VERSICHERUNGSVERTRAG

PROTECTION

Multirisk-Vertrag mit einjähriger Dauer zum Schutz der Familie

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
- DIE ZUSÄTZLICHE PRODUKTINFO MULTIRISK

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/0107/01 - Ausg. 06-

NET INSURANCE

NET LIFE INSURANCE

Lebensversicherung

Versicherungsprodukt zum Schutz der Familie

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

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

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

Die Temporäre Todesfallversicherung stellt gemeinsam mit den Deckungen aus dem Abschnitt Schäden die dem einzelnen Versicherten und seiner Familie gewidmete Kombipolice Protection dar.

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 € 200.000,00 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 der Familie

Vorvertragliche Produktinformation für Schadensversicherungen

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

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

Art der Versicherung

Die mehrere Deckungen umfassende Schadensversicherung stellt gemeinsam mit der temporären Todesfallversicherung, die Kombipolice Protection dar, die dem einzelnen Versicherten, seiner Familie und auch dem Schutz der Wohnung gewidmet 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?

✓ **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.

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.

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.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Es sind keine Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen.

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.

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 der Familie

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

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

PROTECTION

Ausg. 06/2025

Die vorliegende zusätzliche Produktinfo Multirisk ist die neueste verfügbare Ausgabe.

Zweck

Das vorliegende Dokument ergänzt und vervollständigt die Angaben des Dokuments zur vorvertraglichen Information für 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. 21/124 verwiesen.
Entschädigung für Schwere Erkrankungen: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 39, S. 26/124 verwiesen.
Beistand für Personen: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 100, S. 78/124 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. Der Versicherungsschutz gilt nicht für Aktivitäten, 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.

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	€ 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

			gehören, unabhängig vom Datum der Diagnose, oder - dem Versicherten eine der gemäß Versicherung abgedeckten Schweren Erkrankungen diagnostiziert wird.	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.

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

Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen

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

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

	jedes Alter		

Vorgehensweise zur Ausübung des Rechts	Der Versicherte sendet bei der Versicherungsgesellschaft fristgerecht das Attest ein, das gebührenfrei und binnen 30 Tagen ab Beantragung von einer öffentlichen oder akkreditierten privaten medizinischen Einrichtung oder von einem Arzt des nationalen Gesundheitssystems mit einer Fachrichtung, die in Verbindung zu der Krebserkrankung steht, die aus den Unterlagen gelöscht werden soll, oder vom Hausarzt oder dem frei gewählten Kinderarzt ausgestellt wurde.
Wirkung des Löschens von Daten zu Krebserkrankungen	Ist der für das Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen vorgesehene Zeitraum verstrichen, können ggf. bereits erfasste Daten nicht für eine Änderung der Vertragsbedingungen, für die Beurteilung des Versicherungsrisikos oder der Zahlungsfähigkeit des Versicherten verwendet werden. Die Unternehmen sind verpflichtet, Daten mit Bezug auf frühere onkologische Erkrankungen binnen 30 Tagen ab Erhalt des Attests endgültig zu löschen. Vertragsklauseln, bei deren Vereinbarung gegen das Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen verstoßen wurde, sind nichtig.

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkte 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.

WIE WERDEN BESCHWERDEN EINGEREICHT UND STREITIGKEITEN BEREINIGT?

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

Beilegung von Rechtsstreitigkeiten	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.

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 der Familie
Vorvertragliche Produktinformation für Schadensversicherungen

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

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

Art der Versicherung

Die mehrere Deckungen umfassende Schadensversicherung stellt gemeinsam mit der temporären Todesfallversicherung, die Kombipolice Protection dar, die dem einzelnen Versicherten, seiner Familie und auch dem Schutz der Wohnung gewidmet ist.

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.

✓ **Arbeitsplatzverlust**

Bei Entlassung des Versicherten aus „objektiv berechtigten Gründen“ leistet die Versicherungsgesellschaft die in der Police angegebene Entschädigung für jeden belegten Monat der Arbeitslosigkeit.
Maximale Entschädigung 9 Monatszahlungen pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Für jeden gedeckten Monat entspricht die Entschädigung dem in der Police angegebenen Betrag mit der Grenze von € 1.000,00.

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.

× Für die Deckung Arbeitsplatzverlust steht, falls der Versicherte nach der Entlassung einen neuen Beschäftigungsvertrag abschließt oder eine andere Art gewerblicher Tätigkeit mit einer Dauer von mindestens 10 Arbeitstagen aufnimmt, die Entschädigung nicht mehr zu. In diesem Fall wird die Versicherungsdeckung bei erneuter Entlassung des Versicherten reaktiviert, vorausgesetzt dass dieser mindestens 90 Tage ohne Unterbrechung bei dem neuen Arbeitgeber gearbeitet hat.

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. Die Deckung Arbeitsplatzverlust gilt in Italien.

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 der Familie

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

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

PROTECTION

Ausg. 06/2025

Die vorliegende zusätzliche Produktinfo Multirisk ist die neueste verfügbare Ausgabe.

Zweck

Das vorliegende Dokument ergänzt und vervollständigt die Angaben des Dokuments zur vorvertraglichen Information für Lebensversicherungsprodukte, die keine Investmentversicherungen sind, (Produktinfo Leben) und 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. 34/124 verwiesen.
Unfallbedingte Bleibende Invalidität: falls gewählt, wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 35/124 verwiesen.
Unfallbedingte Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit: falls gewählt, wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 36/124 verwiesen.
Erstattung von Unfallbedingten Behandlungskosten: falls gewählt, wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 36/124 verwiesen.
Krankenhaustagegeld: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 37/124 verwiesen.
Gefährliche Sportarten: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 58, S. 38/124 verwiesen.
Abschnitt zum ARBEITSPLATZVERLUST: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 92, S. 71/124 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. **Weiterhin gelten die folgenden spezifischen Ausschlüsse bei der Deckung Arbeitsplatzverlust:** Entlassungen mit spezifischen Gründen: aus subjektiv berechtigtem Grund, disziplinarischen und beruflichen Gründen; eigene Kündigung; Entlassung bei Ehe- und Verwandtschaftsverhältnissen mit dem Arbeitgeber; Ablauf von befristetem Arbeitsvertrag und vergleichbaren Verträgen: der Arbeitsplatzverlust ist auch dann ausgeschlossen, wenn es sich um ein programmiertes Ereignis handelt, das auf die Beschaffenheit des Zeit-/Saison-/Aushilfsvertrags oder den Ablauf einer Frist (z.B. Ausbildung, Einarbeitung, Lehre, Projektvertrag) zurückzuführen ist; Arbeitsverträge, die nicht vom italienischen Recht geregelt sind; Entlassung aufgrund des Erreichens des Renteneintrittsalters; ggf. auch

	einvernehmliche Auflösungen des Arbeitsverhältnisses infolge einer Unternehmensumstrukturierung mit Abfindungszahlungen oder Rentenbrücke; Freistellung mit Anspruch auf Arbeitslosengeld des Beschäftigten, wenn dieser im Verlauf der Freistellung das Eintrittsalter für die auf Dienstjahre und/oder Lebensalter gestützte Rente erreicht; Arbeitslosigkeitssituationen, bei denen Anspruch auf Leistungen durch die Lohnausgleichskasse (reguläre, Bauwesen oder Außerordentliche Lohnausgleichkasse) besteht; Entlassung wegen Überschreitung der maximal zulässigen Krankentage; Entlassung aufgrund einer Gefängnisstrafe des Arbeitnehmers; Versicherter, der zum Datum des Inkrafttretens der Versicherung bereits von der anstehenden Arbeitslosigkeit oder von Umständen, die diese objektiv voraussehbar machen, weiß; mangelnde Meldung beim italienischen Arbeitslosenverzeichnis mit Ausnahme der Fälle, in denen eine reguläre Eintragung in die „Freistellungslisten" besteht; Ausübung der eigenen Arbeitstätigkeit im Ausland zum Zeitpunkt des Unfalls, es sei denn, dies geschieht im Rahmen eines dem italienischen Recht unterstellten Arbeitsvertrags.

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 Arbeitsplatzverlust** gelten ein **Selbstbehalt von 60 Tagen** und eine **Entschädigung** von max. 9 Monatsbeträgen pro Versicherungsjahr über die in der Police angegebene Höhe, mit der Obergrenze von € 1.000.

