerer oder innerer gerader Augenmuskel, Vorverlagerung	II
Oberer oder unterer, gerader oder schräger Augenmuskel, Vorverlagerung	III
Ptosis des Augenlids, Operation (ausgeschlossen ästhetische Zwecke)	III
Lähmungsschielen, Operation	III
GLAUKOMCHIRURGIE	
Retrobulbäre Alkoholinjektion am Ziliarnerv, Operation	I
Zyklodialyse	III
Perforierende Zyklodiathermie	II
Goniotomie	III
Iridocycloretraktion, Operation	IV
Mikrochirurgie am Kammerwinkel	IV
Fistel-Operation	IV
Trabekulektomie	IV
Trabekulektomie + Kataraktentfernung - kombinierter Eingriff	IV
Trabekulektomie + Kataraktentfernung + Kunstlinsen-Implantation - kombinierter Eingriff	V
Trabekulotomie	III
AUGENHÖHLENCHIRURGIE	
Orbitabiopsie	II
Augenhöhlenplastik	III
Tiefe Zysten oder Neoplasien an der Augenhöhlenkontur, Entfernung	III
Fremdkörper in der Augenhöhle, Entfernung	II
Exenteration der Augenhöhle	IV
Orbitale Injektion	I
Operation nach Krönlein oder Orbitotomie	VI
Augenhöhle, Operation zur Dekompression mit Zugang von unten	III
LIDCHIRURGIE	
Abszess am Augenlid, Inzision	I
Blepharochalasis, Trauma oder Verletzungen, Blepharoplastik-Operation: ein Lid	II
Chalazion	II
Kanthoplastik	II
Ektropium-Entropium	II
Epikanthus-Kolobom	II
Hernie der Augenlider, Korrektur durch Reduktion überschüssiger Haut: ein Lid (ästhetische Zwecke ausgeschlossen)	I
Hernie der Augenlider, Korrektur (ästhetische Zwecke ausgeschlossen)	I
Kleine Tumoren oder Zysten, Entfernung	I
Eröffnen von Ankyloblepharon	I
Vernähen von Lidhaut (als ein einziger Eingriff)	I
Vernähen von alle Hautschichten durchtrennenden Verletzungen (als ein einziger Eingriff)	I
Tarsorrhaphie (als ein einziger Eingriff)	I
Tumoren, Entfernung mit Implantationsplastik	III
Tumoren, Entfernung mit Plastik zum Erhalten der Gleitfähigkeit	II
NETZHAUTCHIRURGIE	

Entfernung, Cerclage, Entfernung von Materialien, die bei der Netzhautablösung verwendet worden sind	II
Elektrokoagulation der Netzhaut wegen Ablösung	III
Netzhaut, Operation wegen Ablösung, einschließlich aller Phasen	IV
Vordere und hintere Vitrektomie	V
LEDERHAUTCHIRURGIE	
Sklerotomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Vernähen der Lederhaut	II
AUGENBRAUENCHIRURGIE	
Zysten oder Fremdkörper, Entfernung	I
Anheben der Augenbraue, Operation	II
Plastik für Implantat oder Erhalt der Gleitfähigkeit	II
Vernähen von Verletzungen	I
OPHTHALMISCHE LASERBEHANDLUNGEN	
Laserchirurgie der Hornhaut für therapeutische oder optische Zwecke (ästhetische Zwecke ausgeschlossen)	II
Lasertherapie von Anhangsgebilden, Bindehaut, Gefäßneubildungen der Hornhaut	I
Lasertherapie von Glaukom und dessen Komplikationen	I
Lasertherapie von Gefäßerkrankungen und/oder Fehlbildungen der Netzhaut (pro Sitzung)	I
Lasertherapie der Regenbogenhaut	I
Lasertherapie bei Netzhautläsionen	I
Lasertherapie der diabetischen Retinopathie (pro Sitzung)	I
Laserbehandlung bei sekundärer Katarakt	I
TRÄNENDRÜSENCHIRURGIE	
Verschluss des Tränenpunkts (einschließlich etwaiger Prothese)	I
Dakryozystorhinostomie	III
Fistel, Entfernung	I
Phlegmone, Inzision (als ein einziger Eingriff)	I
Implantation von Silikonröhrchen in Tränenkanalstenose	I
Tränensack oder Tränendrüse, Entfernung	II
Tränensack, Inzision (als ein einziger Eingriff)	I
Strikturotomie (als ein einziger Eingriff)	I
Tränenwege, Rekonstruktion	III
ORTHOPÄDIE - OPERATIONEN	
Vordere Akromioplastik	IV
Nadelaspiration am Knochen	I
Hallux valgus, Korrektur	III
Verlängerung der oberen und/oder unteren Gliedmaßen (pro Segment, vollständige Behandlung	V
Amputation großer Segmente (vollständige Behandlung)	IV
Amputation mittlerer Segmente (vollständige Behandlung)	III
Amputation kleiner Segmente (vollständige Behandlung)	II
Spondylodese mit vorderem und/oder hinterem Zugang	VI
Arthrodese: große Gelenke	IV
Arthrodese: mittlere Gelenke	II
Arthrodese: kleine Gelenke	II
Arthrolyse: große Gelenke	III
Arthrolyse: mittlere Gelenke	II
Arthrolyse: kleine Gelenke	II
Arthroplastik mit Biomaterialien: große Gelenke	V
Arthroplastik mit Biomaterialien: mittlere Gelenke	III
Arthroplastik mit Biomaterialien: kleine Gelenke	II
Gelenkprothese Handgelenk	V
Gelenkprothese Schulter, partiell	VI
Gelenkprothese Schulter, vollständig	VI
Gelenkprothese: Hüfte partiell (vollständige Behandlung)	VI
Gelenkprothese: Hüfte vollständig (vollständige Behandlung)	VI
Gelenkprothese: Knie	VI
Gelenkprothese: Ellbogen, Sprunggelenk	VI
Diagnostische Arthroskopie (als ein einziger Eingriff)	II
Kalter Abszess: Drainage	I
Gelenk- oder Knochenbiopsie	I
Transpedikuläre Biopsie der Wirbelkörper	III
Offene Wirbelbiopsie	II
Bursektomie	II
Arthrorise mit Calcaneus-Stoppschraube	III
Chemonukleolyse bei Bandscheibenhernie	IV
Meniskuszyste, Entfernung	III
Chondrektomie	I
Bewegliche Fremdkörper in Gelenken (als ein einziger Eingriff), Entfernung	III
Halsrippe und „Halsrippensyndrom“, Operation	V
Kinematisch günstige Konstruktion des Amputationsstumpfs	IV
Exartikulation zwischen Schulterblatt und Thorax	VI
Exartikulation, große Gelenke	VI
Exartikulation, mittlere Gelenke	V
Exartikulation, kleine Gelenke	III
Operation nach Elmslie-Trillat	III
Hemipelvektomie	VI
„Interne“ Hemipelvektomie mit Rettung der Gliedmaße	VI
Epiphyseodese	IV
Bandscheibenhernie an Brust- oder Lendenwirbelsäule	IV
Bandscheibenhernie an Brustwirbelsäule, transthorakal	V
Bandscheibenhernie Halswirbelsäule, Myelopathie, Radikulopathie	IV
Bandscheibenhernie, vorderer Zugang mit Spondylodese	V
Einfache Exostose, Entfernung	II
Offene Fraktur, chirurgische Reinigung	II
Lateral Release-Operation	I
Gelenkbänder Fußrücken (jede Technik), Rekonstruktion	IV
Gelenkbänder Knie (auch in Arthroskopie), Rekonstruktion	IV
Gelenkbänder Knie mit Meniskektomie (auch in Arthroskopie)	IV
Rezidivierende Luxation (Schulter, Knie), Plastik	IV
Meniskektomie (in Arthroskopie) (vollständige Behandlung)	III
Meniskektomie (in Arthroskopie) + Entfernung von beweglichen Teilen (vollständige Behandlung)	IV
Meniskektomie (in Arthroskopie) + Entfernung von beweglichen Teilen + Knorpelglättung (vollständige Behandlung)	IV
Meniskektomie (traditionelle Technik) (vollständige Behandlung)	III
Knochenmark, Explantation	II
Neurinome, chirurgische Behandlung	III
Nukleolyse und/oder Absaugung im Lendenbereich	IV
Osteitis und Osteomyelitis (vollständige Behandlung), Operation	IV
Osteosynthese an Wirbeln	VI
Osteosynthese: große Segmente	V
Osteosynthese: mittlere Segmente	IV
Osteosynthese: kleine Segmente	III
Einfache oder komplexe Osteotomie (Becken, Wirbel usw.)	III
Pridie-Bohrung	I