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

Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen

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

Onkologische Erkrankung	Merkmale	Jahre seit Beendigung der aktiven Behandlung
Kolon-Rektum	Stadium I, jedes Alter	1

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

Vorgehensweise zur Ausübung des Rechts	Der Versicherte sendet bei der Versicherungsgesellschaft fristgerecht das Attest ein, das gebührenfrei und binnen 30 Tagen ab Beantragung von einer öffentlichen oder akkreditierten privaten medizinischen Einrichtung oder von einem Arzt des nationalen Gesundheitssystems mit einer Fachrichtung, die in Verbindung zu der Krebserkrankung steht, die aus den Unterlagen gelöscht werden soll, oder vom Hausarzt oder dem frei gewählten Kinderarzt ausgestellt wurde.
Wirkung des Löschens von Daten zu Krebserkrankungen	Ist der für das Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen vorgesehene Zeitraum verstrichen, können ggf. bereits erfasste Daten nicht für eine Änderung der Vertragsbedingungen, für die Beurteilung des Versicherungsrisikos oder der Zahlungsfähigkeit des Versicherten verwendet werden. Die Unternehmen sind verpflichtet, Daten mit Bezug auf frühere onkologische Erkrankungen binnen 30 Tagen ab Erhalt des Attests endgültig zu löschen. Vertragsklauseln, bei deren Vereinbarung gegen das Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen verstoßen wurde, sind nichtig.

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses 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.

WIE WERDEN BESCHWERDEN EINGEREICHT UND STREITIGKEITEN BEREINIGT?

Beim Versicherungsunternehmen	Etwaige Beschwerden in Bezug auf den Vertrag oder die Versicherungsdienstleistung gegenüber der Versicherungsgesellschaft oder dem zuständigen Versicherungsvermittler sind schriftlich (per E-Mail oder zertifizierter E-Mail (PEC), Post, Fax) bei der Abteilung Beschwerden (Ufficio Reclami) einzureichen: • **PEC (zertifizierte E-Mail-Adresse): ufficio.reclami@pec.netinsurance.it** • **Postadresse: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM** • **Fax +39 06 89326.570** Die Beschwerde muss die folgenden Angaben enthalten: • Vor- und Nachname, vollständige Adresse und Telefonnummer des Verfassers; Police-Nummer und Name des Versicherungsnehmers. • Nummer und Datum des gegenständlichen Schadensfalls; Bezeichnung der Person oder der Personen, deren Tätigkeit beanstandet wird; kurze und umfassende Beschreibung des Beschwerdegrundes; • alle anderen Angaben und nützlichen Unterlagen zur Beschreibung der Umstände. Die Versicherungsgesellschaft hat diese Beschwerde laut geltender Gesetzgebung innerhalb von 45 Tagen ab Eingang zu beantworten. Die erwähnte Antwortfrist kann bei Beschwerden, die das Verhalten eines Versicherungsagenten oder eines Mitarbeiters/Arbeitnehmers betreffen, um weitere 15 Tagen verlängert werden, um deren Anhörung zu gewährleisten und es diesen laut geltender Gesetzgebung zu ermöglichen, die nötigen Ergänzungen zur Untersuchung beizutragen sowie ihren Standpunkt in Bezug auf den Beschwerdegegenstand vorzubringen. Wird der Beschwerde nicht oder nur teilweise stattgegeben, enthält die Antwort eine eindeutige Stellungnahme der Gesellschaft und des betroffenen Versicherungsagenten in Bezug auf die Beschwerde bzw. dazu, dass ihr nicht stattgegeben wurde. Für detaillierte Informationen verweisen wir auf die Informationen in der Rubrik Reklamationen der Website www.netinsurance.it.
Bei der Aufsichtsbehörde IVASS	Bei nicht zufriedenstellendem Ergebnis oder verspäteter Beantwortung der Beschwerde können Sie sich an die Aufsichtsbehörde IVASS wenden, Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info unter: www.ivass.it.

VOR BESCHREITUNG DES RECHTSWEGS können alternative Verfahren zur Streitbeilegung in Anspruch genommen werden, unter anderem:	
Schlichtung	Durch Einschaltung einer der Schlichtungsstelle, die im Verzeichnis des Justizministeriums aufgeführt sind, das auf der Website www.giustizia.it konsultiert werden kann. (Gesetz Nr. 98 vom 9.8.2013)
Verhandlung mit Rechtsbeistand	Auf Antrag des eigenen Rechtsbeistands bei der Versicherungsgesellschaft.
Weitere alternative Möglichkeiten zur Beilegung von Rechtsstreitigkeiten	Für die Beilegung grenzüberschreitender Streitigkeiten kann die Beschwerde direkt bei den im Ausland zuständigen Stellen eingereicht werden, d.h. dort wo das Unternehmen, das den Vertrag abgeschlossen hat (auffindbar unter http://www.ec.europa.eu/odr) seinen Sitz hat, indem das Verfahren FIN - NET aktiviert wird, oder direkt bei der Aufsichtsbehörde IVASS, die dann für die Weiterleitung an das genannte System und die Benachrichtigung des Beschwerdeführers sorgen wird.
BESTEUERUNG	
Auf den Vertrag anwendbare Steuer	• Der für die Deckung der Lebensversicherungssparte bestimmte Teil der Prämie ist steuerfrei, während der Teil der Prämie für die Deckungen der Schadenssparte einer Steuer von 2,5% unterliegt. • 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.

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 der Familie
Vorvertragliche Produktinformation für Schadensversicherungen

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

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

Art der Versicherung

Die mehrere Deckungen umfassende Schadensversicherung stellt gemeinsam mit der temporären Todesfallversicherung, die Kombipolice Protection dar, die dem einzelnen Versicherten, seiner Familie und auch dem Schutz der Wohnung gewidmet ist.

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.

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 75. vollendeten 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 Deckungen **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

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 Garantie für dauerhafte Invalidität aufgrund von Krankheit gilt weltweit.
- ✓ Die Garantien der Krankenversicherung gelten weltweit, sofern für die einzelnen Leistungen nichts anderes angegeben ist.
- ✓ Die Transportleistungen der persönlichen Assistance gelten nur in Italien. Telefonische medizinische Beratungen können vom Standort des Versicherten aus in Anspruch genommen werden.

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 der Familie

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

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

PROTECTION

Ausg. 06/2025

Die vorliegende zusätzliche Produktinfo Multirisk ist die neueste verfügbare Ausgabe.

Zweck

Das vorliegende Dokument ergänzt und vervollständigt die Angaben des Dokuments zur vorvertraglichen Information für Lebensversicherungsprodukte, die keine Investmentversicherungen sind, (Produktinfo Leben) und 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:
DECKUNG KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT: Falls gewählt, wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 68, S. 36/124 verwiesen.
Für den Abschnitt GESUNDHEIT:
Tagegeld: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/A.1, S. 41/124 verwiesen.
Surgical Cash: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/A.2, S. 41/124 verwiesen.
Gerätediagnostik: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/B3, S. 44/124 verwiesen.
Fachärztliche Untersuchungen: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/C3, S. 48/124 verwiesen.
Erstattung von Behandlungskosten: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/C1, S. 44/124 verwiesen.
Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/C4, S. 49/124 verwiesen.
Prävention - Check-up: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/C5, S. 49/124 verwiesen.
Dental: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 79/D1, S. 49/124 verwiesen.
Die Leistungen, die nach Aktivierung der Direktzahlung bei den Vertragseinrichtungen in Anspruch genommen werden, sind kostenlos für den Versicherten, denn die Ausgaben werden vollständig vom Versicherer getragen.

Falls sich der Versicherte für nicht vertraglich gebundene Einrichtungen entscheidet (nachträgliche Erstattung), darf der vom Versicherer zuerkannte Höchstbetrag nicht über dem für jede einzelne Leistung genannten Betrag liegen.
Bei Inanspruchnahme des nationalen Gesundheitsdiensts SSN ist die 100%ige Erstattung der Zuzahlungen innerhalb der in der Versicherung genannten Grenzen vorgesehen.
Die Grenzen gelten pro Leistung.
Abschnitt BEISTAND FÜR PERSONEN: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 90, S. 60/124 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. Der Versicherungsschutz gilt nicht für Aktivitäten, 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.