Entnahme von Knochentransplantat und Implantation	III
Pseudoarthrose großer Segmente oder angeborene P. des Schienbeins (vollständige Behandlung)	V
Pseudoarthrose mittlerer Segmente (vollständige Behandlung)	IV
Pseudoarthrose kleiner Segmente (vollständige Behandlung)	III
Punktion von Schienbein oder Becken	I
Distale Speiche, Resektion mit Knochentransplantation vom Wadenbein für die Speiche	V
Replantation einer Gliedmaße oder eines Segments	VII
Gelenkresektion	IV
Kreuzbeinresektion	V
Begradigung Mittelfußknochen	IV
Offene Versorgung und Fixierung einer traumatischen Wirbelsäulenluxation	VI
Offene Versorgung und Fixierung einer traumatischen Luxation großer Gelenke	IV
Offene Versorgung und Fixierung einer traumatischen Luxation mittlerer und kleiner Gelenke	II
Entfernung von Fixierungsmitteln	III
Ruptur Rotatorenmanschette der Schulter, Reparatur	IV
Skapulopexie	IV
Skoliose, Operation	VI
Synovektomie an großen und mittleren Gelenken (als ein einziger Eingriff)	VI
Synovektomie an kleinen Gelenken (als ein einziger Eingriff)	II
Tikhoff-Linberg-Schulterresektion	VI
Lumbale Wirbelkanalstenose	V
Ausräumen metastatischer Herde und Armierung mit Osteosynthese + Knochenzement	V
Hüftpfanne, Rekonstruktion	V
Chirurgisches Débridement und kleine Nähte	I
Versetzung der Muskeln der Rotatorenmanschette der Schulter	IV
Knochentumoren und pseudotumorale Formen, große Segmente oder Gelenke, Entfernung	V
Knochentumoren und pseudotumorale Formen, mittlere Segmente oder Gelenke, Entfernung	IV
Knochentumoren und pseudotumorale Formen, kleine Segmente oder Gelenke, Entfernung	II
Knochentumoren und pseudotumorale Formen, Wirbel, Entfernung	VI
Uncoforaminotomie oder Vertebrotomie (vollständige Behandlung)	VI
Volkmann-Kontraktur (ischämische Kontraktur), Operation	V
ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE AN SEHNEN, MUSKELN, FASZIEN	
Muskelbiopsie	I
Knopflochdeformität	IV
Hammerfinger	II
Sehnenganglion (Zyste) ggf. iatrogen, Entfernung	II
Tenolyse (als ein einziger Eingriff)	II
Tenoplastik, Myoplastik, Muskelnaht	III
Komplexe Sehnennaht	III
Einfache Sehnennaht	II
Tenotomie, Myotomie, Aponeurotomie (als ein einziger Eingriff)	III
Sehnen-, Muskel- oder Nerventransplantationen (vollständige Behandlung)	IV
HNO-CHIRURGIE: RACHEN - MUNDHÖHLE - MUNDRACHEN UND SPEICHELDRÜSEN	
Im Bereich der Mandeln, im hinteren oder seitlichen Rachenbereich angesiedelte Abszesse, Inzision	I
Leukoplakie, Entfernung	I
Parapharyngeale Neoplasien	V
Tonsillektomie	III
Gutartiger Tumor im Mandel- oder Rachenbereich, Entfernung	II
Bösartiger Tumor im Mandel- oder Rachenbereich, Entfernung	IV
Uvulektomi	I
Velopharyngoplastik	IV
HNO-CHIRURGIE: NASE UND NASENNEBENHÖHLEN	
Adenoidektomie	II
Adenotonsillektomie	III
Sondierung Stirnhöhle	I
Zysten oder kleine gutartige Tumoren der Nasenhöhlen, Entfernung	I
Choanalatresie mit knöchernem Verschluss, Entfernung auf transpalatinalem Weg	III
Hämatom, Abszess des Septums, Drainage	I
Siebbein, radikale bilaterale Ausräumung	IV
Siebbein, radikale unilaterale Ausräumung	III
Mund-Antrum-Verbindungen	I
Nasenbeinfraktur, Reposition	I
Ozaena, chirurgische Behandlung	II
Nasen- oder Choanalpolypen, einfache Entfernung	I
Rhinophym, Operation	II
Rhinoseptumplastik mit freien Knochenimplantaten	V
Rekonstruktive oder funktionelle Rhinoseptumplastik (ästhetische Zwecke ausgeschlossen), einschließlich Turbinektomie	III
Rhinoseptumplastik, Revision	II
Nasennebenhöhlen, Operation wegen Mukozele	IV
Nasennebenhöhlen, radikale, uni- oder bilaterale Operation	V
Stirnhöhle, Ausräumung auf nasalem oder externem Weg	II
Kieferhöhle, radikale bilaterale Ausräumung	III
Kieferhöhle, radikale unilaterale Ausräumung	II
Keilbeinhöhle, Eröffnung auf transnasalem Weg	V
Konservierende, neurovaskuläre Dekompression durch Schnitt von Septum, Sieb- und Keilbein, mit funktioneller Turbinotomie	V
Radikale, unilateral erweiterte, neurovaskuläre Dekompression ersten oder zweiten Grades mit Septumkorrektur, Ethmoidektomie und Sphenoidektomie (Novak/Bonaccorsi)	V
Radikale, unilateral erweiterte, neurovaskuläre Dekompression dritten Grades mit Septumkorrektur, Ethmoidektomie und Sphenoidektomie (Novak/Bonaccorsi)	V
Synechien der Nase, Durchtrennung	I
Sporen oder Grate der Nasenscheidewand, Entfernung	I
Gutartige Tumoren der Nasennebenhöhlen, Entfernung	III
Bösartige Tumoren der Nase und Nasennebenhöhlen, Entfernung	VI
Untere Nasenmuschel, funktionelle Ausräumung (als ein einziger Eingriff)	I
Nasenmuschel, Verödung (als ein einziger Eingriff)	I
Turbinotomie (als ein einziger Eingriff)	II
Krampfadern der Nasenscheidewand, Behandlung	I
HNO-CHIRURGIE: OHR	
Attikoantrotomie mit Labyrinthektomie	VI
Hirnabszess, Eröffnung auf transmastoidalem Weg	VI
Gehörgangsabszess, Inzision	I