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.

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

Recht auf das Löschen von Daten zu Krebserkrankungen

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

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

Vorgehensweise zur Ausübung des Rechts

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

Wirkung des Löschens von Daten zu Krebserkrankungen

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

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkte 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.

WIE WERDEN BESCHWERDEN EINGEREICHT UND STREITIGKEITEN BEREINIGT?

Beim Versicherungsunternehmen

Etwaige Beschwerden in Bezug auf den Vertrag oder die Versicherungsdienstleistung gegenüber der Versicherungsgesellschaft oder dem zuständigen Versicherungsvermittler sind schriftlich (per E-Mail oder zertifizierter E-Mail (PEC), Post, Fax) bei der Abteilung Beschwerden (Ufficio Reclami) einzureichen:

- **PEC (zertifizierte E-Mail-Adresse): ufficio.reclami@pec.netinsurance.it**
- **Postadresse: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM**
- **Fax +39 06 89326.570**

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

BESTEUERUNG

Auf den Vertrag anwendbare Steuer	• Der für die Deckung der Lebensversicherungssparte bestimmte Teil der Prämie ist steuerfrei, während der Teil der Prämie für die Deckungen der Schadenssparte einer Steuer von 2,5% unterliegt. • 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.

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 der Familie
Vorvertragliche Produktinformation für Schadensversicherungen

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

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

Art der Versicherung

Die mehrere Deckungen umfassende Schadensversicherung stellt gemeinsam mit der temporären Todesfallversicherung, die Kombipolice Protection dar, die dem einzelnen Versicherten, seiner Familie und auch dem Schutz der Wohnung gewidmet ist.

Die in diesem Dokument aufgeführten Leistungen wenden sich an Personen, die sich für den Erwerb der Deckungen des Bereichs 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**

Schäden bei Dritten im Rahmen des Privatlebens und Schäden, die aufgrund des Gebäudeeigentums eintreten. Der versicherte Höchstbetrag kann vom Kunden bis zu einem Maximum von Euro 2.000.000 gewählt werden.

✓ **Rechtsschutz und Cyber Risk**

Unterstützung durch einen Rechtsbeistand vor Gericht oder bei außergerichtlichen Streitfällen, die im Privatleben/in der Freizeit auftreten oder die durch die Nutzung des Internets (Online-Reputation, Online-Käufe, Identitätsraub) entstehen.

Der versicherte Höchstbetrag entspricht Euro 80.000.

✓ **Brand**

Deckungssumme bei Schäden an der Wohnung und/oder deren Hausrat infolge von: Brand, Blitzschlag, Ereignissen mit Beeinträchtigung der elektrischen Anlagen, Unwettern, Wasserschäden, gesellschaftspolitischen Ereignissen und Vandalismus.

Die Versicherungssumme wird vom Kunden ausgewählt und wird in der Police angegeben bis zu einem Maximum von Euro 2.000.000 für das Gebäude/die Mieterhaftpflicht und von Euro 250.000 für den Hausrat.

✓ **Erdbeben**

Deckungssumme bei durch das Erdbeben an den versicherten Sachen verursachten, direkten Sachschäden - einschließlich derjenigen durch Brand, Explosion und Bersten - vorausgesetzt, dass das Gebäude in einem Gebiet liegt, das von den zuständigen Behörden als vom Erdbeben betroffen eingestuft wurde. Der versicherte Höchstbetrag entspricht Euro 1.500.000.

✓ **Hochwasser**

Was ist nicht versichert?

Die Versicherung gilt nicht für Deckungen, die nicht erworben worden sind; für Gebäude, die nicht den vertraglich vorgesehenen baulichen Eigenschaften entsprechen. Ausgeschlossen sind Schäden, die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder Versicherten (und/oder den gesetzlichen Vertretern) verursacht worden sind.

× **Abschnitt Brand und Zusätzliche Risiken:** durch Erdbeben, Tsunamis, Vulkanausbrüche, Sturmfluten, Überschwemmungen, Überflutungen und Hochwasser verursachte Schäden; durch Einbrechen, Erdrutsch oder Abgleiten des Erdbodens.

× **Abschnitt Naturkatastrophen**: durch Vulkanausbrüche, Seebeben, Tsunamis, Monsterwellen, Gezeiten, Erdrutsche, Einbrechen oder Abgleiten des Bodens sowie Lawinen verursachte Schäden.

× **Abschnitt Diebstahl und Zusätzliche Risiken:** Schäden, die mit Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit vom Versicherungsnehmer oder Versicherten verursacht oder begünstigt worden sind; die durch den Mangel an Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen ermöglicht worden sind.

× **Abschnitt Beistand:** an anderen Immobilien als der Hauptwohnung.

× **Abschnitt Haftpflicht gegenüber Dritten:** ausgeschlossen sind Schäden durch den Verkehr von Kraftfahrzeugen auf öffentlichen Straßen oder diesen gleichgestellten Flächen;

- durch Eigentum/Verwendung von Booten oder Wasserfahrzeugen, die keine Segelboote bzw. Boote ohne Motor mit Länge bis 6,50 m sind;
- durch Diebstahl; die auf den Einsatz von Luftfahrzeugen zurückzuführen sind;
- durch das Eigentum von anderen als den versicherten Wohnungen und sonstigen Immobilien;
- aufgrund des Eigentums oder der Nutzung von Tieren, die keine Haustiere sind; die Dritten zugefügt werden, wenn Nutzung und Eigentum

Deckungssumme bei direkten Sachschäden - einschließlich derjenigen durch Brand, Explosion und Bersten, die an den versicherten Sachen verursacht werden durch:

- Hochwasser oder Überflutungen bzw. das Austreten von Wasser und mitgetragenem Material über die normalen Ufer von Flussläufen und/oder von sowohl natürlichen als auch künstlichen stehenden Gewässern, auch wenn dies durch Erdbeben verursacht wird, vorausgesetzt, dass sich die Auswirkungen an einer Reihe von - versicherten oder nicht versicherten - Gegenständen in der näheren Umgebung feststellen lassen.
- Überschwemmung bzw. plötzliches Aufstauen von Wasser aufgrund großer Niederschlagsmengen innerhalber kurzer Zeitspannen (Sturzflut), bei denen das Erdreich nicht in der Lage ist, das Regenwasser abzuleiten bzw. aufzunehmen, wovon das Innere des Gebäudes betroffen wird. Der versicherte Höchstbetrag entspricht Euro 1.500.000.

✓ **Diebstahl des Hausrats**

Die Deckung umfasst den Diebstahl von Hausrat und den Raub in der versicherten Wohnung, jedoch auch: von Dieben verursachte Defekte; Ausgaben für Verbesserungen; Vandalismus; Taschendiebstahl und Raub von persönlichem Habe; Schmuck und Wertsachen in Ferienwohnungen.

Die Deckungssumme wird in der Police angegeben und liegt zwischen einem Minimum von Euro 5.000 und einem Maximum von Euro 50.000.

✓ **Beistand für die Wohnung**

Net Insurance S.p.A. bietet dem Versicherten über Europ Assistance Italia S.p.A. (Gesellschaft, der die Erbringung der Leistungen anvertraut wurde) einen Beistandsservice mit ganzjähriger Bereitschaft rund um die Uhr, der in der Lage ist, zahlreiche Schwierigkeiten und Notlagen zu lösen.

✓ **Erneuerbare Energien All Risks**

Die Versicherungsgesellschaft entschädigt innerhalb der Grenzen der Deckungssumme direkte Sachschäden (einschließlich Diebstahl, Raub, Defekte und elektrische Störfälle) und indirekte Schäden, die an einer Photovoltaik- und/oder Solarwärmeanlage entstehen.

Der versicherte Höchstbetrag entspricht einem Maximum von Euro 50.000.

des Haustiers unter Verletzung gesetzlicher Bestimmungen erfolgen;

- die im Verlauf von Sportwettbewerben und beim diesbezüglichen Training auftreten, wenn diese nicht auf Amateurebene stattfinden oder den Einsatz von Kraftfahrzeugen beinhalten; die beim Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen und Flugsportarten allgemein aufgetreten sind;
- die durch Vorhandensein oder Verwahrung von Asbest, Asbestprodukten oder asbesthaltigen Materialien oder dessen Derivaten verursacht worden sind;
- die auf elektromagnetische Felder, Verwahrung oder Gebrauch von Sprengstoffen zurückzuführen sind;
- infolge von: Tätigkeit als freiwilliger medizinischer Helfer; Nichterfüllung von vertraglichen oder steuerlichen Auflagen; Eigentum und Leitung eines professionellen Büros/einer Kanzlei;
- infolge von: Verschmutzung von Luft, Wasser oder Boden; Umleitung, Veränderung, Unterbrechung, Versiegen von Quellen, Wasserläufen, Grundwasser, Erzvorkommen und allgemein nutzbaren Bodenschätzen; Umwandlung oder Energieausgleich des Atoms, Erzeugung, Verwahrung und Nutzung von radioaktiven Substanzen;
- an Sachen von Haushaltshilfen; gegenüber nicht regulär angestellten Haushaltshilfen; oder von diesen verursacht;
- die einzig auf Feuchtigkeit, Tropfleckage und allgemein ungesundes Raumklima zurückzuführen sind; durch Überquellen oder Überlaufen der öffentlichen Kanalisation.
- die auf absichtliche Verletzung von Gesetzen und Verordnungen bezüglich Eigentum, Verwahrung und Gebrauch von Verteidigungs- und Sportwaffen sowie ähnlichen Geräten zurückzuführen sind; eigenhändige Ausführung von außerordentlichen Wartungsarbeiten
- die mit Einschränkung auf das Eigentum durch andere Arten des Auslaufens von Wasser zurückzuführen sind als das Brechen von Rohren, Leitungen bzw. Wasser- und Sanitäranlagen;

Abschnitt Rechtsschutz und Cyber Risk:

- Anwaltshonorare, die anhand einer Vereinbarung über die Beteiligung am Prozessgewinn bestimmt oder für Strafanträge geschuldet werden, wenn in deren Folge kein Strafverfahren gegen die andere Partei eingeleitet wird, oder für den zustellungs- und vertretungsbevollmächtigten Anwalt, falls dieser nicht von ARAG genannt wurde;
- Kosten: für Reisekostenvergütung; für Zwangsvollstreckung nach dem zweiten Vollstreckungsversuch pro Schadensfall; für Schlichtung, wenn diese nicht obligatorisch ist; Kostenerstattung, die zu Gunsten der in Strafverfahren gegen den Versicherten angetretenen Nebenkläger verfügt werden; die

nicht mit ARAG abgesprochen wurden; deren Erstattung vom Prozessgegner erwirkt wurde; wegen Verdoppelung von Honoraren im Falle der Beauftragung eines zustellungs-/vertretungsbevollmächtigten Anwalts, Steuern, Abgaben und andere Lasten, die nicht zu den Gerichtskosten gehören; Geldstrafen, Bußgelder und Strafzahlungen allgemein; Rechtsstreitigkeiten in Verbindung mit dem Straßenverkehr; Teilnahme an Sammelklagen.

Gibt es Deckungsgrenzen?

Die Versicherung sieht Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen und Entschädigungsgrenzen vor.

! **Abschnitt Brand und Zusätzliche Risiken:** Die Deckungserweiterung Klage Dritter wird bis 25% der Deckungssumme Gebäudebrand mit einem Höchstbetrag von Euro 300.000 gewährt.

! **Abschnitt Naturkatastrophen**: Die Deckungen Erdbeben und Hochwasser werden bis zur Erreichung von 80% des für Gebäudeschäden versicherten Betrags und bis zur Erreichung von 90% des für Schäden am Hausrat versicherten Betrags gewährt.

! **Abschnitt Haftpflicht gegenüber Dritten:** Die Deckungen PRIVATHAFTPFLICHT und HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT „NEBENWOHNUNG“ unterliegen einem Selbstbehalt von Euro 150 pro Sachschadensfall.

Wo gilt der Versicherungsschutz?

✓ Die Versicherung gilt für Wohnungen in Italien.
✓ Die Privathaftpflicht gilt für Ereignisse in aller Welt.
✓ Die Deckungen Rechtsschutz für Sachverhalte des Privatlebens und Cyber Risk gelten für Ereignisse in aller Welt jedoch mit Gerichtsstand in Europa.

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 der Familie

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

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

PROTECTION

Ausg. 06/2025

Die vorliegende zusätzliche Produktinfo Multirisk ist die neueste verfügbare Ausgabe.

Zweck

Das vorliegende Dokument ergänzt und vervollständigt die Angaben des Dokuments zur vorvertraglichen Information für Lebensversicherungsprodukte, die keine Investmentversicherungen sind, (Produktinfo Leben) und 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 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. 97, S. 74/124 verwiesen.
RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 104, S. 80/124 verwiesen.
BRAND: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 119, S. 86/124 verwiesen.
ERDBEBEN UND HOCHWASSER: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 126, S. 93/124 verwiesen.
DIEBSTAHL UND RAUB: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 137, S. 98/124 verwiesen.
BEISTAND HAUPTWOHNUNG: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 145, S. 93/124 verwiesen.
ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK: Es wird auf die Versicherungsbedingungen Art. 147, S. 102/124 verwiesen.

Was ist NICHT versichert?

AUSGESCHLOSSENE RISIKEN
Zusätzlich zu den Angaben in der Produktinfo Schaden gelten folgende allgemeine Ausschlüsse für Schäden: die durch Krieg, Aufstände, terroristische Anschläge oder organisierte Sabotage, militärische Besetzung oder Invasion verursacht werden; allein für den Abschnitt Beistand auch Revolution, Beschlagnahmung oder Enteignung.