Extraduraler Abszess, Eröffnung auf transmastoidalem Weg	VI
Fremdkörper, chirurgische Entfernung auf retroaurikulärem Weg	I
Paukendrainage	I
Hämatom der Ohrmuschel, Inzision	I
Angeborene Fisteln, Entfernung	II
Mastoidektomie	IV
Radikale Mastoidektomie	V
Myringoplastik auf endauralem Weg	III
Myringoplastik auf retroaurikulärem Weg	IV
Myringotomie (als ein einziger Eingriff)	I
Neoplasie der Ohrmuschel, Exzision	II
Neoplasie des Gehörgangs, Exzision	II
Gleichgewichtsnerv, Resektion	VI
Neurom des achten Nervenpaars, Entfernung	VI
Osteome des Gehörgangs, Entfernung	II
Petrosektomie	VI
Eitrige Felsenbeinentzündung, Behandlung	V
Polypen oder Zysten an oder hinter der Ohrmuschel, Entfernung	I
Revision von radikaler Mastoidektomie, Operation	V
Endolymphsack, Chirurgie	V
Stapedektomie	V
Stapedotomie	V
Tympanoplastik mit oder ohne Mastoidektomie	V
Tympanoplastik zweiter Eingriff	III
Explorative Tympanoplastik	II
Mittelohrtumoren, Entfernung	V
HNO-CHIRURGIE: LARYNX UND HYPOPHARYNX	
Adduktoren, Operation wegen Lähmung	V
Abszess an Epiglottis, Inzision	I
Biopsie per Laryngoskopie	I
Biopsie per Mikrolaryngoskopie	I
Endolaryngeale Verödung	I
Stimmbänder, Dekortikation in Mikrolaryngoskopie	III
Chordektomie (auch mit Laser)	V
Fremdkörper, Entfernung per Laryngoskopie	I
Partielle Larynxatresie, Resektion mit plastischer Rekonstruktion	IV
Partielle Laryngektomie	V
Partielle Laryngektomie mit unilateraler Ausräumung der Halslymphknoten	VI
Totale Laryngektomie mit uni- oder bilateraler Ausräumung der Halslymphknoten	VI
Totale Laryngektomie ohne Ausräumung der Halslymphknoten	V
Laryngozele	IV
Vollständige Laryngopharyngektomie	VI
Gutartige Neubildungen, Entfernung per Laryngoskopie	II
Gutartige Neubildungen, Entfernung per Mikrolaryngoskopie	II
Gutartige Neubildungen, organische und funktionelle Stenosen, Behebung per Kehlkopf-Mikrochirurgie mit CO2-Laser	II
Oberer Kehlkopfnerv, Verödung mit Alkohol	II
Kehlkopfpapillom	II
Perichondritis und Parapharyngealabszess	II
UROLOGIE: DIAGNOSTISCHE ENDOSKOPIE	
Brush-Zytologie in Zystoskopie (als ein einziger Eingriff)	II
Zystoskopie ggf. mit Biopsie	II
Chromozystoskopie und uni- oder bilateraler Ureterkatheter	I
Chromozystoskopie und funktionelle Beurteilung	I
Ureteroskopie (allumfassend)	I
Einfache Urethrozystoskopie (als ein einziger Diagnosevorgang)	I
UROLOGIE: OPERATIVE ENDOSKOPIE	
Harnleitersteine, Extraktion mittels spezieller Sonde	III
Blasenhals oder Prostata, endoskopische Resektion	IV
Blasenhals, Resektion aufgrund von Sklerose, Rezidiv	II
Fremdkörper in der Blase, Extraktion per Zystoskopie	II
Elektrokoagulation kleiner Blasentumoren (pro Sitzung)	I
Harninkontinenz, Operation (Teflonpaste)	IV
Lithotripsie im Harnleiter Ultraschall, Laser usw.	IV
Lithotripsie, endoskopische Litholapaxie der Blase	III
Meatotomie der Harnröhre (als ein einziger Eingriff)	I
Meatotomie der Harnröhre (als ein einziger Eingriff)	I
Perkutane bilaterale Nephrostomie	III
Perkutane unilaterale Nephrotomie	II
Neubildungen am Harnleiter, endoskopische Resektion	III
Neoplasie der Blase, endoskopische Resektion	IV
Prostata, endoskopische Resektion + Vaporisation (TURP, TUVP)	IV
Vesikoureteraler Reflux, endoskopische Operation (Teflon-Injektion)	III
Bilateraler Harnleiter-Stent (als ein Eingriff)	II
Unilateraler Harnleiter-Stent (als ein Eingriff)	I
Ureterozele, endoskopische Operation	III
Endoskopische Ureterotomie	II
Harnröhrenklappen, endoskopische Resektion (als ein einziger Eingriff)	II
Stent bei Ureterstenosen, einschließlich Nephrostomie	V
Stent bei Harnröhrenstenosen auf endoskopischem Wege (Urolume)	II
UROLOGIE: KLEINE OPERATIONEN UND UROLOGISCHE DIAGNOSTIK	
Wechsel Zystostomiekatheter	I
Wechsel Pyelostomiekatheter	I
UROLOGIE: PROSTATA	
Nadelaspiration/Nadelbiopsie der Prostata	I
Radikale Prostatektomie wegen Karzinom mit Lymphadenektomie (jede Art von Zugang und Technik)	VI
Subkapsuläre Prostatektomie bei Adenom	IV
UROLOGIE: NIEREN	
Perkutane Nierenbiopsie	I
Chirurgische Nierenbiopsie (als ein einziger Eingriff)	III
Nierenzyste, perkutane Punktion	I
Nierenzyste, perkutane Punktion zur Entleerung mit Injektion von Verödungsmittel	I
Nierenzyste, Resektion	III
Heminephrektomie	V
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei beidseitigen Nierensteinen (vollständige Behandlung)	V
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei einseitigen Nierensteinen (vollständige Behandlung)	IV
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei beidseitigen Nieren- und Harnleitersteinen (vollständige Behandlung)	V
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei einseitigen Nieren- und Harnleitersteinen (vollständige Behandlung)	IV
Lumbalschnitt bei paranephritischem Abszess	IV
Erweiterte Nephrektomie bei Tumor (einschließlich Adrenalektomie)	VI
Nierenpolresektion	V
Einfache Nephrektomie	V
Nephropexie	IV
Nephrostomie oder Pyelostomie (als ein einziger Eingriff)	IV