Für den **Abschnitt Brand** sind Schäden ausgeschlossen durch Verlust, Diebstahl, Raub, Erpressung oder sonstige Fehlbestände bei den versicherten Gütern, die bei von der Versicherung gedeckten Ereignissen auftreten; Schäden an Maschinen oder Anlagen, an denen es zu Bersten oder Implosion kam, falls das Ereignis durch Verschleiß, Korrosion oder Materialfehler bedingt war; Schäden durch Frost und Leitungswasser, unbeschadet der mit dieser Police unter der diesbezüglichen spezifischen Deckung versicherten Leistungen; Schäden an Photovoltaik- und/oder solarthermischen Anlagen, unbeschadet der spezifischen diesbezüglichen Deckungserweiterung; Schäden an gekühlten Lebensmitteln durch mangelnde oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels, unbeschadet der mit dieser Police unter der diesbezüglichen spezifischen Deckung versicherten Leistungen; Explosionsschäden, die auf die illegale Verwahrung von Sprengstoff oder Sprengkörpern zurückzuführen sind; Schäden durch Explosion oder Hitzeentwicklung oder Strahlung durch Umwandlung des Atomkerns; Schäden aufgrund von Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzen und Eindringen von Wasser.
Für den **Abschnitt Erdbeben und Hochwasser** sind Schäden ausgeschlossen durch Witterungsereignisse, wie Orkan, Unwetter, Sturm, Wind und von diesem mitgerissene, in die Luft gewirbelte, davongewehte oder niedergerissene Sachen, Hagel und Windhosen; Schäden infolge von Brüchen, Breschen oder Beschädigungen, die durch Wind oder Hagel am Dach, den Wänden oder Tür-/Fensterelementen verursacht worden sind; Schäden durch Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzen, Eindringen; Schäden durch übermäßige Schneelast oder elektrische Störfälle; Schäden infolge von Ausfall oder anomaler Erzeugung oder Verteilung von elektrischer oder Wärmeenergie oder Wasserkraft; Schäden, die von gekühlten Lebensmitteln durch mangelnde oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden, auch wenn diese als Folge von versicherten Ereignissen auftreten; Schäden durch Diebstahl, Verlust, Raub, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art; Schäden an Gebäuden, die gemäß geltenden Baugesetzen als illegal gelten; Schäden an Maschinen sowie elektrischen und elektronischen Anlagen, Geräten sowie Schaltungen, die verursacht werden durch Stromschwankungen oder Stromschläge (elektrische Störfälle), auch wenn diese infolge von Ereignissen auftreten, für die Versicherungsdeckung besteht; Schäden an Bäumen, Pflanzen, Wiesen und landwirtschaftlichen Anbauflächen; Schäden an beweglichen Einrichtungen im Freien; Schäden an zulassungspflichtigen Fahrzeugen und versicherungspflichtigen Kraftfahrzeugen; Schäden an folgenden Gütern: Bargeld, Wertkarten, Wertpapieren, Schmuck aus Edelmetallen und/oder Edelsteinen und/oder Korallen und/oder Perlen, Werken mit künstlerischem Wert, Ausrüstung, die Gegenstand von Leasingvertrag sind; 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; Schäden durch Verunreinigung und/oder Kontamination durch chemische und/oder biologische Stoffe; Folgeschäden an den versicherten Gütern, die nicht direkt durch die Einwirkung von Erdbeben/Hochwasser/Überflutung/Überschwemmung verursacht worden sind, wie z.B. die Entwicklung von Rauch, Gasen und Dämpfen oder der Ausfall von Strom-, Heizungs- und Wasserversorgung; ausgeschlossen sind Gebäude, die sich im Bau, Umbau, Ausbau oder in Renovierung befinden; ausgeschlossen sind illegale Gebäude; ausgeschlossen sind Gebäude, die ohne die gemäß einschlägiger Gesetzgebung erforderlichen Baugenehmigungen errichtet worden sind oder nicht den gesetzlich vorgeschriebenen technischen Normen sowie etwaigen zum Errichtungsdatum geltenden, örtlichen Bestimmungen für den Bau in Erdbebengebieten entsprechen, sowie Gebäude, die mit behördlicher Verfügung zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Police für unbewohnbar erklärt worden sind; ausgeschlossen sind Gebäude, die aufgrund ihrer besonderen künstlerischen, historischen, archäologischen oder ethnographischen Bedeutung vom Ministerium für Kulturgüter und Landschaftsschutz unter Denkmalschutz gestellt worden sind; ausgeschlossen sind Gebäude im Besitz von Vereinen, Gesellschaften, Unternehmen, Instituten und öffentlichen Körperschaften; ferner sind für die Deckung Überflutung, Hochwasser und Überschwemmung aufgrund von Witterungsereignissen Schäden ausgeschlossen, die verursacht werden durch Sturmflut, Gezeiten, Tsunamis, Feuchtigkeit, Ausschwitzen, Defekt oder Bruch von automatischen Löschanlagen; Schäden durch Frost, Auftauen, Feuchtigkeit (ggf. aufsteigend), Tropfleckage, Einsickern; Schäden durch Verstopfen, Überlaufen, Bruch oder Überquellen von Fallrohren, Regenrinnen oder anderen Ablaufsystemen, wie z.B. der Kanalisation, wenn diese nicht direkt mit dem Ereignis verbunden sind; Schäden an Sachen, die in Kellergeschossen in einer Höhe von weniger als 12 cm über dem Boden gelagert worden sind; Schäden an beweglichen Einrichtungen im Freien; Schäden an Gebäuden, die im Bereich von Flussauen errichtet worden sind.
Für den Abschnitt **Diebstahl und Raub** sind Schäden ausgeschlossen, die entstanden sind bei Bränden, Explosionen (auch Nuklearexplosionen), Bersten, radioaktiver Strahlung und Kontamination, Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen, Hochwasser und anderen Naturkatastrophen; Schäden die verursacht oder begünstigt worden sind durch: Personen, die beim Versicherungsnehmer oder Versicherten wohnen oder Räumlichkeiten belegen, in denen sich die versicherten Güter befinden bzw. die an erstere angrenzen; Schäden die verursacht oder begünstigt worden sind durch: Personen, für deren Handlungen erstere haften; Schäden die verursacht oder begünstigt worden sind durch: Wachpersonal mit Zuständigkeit für die versicherten Güter oder die Räumlichkeiten, in denen sich diese befinden; Schäden die verursacht oder begünstigt worden sind durch: Personen, die mit ersteren durch Verwandtschafts- oder Partnerschaftsbeziehungen verbunden sind, auch wenn sie nicht zusammen wohnen; Schäden, die ab 24 Uhr des 45. Tages eingetreten sind, wenn die Räumlichkeiten mit den versicherten Gütern länger als 45 aufeinanderfolgende Tage unbewohnt oder unbeaufsichtigt bleiben; indirekte Schäden, wie erhoffter Gewinn, Schäden durch mangelnden Genuss oder Gebrauch oder andere Nachteile; Schäden, die an den versicherten Gütern durch vom Verursacher des Schadensfalls hervorgerufene Brände, Explosionen oder Berstvorgänge verursacht worden sind; Schäden an Schmuck und Wertgegenständen, die zur Berufsausübung gehören; Schäden an Sachen, die im Freien, auf Balkons oder Terrassen oder in gemeinsam genutzten Eingangsbereichen, Fluren oder auf Treppenabsätzen abgestellt sind; Schäden, wenn die Wohnung unbewacht gelassen wird, ohne dass die Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen aktiviert werden; Schäden, die durch die Öffnungen von Türen und Fenstern oder Fenstergittern hindurch entstanden sind, ohne dass es zu einer Manipulation oder dem Aufbrechen genannter Strukturen oder Verschlussvorrichtungen kam; Schäden infolge von Beschlagnahmung und Enteignung.
Für den **Abschnitt Beistand für Hauptwohnung** sind Schäden ausgeschlossen durch Erdbeben, Vulkanausbrüche, Tsunamis, Überschwemmungen, Hochwasser, Eindringen von Meerwasser, Erdrutsch, Bergsturz; Schäden durch Umwandlung des Atomkerns, Strahlung; Schäden durch Frost, Feuchtigkeit, Tropfleckage, mangelnde oder unzureichende Wartung mit Ausnahme der Fälle von Brand, Explosion und Bersten; Schäden durch Regen, Hagel und Wind eingeschränkt auf die Schäden an Schornsteinen, Solarzellen, Schildern, Antennen, Freileitungen; Schäden durch Niederschläge im Innern der Wohnung; Schäden durch mangelnde oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels; Schäden an der Anlage, in der das Ereignis aufgetreten ist, wenn dieses auf Verschleiß, Korrosion oder Materialdefekte zurückzuführen ist; Schäden aufgrund von Defekten, die dem Versicherer beim Vertragsabschluss bereits bekannt waren, sowie Defekte, für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Bauunternehmer oder Lieferant zu haften hat.
Für den **Abschnitt Erneuerbare Energien All Risk**