Radikale Nephroureterektomie mit Lymphadenektomie sowie ggf. Adrenalektomie, Operation	VI
Radikale Nephroureterektomie mit Behandlung wegen Vena-Cava-Thrombus (einschließlich Adrenalektomie)	VI
Pyelokalikolithotomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Nierenbeckenpunktion (als ein einziger Eingriff)	I
Komplexe Pyelonephrolithotomie (Nephrotomie und/oder Sektionsschnitt), Operation	V
Ureteropyeloplastik bei Harnleiterabgangsenge	V
Adrenalektomie (komplette Behandlung)	VI
Nierentransplantation	VII
UROLOGIE: HARNLEITER	
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei beidseitigen Harnleitersteinen (vollständige Behandlung)	V
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei einseitigen Harnleitersteinen (vollständige Behandlung)	IV
Transureteroureterostomie	IV
Anastomosierung des Harnleiters mit dem Krummdarm, uni- oder bilateral	V
Bilaterale Ureterozystoneostomie	V
Unilaterale Ureterozystoneostomie	III
Bilaterale Ureterokutaneostomie	V
Unilaterale Ureterokutaneostomie	IV
Enteroplastik des Harnleiters durch kontinente Harnableitung mit Mainz-Pouch (ein- oder zweiseitig), Kutaneostomie	VI
Kutane Harnableitung mit Darminterponat (nicht kontinentes Stoma)	V
Ureterolyse und Omentumplastik	III
Ureterolithotomie über Lumbal- oder Iliakalschnitt	IV
Ureterolithotomie, Zugang vom Becken	V
Ein- oder beidseitige Ureterosigmoidostomie	V
Steine oder Fremdkörper in Harnröhre, Entfernung	I
Harnröhrenkarunkel	I
Paraurethrale Zysten, Divertikel oder Abszesse, Operation	II
Elektrokoagulation von Harnröhrenkondylomen mit Glättung der Harnröhre	III
Harnröhrenfisteln	V
Harninkontinenz, Anlegen von künstlichem Sphinkter	IV
Meatotomie und Meatoplastik	II
Polypen am Harnröhrenausgang, Koagulation	I
Prolaps Harnröhrenmuskel	II
Resektion und Nähen der Harnröhre vorderer Penisteil	IV
Resektion und Nähen der Harnröhre hinterer Beckenbodenteil	V
Traumatische Harnröhrenruptur	IV
Totale Urethrektomie	IV
Urethroplastik (in einem Eingriff), Operation	IV
Urethroplastik (freie oder gestielte Lappen), vollständige Behandlung	V
Perineale Urethrostomie	III
UROLOGIE: BLASE	
Abszess im Retzius-Raum vor der Harnblase	III
Partielle Zystektomie mit Ureterozystoneostomie	V
Einfache partielle Zystektomie	IV
Totale Zystektomie einschließlich Lymphadenektomie und Prostatovesikulektomie oder radikaler Hysterektomie mit Adnexektomie, mit Ileum-Conduit oder Colonpouch	VI
Totale Zystektomie einschließlich Lymphadenektomie und Prostatovesikulektomie oder Hysterektomie mit Adnexektomie, mit Ersatzblase aus Darmabschnitt (Neoblase)	VI
Totale Zystektomie einschließlich Lymphadenektomie und Prostatovesikulektomie oder Hysterektomie mit Adnexektomie, mit bilateraler Ureterosigmoidostomie oder Ureterokutaneostomie	VI
Zystolithotomie (als ein einziger Eingriff)	II
Zystopexie	III
Nähen der Blase bei traumatischer Ruptur	III
Suprapubische Zystostomie	II
Blasenhals, Y/V-Plastik (als ein einziger Eingriff)	V
Divertikulektomie	IV
Blasenekstrophie (vollständige Behandlung)	VI
Urachusfistel und/oder Urachuszyste, Operation	IV
Suprapubische Fistel, Operation (als ein einziger Eingriff)	III
Blasen-Darmfistel mit Darmresektion und/oder Zystoplastik, Operation	VI
Vesikovaginale oder vesikorektale Fistel, Operation	V
Harnblase, Erweiterungsplastik (Colon/Ileum)	V
Harnblasenplastik zur Verhinderung von Reflux	V
UROLOGIE: MÄNNLICHE GENITALIEN	
Implantation von Hodenprothese (als ein einziger Eingriff)	I
Ein- oder beidseitige Hodenbiopsie	I
Hoden- oder Nebenhodenzysten, Exzision	II
Samenleiter, Ligatur (bei chronischen Erkrankungen)	II
Samenleiter, Refertilisierung	IV
Totale Emaskulation ggf. mit Lymphadenektomie	V
Epididymektomie	III
Phimose, Frenuloplastik, Zirkumzision	II
Hoden- oder Leistenfisteln	III
Frenulotomie und Frenuloplastik	I
Hodentorsion, Operation	III
Hydrozele, Operation	II
Hydrozele, Punktion	I
Peyronie-Krankheit (Induratio penis plastica), Operationen	IV
Schwellkörper (Schwellkörperplastik usw.), Operationen	IV
Ein- oder beidseitige Orchidopexie	III
Erweiterte Orchidektomie mit abdominaler Lymphadenektomie	V
Bilaterale, subkapsuläre Orchidektomie	III
Bilaterale Orchidektomie mit Epididymektomie, ggf. mit Prothese	IV
Unilaterale Orchidektomie mit Epididymektomie, ggf. mit Prothese	III
Paraphimose, Operation	II
Penis, partielle Amputation	III
Penis, vollständige Amputation mit Lymphadenektomie	V
Penis, vollständige Amputation	IV
Positionierung von Penisprothese	V
Priapismus, Operation (perkutan)	II
Priapismus, Operation (Shunt)	III
Hodensack, Resektion	II
Hodentraumata, Operation zur Behebung	II
Hodentumoren ggf. mit Lymphadenektomie, Operation	V
Varikozele, Operation (auch mit mikrochirurgischer Technik)	III

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Information gemäß Art. 13 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

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

FORMULAR VERSICHERUNGSANTRAG

NET INSURANCE — NET LIFE INSURANCE

ANTRAG PROTECTION BUSINESS Nr. _____
Die Deckungen werden erst mit Ausstellung der Versicherungspolice und Zahlung der diesbezüglichen Prämie wirksam.

Vermittler	**Filialnummer**	**Prod.code.**
_____	_____	_____

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSNEHMER

Nach- und Vorname/Firma	_____		
Steuernummer/USt.-IdNr.	_____		
Anschrift Wohnort/Firmensitz	_____	Hausnummer	_____
Stadt und Provinz	_____ (___)	PLZ	_____
E-Mail-Adresse	Telefon _____		
Sektor/Tätigkeit	_____		
Gesamtzahl Personal/Betten	_____	Seit weniger als einem Jahr eröffnetes Gewerbe?	_____
Herkunft des Risikos von anderer Versicherungsgesellschaft JA ☐ NEIN ☐			
Immobilienkredit vorhanden	JA ☐ NEIN ☐	Kenndaten des Immobilienkredits _____	

ANGABEN DES GESETZLICHEN VERTRETERS

Nach- und Vorname	_____		
Geboren in	_____	den,	
Steuernummer	_____		
Wohnhaft in (Straße, Platz usw.)	_____	Hausnummer	____
Stadt und Provinz	_____ (___)	PLZ	____
E-Mail-Adresse	_____	Mobiltelefon _____	

ANSCHRIFT FÜR POLICE (ausfüllen, wenn anders als Wohnort/Firmensitz)

Anschrift	_____	Hausnummer	_____
Stadt und Provinz	_____ (___)	PLZ	_____

FAKSIMILE

DATEN DER POLICE

Ausstellung					
Inkrafttreten ab 24 Uhr des			Ablauf um 24 Uhr des		
Vertragslaufzeit: Jahre und Tage					
Unterteilung		Stillschweigende Verlängerung	JA	Rahmenvertrag	
Geltende Versicherungsbedingungen:	**Dok. NET/0108/01 - Ausg. 06-2025**				
Zahlungsmethode:	**Lastschriftverfahren**				
IBAN des Versicherungsnehmers:					

DECKUNGEN SEKTOR VORSORGE

Im Falle des Erwerbs von Deckungen aus Abschnitt 5. Gesundheit:

Gewählte Formel: ☐ INDIVIDUELL ☐ FAMILIENGRUPPE

Wurde die FORMEL „FAMILIENGRUPPE" gewählt, gelten die nachstehend als „Versicherte Personen" Bezeichneten als Mitglieder derselben „FAMILIENGRUPPE" des Versicherten Nr. 1 gemäß dem für diesen angegebenen Versicherungsplan.

DECKUNGEN		DECKUNGSSUMME /PROFIL	NETTOJAHRESPRÄMIE	STEUER	BRUTTOBETRAG JAHRESPRÄMIE
Gesundheit	Versicherungsplan A	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan B	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan C	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan D	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			

FAKSIMILE

VERSICHERTE PERSONEN

VERSICHERTER ___

Nach- und Vorname					
Geboren in				Hausnummer	
Steuernummer					
Wohnhaft in (Straße, Platz usw.)				Hausnummer	
Stadt und Provinz			(___)	PLZ	
Beruf		Berufsart			
Gewicht		Körpergröße			

Deckungen Versicherter _____		DECKUNGSSUMME/PROFIL	NETTOJAHRESPRÄMIE	STEUER	BRUTTOBETRAG JAHRESPRÄMIE
Temporäre Todesfallversicherung					
Entschädigung für Schwere Erkrankungen					
Unfälle	Todesfall				
	Bleibende Invalidität				

	Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit				
	Erstattung von unfallbedingten Pflegekosten				
	Krankenhaustagegeld				
	Gefährliche Sportarten	JA ☐ NEIN ☐			
Krankheitsbedingte bleibende Invalidität					
Gesundheit	Versicherungsplan A	SIEHE VERSICHERUNGS-BEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan B	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan C	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan D	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Beistand für Personen	Personenbeistand	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Reisebeistand Travel	Beistand auf Reisen	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Reisebeistand Travel Gold	Beistand auf Reisen Gold	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Kontoschutz (*) Für das Girokonto mit dem IBAN-Code _____		SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			

FAKSIMILE

(*) Der Versicherte nimmt zur Kenntnis, dass der einzige Begünstigte der von diesem Vertrag vorgesehenen Leistung Kontoschutz der Versicherungsnehmer (Beitretende Firma) ist. Der Versicherte verzichtet hiermit auf jeglichen Anspruch in Verbindung mit dieser Leistung.

Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

Hinweis: Der Versicherte erklärt ferner zu wissen, dass gemäß Art. 11 der Verordnung Nr. 41/2018 des Kontrollorgans IVASS unwahre oder ungenaue Erklärungen bzw. das Verschweigen von Umständen zum Zwecke des Vertragsabschlusses den Leistungsanspruch beeinträchtigen können.