Ausgeschlossen sind Schäden durch Kriegshandlungen oder damit verbundene Ereignisse (Aufstand, militärische Besetzung, Invasion); durch Kernexplosion oder radioaktive Strahlung; durch terroristische Anschläge oder Sabotageakte; durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers/Versicherten oder der Gesellschafter; durch Elementarereignisse, wie Tsunamis, Vulkanausbrüche, Erdbeben, Überschwemmungen, Hochwasser, Überflutungen; aufgrund der Nichtbeachtung der vom Hersteller/Lieferanten Sache erteilten Wartungs- und Betriebsvorschriften; durch natürliche Verwitterung oder Abnutzung, Verschleiß, Rost, Korrosion (beschränkt auf den betroffenen Bereich); Schäden, für die gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller, Lieferant, Verkäufer oder Vermieter haftet; verursacht durch Ein- und Ausbau, die nicht in Zusammenhang mit Reinigung, Wartung oder Inspektion vorgenommen worden sind; Transportschäden; Schäden ästhetischer Art, die nicht mit entschädigungsfähigen Schäden zusammenhängen; verursacht durch Sturmfluten, Gezeiten und Eindringen von Meerwasser; aufgrund von Leistungsmängeln; verursacht durch das Auffahren von Fahrzeugen/Verkehrsmitteln, die Eigentum des Versicherungsnehmers/Versicherten sind oder von diesem genutzt werden; aufgrund von Verunreinigung/Kontamination im Allgemeinen; verursacht durch Nichterfolgen der automatischen Wiederverbindung des Wechselrichters mit dem Netz infolge von Spannungssprüngen; verursacht durch Funktionsstörungen von Hardware, Software oder eingebauten Chips und damit verbundene Schäden (wie Verlust von Daten); an den Stromverteilungs- oder Übertragungsleitungen; in Verbindung mit oder verursacht durch Feuchtigkeit, Tau, Kondensat, Tropfleckage, Trockenheit, Bakterien, Pilzbefall, Sickerwasser und Nagetiere; in Verbindung mit oder verursacht durch Aufhebung/Unterbrechung von Strom-, Gas- oder Wasserversorgung, vorausgesetzt dass diese nicht durch ein die versicherte Sache betreffendes, entschädigungsfähiges Ereignis hervorgerufen wurde; verursacht oder zurückzuführen auf Hinterziehung, Betrug, Fehlbeträge, Verlust, widerrechtliche Aneignung oder Untreue von Beschäftigten, Plünderung, Erpressung, Veruntreuung sowie Taschendiebstahl und deren Versuche; an Modulen und elektronischen Bauteilen der versicherten Anlage (einschließlich Kosten für Fehlersuche), welche während der Garantiefrist des Herstellers/Lieferanten aufgetreten sind, bzw. deren Beseitigung zu den normalerweise im technischen Wartungsvertrag enthaltenen Leistungen gehört (z.B. Kontrollen, vorbeugende Wartung, Abnutzungsdefekte, Pannen/Betriebsstörungen ohne externe Ursachen); Schäden an für die versicherten Sachen bestimmten, externen Leitungen; Kosten für Aushub-, Abtrags-, Abstütz-, Mauer-, Putz- und Belagsarbeiten und ähnliches; Verluste und Kosten für das längere Andauern der Inaktivität infolge des entschädigungsfähigen Schadensfalls, wenn verursacht durch: Aussperrung/von Behörden verhängte Maßnahmen, Mittellosigkeit des Versicherten, Schwierigkeiten bei der Instandsetzung aufgrund externer Ursachen (z.B. Gesetzeslage); Vertragsstrafen, Entschädigungen oder Bußgelder, die an Dritte zu zahlen sind; Verluste aufgrund von Verlängerung oder Ausweitung der Inaktivität wegen: Naturkatastrophen/höherer Gewalt, Streik (Materiallieferung), Überarbeitung/Änderung/Verbesserung während der Instandsetzung; Schäden an Anlagen, die nicht in Konformität mit den einschlägigen Vorschriften installiert und geprüft wurden (wenn kein Konformitätsnachweis vorliegt); Schäden an Anlagen außerhalb der in der Police angegebenen Standorte oder - bei Bodenanlagen - in mehr als 300 m Entfernung in Luftlinie von diesen.

Gibt es Deckungsgrenzen?

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

Abschnitt PRIVATHAFTPFLICHT: Schädigungen von Haushaltshilfen maximal 50% des versicherten Höchstbetrags; untereinander als Dritte geltende Kinder maximal Euro 50.000; Brandschäden an Sachen Dritter maximal Euro 500.000; Betriebsunterbrechung maximal Euro € 50.000; versehentliche Umweltverschmutzung maximal Euro 50.000 pro Schadensfall und Versicherungsjahr; **Abschnitt HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT:** Schädigungen von Haushaltshilfen maximal 50% des versicherten Höchstbetrags; untereinander als Dritte geltende Kinder maximal Euro 50.000; Brandschäden an Sachen Dritter maximal Euro 500.000; Betriebsunterbrechung maximal Euro € 50.000; versehentliche Umweltverschmutzung maximal Euro 50.000 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

Abschnitt RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK: Die Versicherung wird bis zum Höchstbetrag Euro 15.000 pro Schadensfall und Euro 80.000 pro Versicherungsjahr geleistet.

Abschnitt BRAND: Elektrische Störfälle: Die maximale Entschädigungsgrenze beträgt Euro 10.000; **Witterungsereignisse:** maximal 80% der Deckungssumme; bei **Schäden, die durch Hagel an Türen und Fenstern**, Veranden, Verglasungen und Oberlichtern allgemein, Vordächern und an mehreren Seiten geöffneten Außenbereichen, Scheiben und Platten sowie Bauteilen aus Faserbeton und/oder Kunststoff versursacht werden, ist eine Entschädigungsgrenze von Euro 5.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr vorgesehen; lediglich für Schäden an Markisen und Sonnenpavillons besteht eine Entschädigungsgrenze von Euro 750,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr. **Übermäßige Schneelast** maximal 50% der Deckungssumme; **vorsätzlicher Vandalismus und Sabotage** maximal 80% der Deckungssumme; **Leitungswasser** maximal Euro 10.000; **Überlaufen von Wasser** maximal Euro 10.000; **Auslaufen von Wasser aus Haushaltsgeräten** maximal Euro 10.000; **Hotelkosten** maximal Euro 5.000; **außerordentliche Kosten** maximal Euro 10.000; **Gutachterkosten** maximal Euro 5.000; **Fehlersuche und Reparatur** maximal Euro 10.000; **Mietausfall** 3 Monatsmieten pro Schadensfall und maximal Euro 3.000; **Bruch von Platten und Scheiben** maximal Euro 3.000; **Klage Dritter** bis 25% der Deckungssumme und maximal Euro 300.000; **Vorschuss von Entschädigungen** 50% des Mindestbetrags; **Hausrat: Gegenstände, die vorübergehend aus der Wohnung ausgelagert worden sind**, maximal Euro 2.500 pro Schadensfall und Versicherungsjahr; **Hausrat der Nebengebäude** 10% der Deckungssumme.

Abschnitt ERDBEBEN UND HOCHWASSER: maximal 80% der Deckungssumme für **Gebäudeschäden** und maximal 90% der Deckungssumme für die **Schäden am Hausrat**; **Folgeschäden** 10% der Entschädigung für Schäden am Gebäude und am Hausrat bis zur Obergrenze von Euro 10.000,00; Euro 5.000,00 für Abtransport, Einlagerung und Rücktransport (falls versichert) des Hausrats, wenn dies zur Renovierung der beschädigten Räumlichkeiten erforderlich ist; Euro 150,00 pro Tag über maximal 30 Tage für die Unterbringung im Hotel oder in einer anderen Wohnung, falls die versicherten Räumlichkeiten unbewohnbar sind.

Abschnitt DIEBSTAHL UND RAUB

Diebstahl des Hausrats maximal 10% der Deckungssumme für Hausrat; **durch Einbrecher verursachte Defekte** maximal Euro 1.500; **Ausgaben für Verbesserungen** maximal Euro 1.000; **Vandalismus** maximal 10% der Deckungssumme; **Taschendiebstahl und Raub von persönlichem Habe:** Bargeld maximal Euro 500, Nachmachen von Schlüsseln/Austausch von Schlössern maximal Euro 250,00; **Schmuck und Wertsachen in Ferienwohnungen** maximal 10% der Deckungssumme mit Obergrenze Euro 1.000; **Täuschung innerhalb der Wohnung** maximal Euro 1.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr; **Hauptwohnung: Einzelobjekt** maximal Euro 5.000; **Schmuck und Wertsachen ungeachtet des Aufbewahrungsorts** maximal 20% der Deckungssumme; **Schmuck und Wertsachen im Tresor** maximal 50% der

Deckungssumme; **Bargeld** maximal Euro 500; **Haupt- und Nebenwohnung: Hausrat der Nebengebäude** maximal 20% der Deckungssumme.

Abschnitt BEISTAND FÜR DIE WOHNUNG

Beistand für die Wohnung 3 Mal für jeden Typ; **Entsenden eines Gas- und Wasserinstallateurs für Notfallmaßnahmen** maximal Euro 200 pro Schadensfall; **Entsenden eines Elektroinstallateurs für Notfallmaßnahmen** maximal Euro 200 pro Schadensfall; **Entsenden von Schlüsseldienst für Notfallmaßnahmen** maximal Euro 200 pro Schadensfall; **Notfallmaßnahmen bei Wasserschäden: Sanierung und Trocknen** maximal Euro 250 pro Schadensfall; **Entsendung eines Rollladentechnikers innerhalb 24h** maximal Euro 100 pro Schadensfall; **Entsenden eines Glasers für Notfallmaßnahmen** maximal Euro 100 pro Schadensfall; **Entsenden von Wachdienst** maximal 7 Stunden pro Schadensfall und Versicherungsjahr; **Reinigungsfirma** maximal Euro 150 pro Schadensfall; **Hotelkosten** maximal Euro 250 pro Schadensfall und pro Familie; **Vorzeitige Heimkehr** maximal Euro 200 pro Schadensfall für die Rückreise innerhalb von Italien, maximal Euro 400 pro Schadensfall für die Rückreise aus dem Ausland; **Umzug** maximal Euro 1.000 pro Schadensfall bei Unbewohnbarkeit von mindestens 30 Tagen;