<LUOGO E DATA>
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

Der Versicherte _____

BEGÜNSTIGTE (GÜLTIG FÜR DIE DECKUNGEN TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG UND UNFALLTOD)

HINWEISE:

a) **Wird der Abschnitt für die Angabe der Personalien des Begünstigten nicht ausgefüllt, kann die Gesellschaft beim Tod des Versicherten auf größere Schwierigkeiten bei Identifikation und Ausfindigmachung des Begünstigten stoßen.**
b) **Änderung oder Widerruf des namentlich angegebenen Begünstigten sind dem Unternehmen mitzuteilen.**

NAMENTLICHE ANGABE DES BEGÜNSTIGTEN

Nach- und Vorname	_____

Geboren in	_____	den,	
Steuernummer	_____		
Wohnhaft in (Straße, Platz usw.)	_____	Hausnummer	____
Stadt und Provinz	_____ (___)	PLZ	____
E-Mail-Adresse	_____	Telefon	_____

NICHT NAMENTLICHE BEZEICHNUNG DES BEGÜNSTIGTEN

Der unterzeichnende Versicherungsnehmer dieser Police erklärt hiermit ausdrücklich, den Begünstigten in nicht namentlicher Form angeben zu wollen, wozu folgende Begünstigte genannt werden:

☐ GESETZLICHE UND/ODER TESTAMENTARISCHE ERBEN DES VERSICHERTEN
☐ _____

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter)_____

Der diese Police unterzeichnende Versicherungsnehmer:

☐ ERTEILT HIERMIT SEINE EINWILLIGUNG

☐ VERWEIGERT HIERMIT SEINE EINWILLIGUNG
zur Übermittlung von Mitteilungen an den Begünstigten (bei namentlicher Angabe) vor dem Tod des Versicherten.

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter)_____

DRITTE PERSON ALS ANLAUFSTELLE (NICHT DER BEGÜNSTIGTE SELBST)

Falls der Versicherungsnehmer spezielle Anforderungen hinsichtlich der Vertraulichkeit stellt, kann er eine dritte Person als Anlaufstelle benennen, an die sich der Versicherer beim Tod des Versicherten wenden kann:

Nach- und Vorname	_____		
Geboren in	_____	den,	
Steuernummer	_____		
Wohnhaft in (Straße, Platz usw.)	_____	Hausnummer	____
Stadt und Provinz	_____ (___)	PLZ	____
E-Mail-Adresse	_____	Telefon	_____

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter)_____

Der unterzeichnende Versicherte erklärt, gemäß Art. 1919 des it. Zivilgesetzbuchs seine Zustimmung zur Versicherung seines Lebens zu erteilen.

<LUOGO E DATA> Der Versicherte _____ (für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

Hinweise:

a) Unwahre oder ungenaue Erklärungen bzw. das Verschweigen von Umständen zum Zwecke des Vertragsabschlusses können den Leistungsanspruch beeinträchtigen. Davon ausgenommen ist das Recht auf Vergessenwerden von Krebserkrankungen.
b) Vor Unterzeichnung des Gesundheitsfragebogens prüft die Person die Richtigkeit der im Fragebogen getätigten Angaben.
c) Der Versicherte kann verlangen, einer ärztlichen Untersuchung unterzogen zu werden, um seinen effektiven Gesundheitszustand bestätigen zu lassen, wofür er die Kosten selbst zu tragen hat.

FACSIMILE

d) Der Versicherte ist nicht verpflichtet, sich ärztlichen Kontrolluntersuchungen und anderen gesundheitlichen Abklärungen zu unterziehen, um Informationen über vorausgegangene Krebserkrankungen zu erhalten, deren aktive Behandlung ohne Rezidive innerhalb der Fristen gemäß Gesetz Nr. 193 aus dem Jahr 2023 sowie gemäß dessen Umsetzungsdekreten beendet wurde.
Folgende Bedeutungen werden hiermit erläutert:

- **Ende der aktiven Behandlung der Erkrankung**: Zur Begründung des Anspruchs auf „Vergessenwerden von Krebserkrankungen" gilt als Ende der aktiven Behandlung dieser Erkrankung, wenn keine Rezidive aufgetreten sind, das Datum der letzten pharmakologischen Krebstherapie, Strahlentherapie oder chirurgischen Behandlung.
- **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.

DATEN DES VERSICHERTEN

Nach- und Vorname			
Geburtsdatum			
Anschrift Wohnort		Hausnummer	
Stadt und Provinz	( )	PLZ	
Steuernummer			
E-Mail-Adresse			
Mobiltelefon			
Gewicht (Kg)	Größe (cm)		

FAKSIMILE

ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERTEN

Die mit diesem Dokument eingeforderten Antworten und Informationen sind vom Versicherten bzw., falls dieser minderjährig ist, von seinem Erziehungsberechtigten auszufüllen. Für die Gültigkeit der Versicherungsdeckung ist dieses Dokument in allen Teilen auszufüllen und zu unterzeichnen, denn es gestattet die Risikobeurteilung durch die Gesellschaft.

Der Versicherte nimmt zur Kenntnis, dass folgende Zustände von der Versicherung ausgeschlossen sind:

a) Invalidität verursachende Zustände, Unfälle und allgemein Krankheiten, die bereits vor Abschluss der Versicherung bekannt waren, diagnostiziert oder behandelt worden sind, sowie deren Komplikationen samt direkten und indirekten Folgen **(dieser Ausschluss bezieht sich entsprechend den Hinweisen fürs Ausfüllen, Buchstabe d, nicht auf Krebserkrankungen);**

b) persistierende Symptome - wie zum Beispiel Brustschmerzen, Verstopfung, Blut im Stuhl, Husten, erhöhte Temperatur, Ergüsse, Knoten, Schwellungen, Kopfschmerzen, Durchfall, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Vergrößerung von Lymphdrüsen -, für welche der Versicherte noch keine Diagnose erhalten hat, für welche er jedoch plant, sich in den Tagen nach Unterzeichnung der Police ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen, bzw. für welche er die Ergebnisse von Untersuchungen erwartet.

Der Versicherte ist sich bewusst, dass - unabhängig von der etwaigen Beurteilung des Gesundheitszustands zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsbeitritts - Personen nicht versicherbar sind, die an

c) Alkoholsucht,
d) Drogensucht oder
e) einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden.