Abschnitt ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK

Mindestwert Anlage Euro 1.000, Höchstwert Anlage Euro 50.000. **Direkte Schäden, Diebstahl, Raub und Handlungen Dritter** 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 für nicht eingebaute Anlagen. **Witterungsereignisse** Obergrenzen für die Entschädigung pro Schadensfall und Versicherungsjahr: 40% der Deckungssumme für Wind und übermäßige Schneelast, 70% der Deckungssumme für andere Witterungsereignisse. **Abrutschen oder Sturz des Erdbodens** maximal 40% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadenfälle pro Versicherungsjahr. **Panne und/oder elektrischer Störfall**: Anlagen, bei denen nicht mehr als 7 Jahre ab Datum der Abnahmebescheinigung verstrichen sind, 30% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadenfälle pro Versicherungsjahr; Anlagen, bei denen mehr als 7 Jahre ab Datum der Abnahmebescheinigung verstrichen sind, 20% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadenfälle pro Versicherungsjahr; **indirekte Schäden:** Anlagen mit Fernwirkeinrichtung maximal 60 Tag nach Abzug des Selbstbehalts; Anlagen ohne Fernwirkeinrichtung Pauschalentschädigung, die 10% der Deckungssumme entspricht, die gemäß Versicherungsbedingungen für direkte Schäden All Risk für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr ausgezahlt wird, mit Obergrenze Euro 10.000,00 pro Schadensfall.

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkte 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.

WIE WERDEN BESCHWERDEN EINGEREICHT UND STREITIGKEITEN BEREINIGT?

Beim Versicherungsunternehmen	Etwaige Beschwerden in Bezug auf den Vertrag oder die Versicherungsdienstleistung gegenüber der Versicherungsgesellschaft oder dem zuständigen Versicherungsvermittler sind schriftlich (per E-Mail oder zertifizierter E-Mail (PEC), Post, Fax) bei der Abteilung Beschwerden (Ufficio Reclami) einzureichen: • **PEC (zertifizierte E-Mail-Adresse): ufficio.reclami@pec.netinsurance.it** • **Postadresse: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM** • **Fax +39 06 89326.570** Die Beschwerde muss die folgenden Angaben enthalten: • Vor- und Nachname, vollständige Adresse und Telefonnummer des Verfassers; Police-Nummer und Name des Versicherungsnehmers. • Nummer und Datum des gegenständlichen Schadensfalls; Bezeichnung der Person oder der Personen, deren Tätigkeit beanstandet wird; kurze und umfassende Beschreibung des Beschwerdegrundes; • alle anderen Angaben und nützlichen Unterlagen zur Beschreibung der Umstände. Die Versicherungsgesellschaft hat diese Beschwerde laut geltender Gesetzgebung innerhalb von 45 Tagen ab Eingang zu beantworten. Die erwähnte Antwortfrist kann bei Beschwerden, die das Verhalten eines Versicherungsagenten oder eines Mitarbeiters/Arbeitnehmers betreffen, um weitere 15 Tagen verlängert werden, um deren Anhörung zu gewährleisten und es diesen laut geltender Gesetzgebung zu ermöglichen, die nötigen Ergänzungen zur Untersuchung beizutragen sowie ihren Standpunkt in Bezug auf den Beschwerdegegenstand vorzubringen. Wird der Beschwerde nicht oder nur teilweise stattgegeben, enthält die Antwort eine eindeutige Stellungnahme der Gesellschaft und des betroffenen Versicherungsagenten in Bezug auf die Beschwerde bzw. dazu, dass ihr nicht stattgegeben wurde. Für detaillierte Informationen verweisen wir auf die Informationen in der Rubrik Reklamationen der Website www.netinsurance.it.
Bei der Aufsichtsbehörde IVASS	Bei nicht zufriedenstellendem Ergebnis oder verspäteter Beantwortung der Beschwerde können Sie sich an die Aufsichtsbehörde IVASS wenden, Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info unter: www.ivass.it.

VOR BESCHREITUNG DES RECHTSWEGS können alternative Verfahren zur Streitbeilegung in Anspruch genommen werden, unter anderem:

Schlichtung	Durch Einschaltung einer der Schlichtungsstelle, die im Verzeichnis des Justizministeriums aufgeführt sind, das auf der Website www.giustizia.it konsultiert werden kann. (Gesetz Nr. 98 vom 9.8.2013)
Verhandlung mit Rechtsbeistand	Auf Antrag des eigenen Rechtsbeistands bei der Versicherungsgesellschaft.
Weitere alternative Möglichkeiten zur Beilegung von Rechtsstreitigkeiten	Für die Beilegung grenzüberschreitender Streitigkeiten kann die Beschwerde direkt bei den im Ausland zuständigen Stellen eingereicht werden, d.h. dort wo das Unternehmen, das den Vertrag abgeschlossen hat (auffindbar unter http://www.ec.europa.eu/odr) seinen Sitz hat, indem das Verfahren FIN - NET aktiviert wird, oder direkt bei der Aufsichtsbehörde IVASS, die dann für die Weiterleitung an das genannte System und die Benachrichtigung des Beschwerdeführers sorgen wird.

BESTEUERUNG

Auf den Vertrag anwendbare Steuer	• Der für die Deckung der Lebensversicherungssparte bestimmte Teil der Prämie ist steuerfrei, während der Teil der Prämie für die Deckungen der Schadenssparte einer Steuer von 2,5% unterliegt. • 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.

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*

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz der Familie

Inhalt

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

BEREICH PERSONENRISIKEN **21**

A. SEKTOR VORSORGE **21**

ABSCHNITT 1 - TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG **21**
A. DECKUNG TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG 21
Art. 23 - Altersgrenzen 21
Art. 24 - Gegenstand der Versicherung und Versicherte Leistung 21
Art. 25 – Ausschlüsse 22
Art. 26 - Wartezeiten 23
Art. 27 - Gültigkeitsgebiet 23
Art. 28 – Prämie 23
Art. 29 - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten 23
Art. 30 - Voraussetzungen 24
Art. 31 - Mangelnde Zahlung der Prämie: Auflösung 24
Art. 32 - Wiederaufnahme der Prämienzahlung: Wiederinkraftsetzung 24
Art. 33 - Rückkauf und Kürzung 24
Art. 34 - Darlehen 24
Art. 35 - Auflösung des Versicherungsvertrags 24
Art. 36 - Begünstigter der Versicherten Leistung/Dritter als Anlaufstelle 24
Art. 37 - Abtretung von Rechten und Belastung 25
Art. 38 - Verpflichtungen im Schadensfall – Auszahlung der Versicherten Leistung 25

ABSCHNITT 2 – ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN **26**
A. DECKUNG ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN 26
Art. 39 - Altersgrenzen - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters 26
Art. 40 - Personen, die nicht versicherbar sind 26
Art. 41 - Voraussetzungen 28
Art. 42 - Gegenstand der Versicherung 28
Art. 43 - Leistungen im Falle Schwerer Erkrankungen 28

Art. 44 - Definition Schwerer Erkrankungen 28
Art. 45 - Gültigkeit der Deckung für Schwere Erkrankungen 29
Art. 46 - Überlebensdauer - Schwere Erkrankungen 29
Art. 47 – Ausschlüsse 29
Art. 48 - Vorbestehende Erkrankungen 30
Art. 49 - Wartezeiten 30
Art. 50 - Was tun im Schadensfall 31
Art. 51 - Schadensfallmeldung und Nachprüfung der Schweren Erkrankung 31
Art. 52 - Beurteilung des Schadensfalls - Abwicklung der Entschädigung 31
Art. 53 - Schiedsverfahren 32