Sollte ferner im Versicherungsverlauf eine dieser Erkrankungen auftreten, verliert die Versicherungsdeckung zeitgleich mit deren Erscheinung ihre Wirkung, ausgenommen die Vorgaben laut Art. 25, Abs. 13 bezüglich HIV-Infektion sowie damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS.

<LUOGO E DATA> Der Versicherte _____

(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

FAKSIMILE

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN
(ABS. 1 – TTV – ABS. 3 UNFÄLLE Krankenhaustagegeld – ABS. 4 KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT – ABS. 5 GESUNDHEIT)

1.	Warten Sie auf eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation?	Ja ☐	Nein☐
2.	Haben Sie bereits eine Operation gehabt, eine Diagnose erhalten oder warten Sie gerade auf die Ergebnisse von Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen:		
	• Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome? **(unbeschadet der Befreiung von der Angabe gemäß den Hinweisen zum Ausfüllen, Buchstabe d)**	Ja ☐	Nein☐
	• Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris?	Ja ☐	Nein☐
	• Hirngefäßerkrankungen wie Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma?	Ja ☐	Nein☐
	• Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz?	Ja ☐	Nein☐
	• chronische Virus-Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa?	Ja ☐	Nein☐
	• Nephrose, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern?	Ja ☐	Nein☐
	• Diabetes (Typ 1 und 2)?	Ja ☐	Nein☐
	• Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematodes, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis?	Ja ☐	Nein☐
3.	Leiden Sie an Hypercholesterinämie (über 250 mg/dL trotz Behandlung), arterieller Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierter Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion?	Ja ☐	Nein☐
4.	Wurde Ihnen eine Invalidität von 25% oder mehr zuerkannt oder haben Sie diese beantragt?	Ja ☐	☐Nein
5.	Haben Sie sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen, wie z.B.: Magnetresonanz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben?	Ja ☐	Nein☐

<LUOGO E DATA> Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERTEN _____
ABS. 2 – ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN _____

Die mit diesem Dokument eingeforderten Antworten und Informationen sind vom Versicherten bzw., falls dieser minderjährig ist, von seinem Erziehungsberechtigten auszufüllen. Für die Gültigkeit der Versicherungsdeckung ist dieses Dokument in allen Teilen auszufüllen und zu unterzeichnen, denn es gestattet die Risikobeurteilung durch die Gesellschaft.

Der Versicherte ist sich bewusst, dass allgemein Krankheiten, die vor Abschluss der Versicherung bereits bekannt waren, diagnostiziert oder behandelt worden sind, sowie deren Komplikationen, direkten und indirekten Folgen, von der Versicherung ausgeschlossen sind.

Der Versicherte ist sich bewusst, dass - unabhängig von der etwaigen Beurteilung des Gesundheitszustands zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsbeitritts - Personen nicht versicherbar sind, die an

f) Alkoholsucht,
g) Drogensucht oder
h) einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden.

Sollte ferner im Versicherungsverlauf eine dieser Erkrankungen auftreten, verliert die Versicherungsdeckung zeitgleich mit deren Erscheinung ihre Wirkung.

<LUOGO E DATA> Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

FAKSIMILE

DATEN DES VERSICHERTEN_____

Nach- und Vorname	_____		
Geburtsdatum	_____		
Anschrift Wohnort	_____	Hausnummer	____
Stadt und Provinz	_____ (___)	PLZ	____
Steuernummer	_____		
Gewicht (Kg)	_____	Größe (cm)	_____
E-Mail-Adresse	_____		
Mobiltelefon	_____		

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN
ABS. 2 – ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN

1. Ist für Sie eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation geplant?	Ja ☐	Nein☐

2.	Haben Sie bereits eine Operation gehabt, eine Diagnose erhalten oder warten Sie gerade auf die Ergebnisse von Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen: • Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome? **(unbeschadet der Befreiung von der Angabe gemäß den Hinweisen zum Ausfüllen, Buchstabe d)** • Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris? • Hirngefäßerkrankungen wie: Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma? • Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz? • chronische Virus-Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa? • Nephrose, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern? • Diabetes (Typ 1 und 2)? • Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematodes, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis?	Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐ Ja ☐	☐Nein ☐Nein ☐Nein ☐Nein ☐Nein ☐Nein ☐Nein
3.	Leiden Sie an Hypercholesterinämie (über 250 mg/dL trotz Behandlung), arterieller Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierter Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion?	Ja ☐	☐Nein
4.	Wurde Ihnen eine Invalidität von **25%** oder mehr zuerkannt oder haben Sie diese beantragt?	Ja ☐	☐Nein
5.	Haben Sie sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen, wie z.B.: Magnetresonanz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben?	Ja ☐	☐Nein
6.	Wurde Ihnen jemals von einer anderen Versicherungsgesellschaft ein Antrag auf eine Vorsorgeversicherung für Schwere Erkrankungen (sog. Dread Disease oder Critical Illness), Invalidität, Behandlungskosten oder eine Lebensversicherung abgelehnt oder nur zu Sonderbedingungen akzeptiert?	Ja ☐	☐Nein
7.	Sind in Ihrer Blutsverwandtschaft ersten Grades (Vater, Mutter, Brüder, Schwestern) Fälle von Herzinfarkt, Koronarer Herzkrankheit, Kardiomyopathie, Schlaganfall, polyzistischer Nierenerkrankung oder bösartigen Tumoren vor dem Alter von 60 Jahren aufgetreten?	Ja ☐	Nein☐

FAKSIMILE

<LUOGO E DATA>

Der Versicherte _____

(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

DECKUNGEN SEKTOR VERMÖGEN/CYBER

DECKUNGEN (für alle versicherten Immobilien gültig)	DECKUNGSSUMME	NETTOBETRAG JAHRESPRÄMIE	STEUER	BRUTTOBETRAG JAHRESPRÄMIE
Betriebshaftpflicht				
Arbeitgeberhaftpflicht				
Rechtsschutz	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Schutz von POS-Einnahmen	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Cyber				
GESAMTBETRAG				

STANDORT IMMOBILIE _____

Anschrift (Straße, Platz usw.)						Hausnummer	
Stadt und Provinz				( )		PLZ	
Treppe	_____	Stockwerk	_____	Wohnung	_____	m²	_____
Blatt	_____	Parzelle	_____	Baueinheit	_____	Belastung	JA ☐ NEIN ☐
Branche	_____			Tätigkeit		_____	

DATEN DER ANLAGE ___

Typ	_____	Spitzenleistung in kWp	____
Anlagenwert	_____		
Art der Installation	_____		

DECKUNGEN IMMOBILIENSTANDORT _____		DECKUNGSSUMME	NETTOBETRAG JAHRESPRÄMIE	STEUER	BRUTTOBETRAG JAHRESPRÄMIE
Brandschäden an Gebäude und/oder Bestand	Gebäude				
	Hausrat/Bestand				
	MIETERHAFTPFLICHT				
Diebstahl und Raub					
Elektronik und Maschinenpannen All Risk					
Erneuerbare Energien All Risk					
Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht					
GESAMTBETRAG					

PRÄMIE

RATENBETRAG BEI UNTERZEICHNUNG

FAKSIMILE

NETTOBETRAG PRÄMIE	STEUER	BRUTTOPRÄMIE

BETRAG FOLGENDE RATEN

NETTOBETRAG PRÄMIE	STEUER	BRUTTOPRÄMIE

GESAMTJAHRESPRÄMIE

GESAMTBETRAG NETTOPRÄMIE	RABATT	NETTOBETRAG PRÄMIE ERMÄSSIGT	STEUER	GESAMTBETRAG BRUTTOPRÄMIE

Die Prämie wird abzüglich des laut Rahmenvertrag vorgesehenen Rabatts _____ für die ausgewiesenen Deckungen berechnet.

ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Der unterzeichnende Versicherungsnehmer erklärt hiermit durch seinen oben genannten Gesetzlichen Vertreter:

- **die von Net Insurance S.p.A. und Net Insurance Life S.p.A. bereitgestellten Informationsunterlagen NET/0108/01 Ausg. 06-2025, die das Dokument zur vorvertraglichen Information, das Zusätzliche Dokument zur vorvertraglichen Information, das Glossar, die Versicherungsbedingungen und ein Faksimile der Police enthalten, erhalten und eingesehen zu haben und diese Dokumente als festen Bestandteil des Versicherungsvertrag zu akzeptieren.**

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter)_____

- erklärt hiermit gemäß Art. 56 der Verordnung Nr. 40/2018 der Aufsichtsbehörde IVASS, das Einheitliche Dokument zur vorvertraglichen Information erhalten zu haben;
- und bestätigt, dass alle für die Beurteilung des Risikos seitens Net Insurance S.p.A. und Net Insurance Life S.p.A. erforderlichen Angaben wahrheitsgemäß, genau und vollständig erteilt worden sind.

Nicht der Wahrheit entsprechende, ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Fakten durch die Person, die zur Erteilung der für den Vertragsabschluss erforderlichen Informationen legitimiert ist, können den Versicherungsanspruch beeinträchtigen.

Der Versicherungsnehmer erklärt ferner gemäß Art. 120-quater der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den privaten Sektor, 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**):

❑ 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.

Es steht dem Versicherungsnehmer frei, diese Erklärung jederzeit zu ändern.

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter)

_____

Auftrag für SEPA-Lastschrift (SDD)
Mit der Unterzeichnung dieses Auftrags erlaubt der Versicherungsnehmer:
- der Versicherungsgesellschaft, die Belastung des Girokontos des Unterzeichners bei dessen Bank anzufordern;

FAKSIMILE

- der Bank des Unterzeichners die Lastschrift entsprechend den Anweisungen der Versicherungsgesellschaft vorzunehmen.

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter)

_____

Gemäß Art. 1341 und 1342 des italienischen Zivilgesetzbuchs erklärt der Unterzeichner hiermit, die Bestimmungen folgender Artikel der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Dok. NET/0108/01 Ausg. 06-2025) ausdrücklich anzuerkennen:
Art. 1 Erklärungen zu den Risikoumständen – Art. 2 Wirkung, Laufzeit und Kündigung des Vertrags - Versicherungsprämie - Art. 8 Erhöhung des Risikos - Art. 10 Rücktritt im Schadensfall – Art. 11 Reduktion der Deckungssummen – Art. 12 - Änderung der Wohnung – Art. 17 Andere Versicherungen – Art. 18 Obergrenze der Entschädigung – Art. 23-39-54-67-75 Altersgrenzen – Art. 30-41-56-71-77 Voraussetzungen – Art. 25-47-59-69-91-94-97-102 – 115 – 117 – 128 – 145 – 157 – 169 – 182 Ausschlüsse - Art. 26-49-70-82 Wartezeiten – Art. 40-55-76 Personen, die nicht versicherbar sind - Art. 3-29-39-56-71 Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten – Art. 48-81 Bestehende Erkrankungen - Art. 38 - 50-60—72 – 83 – 92 – 95 – 99 – 104 – 107 – 118 -130 – 149 – 162 – 170 – 183 Was tun im Schadensfall? – Art. 57 Änderungen des Risikos - Andere als die erklärte Berufstätigkeit - Art. 103 Personen, die nicht als Dritte gelten - Art. 179 Gültigkeitsbedingungen der Deckungen.

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter)

_____

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN - VERSICHERUNGSNEHMER

Die Gesellschaft _____, mit Sitz in _____ Steuernummer/USt.-IdNr. _____ E-Mail _____

a) erklärt hiermit, die in diesen Informationsunterlagen enthaltene Datenschutzinformation an alle Betroffenen übergeben zu haben, deren personenbezogene Daten an den Verantwortlichen weitergeleitet worden sind (dies sind beispielsweise Beschäftigte des Versicherungsnehmers oder Begünstigte im Falle von Kollektivversicherungen).
☐ **Bestätigung**

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 von Net Insurance und anderen Konzerngesellschaften mithilfe der in der Information

FAKSIMILE

erläuterten, automatisierten und nicht-automatisierten Methoden.

☐ **Einwilligung** ☐ **Ablehnung**

Ort und Datum _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers in der Person des amtierenden gesetzlichen Vertreters _____ Name [in Druckschrift] _____ Titel: _____

<LUOGO E DATA>
Der Versicherungsnehmer (Gesetzlicher Vertreter)
_____

Unterschrift zuständiger Mitarbeiter der Bank
_____

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN - VERSICHERTER

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

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

☐ **Einwilligung**

j) 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 und anderer Konzerngesellschaften 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 und anderer Konzerngesellschaften 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 von Net Insurance und anderen Konzerngesellschaften mithilfe der in der Information erläuterten, automatisierten und nicht-automatisierten Methoden.

☐ **Einwilligung** ☐ **Ablehnung**

Datum _____ Der Betroffene _____

FAKSIMILE