ABSCHNITT 3 - UNFÄLLE **32**
Art. 54 - Altersgrenzen 32
Art. 55 - Personen, die nicht versicherbar sind 32
Art. 56 - Voraussetzungen - Anpassung der Prämie für die Deckung Krankenhaustagegeld 32
Art. 57 - Änderungen des Risikos - Andere als die erklärte Berufstätigkeit 33
Art. 58 - Gegenstand der Versicherung 33
A. DECKUNG UNFALLTOD 34
B. DECKUNG UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT 35
C. DECKUNG UNFALLBEDINGTE VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT 36
D. DECKUNG ERSTATTUNG VON UNFALLBEDINGTEN BEHANDLUNGSKOSTEN 36
E. DECKUNG KRANKENHAUSTAGEGELD 37
F. DECKUNG GEFÄHRLICHE SPORTARTEN 38
Art. 59 – Ausschlüsse 38
Art. 60 - Was tun im Schadensfall 39
Art. 61 - Entschädigungskriterien 40
Art. 62 - Summierung von Entschädigungsleistungen 40
Art. 63 - Vorschuss von Entschädigungszahlungen 40
Art. 64 - Auszahlung der Entschädigung 40
Art. 65 - Verzicht auf Eintrittsrecht 41
Art. 66 - Schiedsverfahren 41

ABSCHNITT 4 - KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT **41**
A. DECKUNG KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT 41
Art. 67 - Altersgrenzen 41
Art. 68 - Gegenstand der Versicherung 42
Art. 69 – Ausschlüsse 42
Art. 70 - Wartezeiten 42
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 44
Art. 77 - Voraussetzungen 46
Art. 78 - Gegenstand der Versicherung 46
Art. 79 - Inhalte der Deckungen 46
VERSICHERUNGSPLAN „A“ 46
VERSICHERUNGSPLAN „B“ 48
VERSICHERUNGSPLAN „C“ 50
VERSICHERUNGSPLAN „D“ 55
Art. 80 – Ausschlüsse 57
Art. 81 - Vorbestehende Erkrankungen 60
Art. 82 - Wartezeiten 60
Art. 83 - Was tun im Schadensfall 61
Art. 84 - Haftung 61
Art. 85 - Schadensmeldung 61
Art. 86 - Verwaltung des Schadensfalls 62
Art. 87 - Rückerstattung fälschlich gezahlter Summen 63
Art. 88 - Dokumentation zur Einsendung im Schadensfall 64

Art. 89 - Auszahlung der Entschädigung/Erstattung von erstattungsfähigen Schadensfällen ... 67

ABSCHNITT 6 - BEISTAND FÜR PERSONEN ... **67**
A. ***DECKUNG BEISTAND FÜR DIE PERSON*** ... 67
Art. 90 - Gegenstand der Versicherung ... 67
Art. 91 - Wie der Beistand für die Person aktiviert wird ... 71

BEREICH PERSONENRISIKEN ... **71**

B. SEKTOR BERUF ... **71**

ABSCHNITT 7 - ARBEITSPLATZVERLUST ... **71**
Art. 92 - Gegenstand der Versicherung ... 71
A. ***DECKUNG ARBEITSPLATZVERLUST*** ... 71
Art. 93 - Versicherte Personen ... 72
Art. 94 – Ausschlüsse ... 72
Art. 95 - Entschädigungsgrenzen ... 73
Art. 96 - Was tun im Schadensfall ... 73

BEREICH VERMÖGENSRISIKEN ... **74**

C. SEKTOR HAFTPFLICHT, RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK ... **74**

ABSCHNITT 8 - HAFTPFLICHT ... **74**
Art. 97 - Gegenstand der Versicherung ... 74
A. ***DECKUNG PRIVATHAFTPFLICHT*** ... 74
B. ***DECKUNG HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT*** ... 76
Art. 98 – Ausschlüsse ... 76
Art. 99 - Stets geltende Sonderbedingungen ... 77
Art. 100 - Personen, die nicht als Dritte gelten ... 78
Art. 101 - Höchstbetrag ... 78
Art. 102 - Was tun im Schadensfall ... 79
Art. 103 - Umgang mit Rechtsstreitigkeiten ... 79

ABSCHNITT 9 - RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK ... **79**
Art. 104 - Gegenstand der Versicherung ... 80
Art. 105 - Eintreten des Schadensfalls ... 80
Art. 106 - Fristen für die Meldung von Schadensfällen und die Beibringung von Beweismitteln ... 81
Art. 107 - Verwaltung des Schadensfalls ... 81
Art. 108 - Freie Wahl des Rechtsanwalts für das gerichtliche Verfahren ... 81
Art. 109 - Meinungsverschiedenheiten mit der Versicherungsgesellschaft und Interessenkonflikte ... 81
Art. 110 - Rückforderung von Vorauszahlungen durch ARAG ... 82
Art. 111 - Gültigkeitsgebiet ... 82
Art. 112 - Versicherte ... 82
A. ***DECKUNG RECHTSSCHUTZ PRIVATHAFTPFLICHT UND HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTLICHT*** ... 82
Art. 113 - Gültigkeitsbereich und garantierte Leistungen ... 82
B. ***DECKUNG RECHTSSCHUTZ CYBER RISK*** ... 83
Art. 114 - Gültigkeitsbereich und garantierte Leistungen ... 83
Art. 115 – Ausschlüsse für Abschnitt 9 - RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK ... 83

BEREICH VERMÖGENSRISIKEN ... **85**

D. SEKTOR SCHÄDEN ... **85**

GEMEINSAME REGELN FÜR DIE DECKUNGEN IM SCHADENSSEKTOR ... **85**
Art. 116 - Verfahren zur Schadensbeurteilung ... 85
Art. 117 - Beauftragung der Gutachter ... 85
Art. 118 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens ... 85

ABSCHNITT 10 - BRAND ... **86**
A. ***DECKUNG GEBÄUDE*** ... 86
B. ***DECKUNG HAUSRAT*** ... 86

Art. 119 - Gegenstand der Versicherung 86
C. DECKUNG MIETERHAFTPFLICHT 91
Art. 120 – Ausschlüsse 91
Art. 121 - Gültigkeit der Deckung 92
Art. 122 - Was tun im Schadensfall 92
Art. 123 - Festlegung der Schadenshöhe 92
Art. 124 - Obergrenze der Entschädigung 93
Art. 125 - Bindungsklausel 93

ABSCHNITT 11 - ERDBEBEN UND HOCHWASSER **93**
A. DECKUNG ERDBEBEN 93
Art. 126 - Gegenstand der Versicherung 93
B. DECKUNG HOCHWASSER 94
Art. 127 - Hochwasser, Überflutung und Überschwemmung durch Witterungsereignisse (Sturzflut) 94
Art. 128 - Folgeschäden 94
Art. 129 – Ausschlüsse 94
Art. 130 - Gültigkeitsbedingungen der Deckung: Gebrauchszustand des Gebäudes. 95
Art. 131 - Was tun im Schadensfall 96
Art. 132 - Wert der versicherten Sachen 96
Art. 133 - Festlegung der Schadenshöhe 97
Art. 134 - Auszahlung der Entschädigung 97
Art. 135 - Vorauszahlung auf die Entschädigung 97
Art. 136 - Bindungsklausel 97

ABSCHNITT 12 - DIEBSTAHL UND RAUB **98**
Art. 137 - Gegenstand der Versicherung 98
A. DECKUNG DIEBSTAHL VON HAUSRAT 98
Art. 138 - Entschädigungsgrenzen 99
Art. 139 – Ausschlüsse 99
Art. 140 - Gültigkeit der Deckung - Verschlussvorrichtungen 100
Art. 141 – Selbstbeteiligungen 100
Art. 142 - Was tun im Schadensfall 101
Art. 143 - Festlegung der Schadenshöhe 101
Art. 144 - Rückerlangung der gestohlenen Sachen 101

ABSCHNITT 13 – BEISTAND HAUPTWOHNUNG **102**
A. DECKUNG BEISTAND HAUPTWOHNUNG 102
Art. 145 - Gegenstand der Versicherung 102
Art. 146 - Anweisungen für die Anforderung des Beistands 105

Abschnitt 14 – ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK **105**
Art. 147 - Gegenstand der Versicherung 105
A. DECKUNG ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK 106
Art. 148 - Entschädigungsgrenzen, Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen 106
Art. 149 – Ausschlüsse 107
Art. 150 - Was tun im Schadensfall 108
Art. 151 - Festlegung der Schadenshöhe für direkte All-Risk-Schäden 109
Art. 152 - Festlegung der Schadenshöhe für indirekte Schäden 110
Art. 153 - Unterversicherung (Abweichung vom Proportionalitätsprinzip) 110

ANHANG 1. LISTE DER BERUFSTÄTIGKEITEN **111**

ANHANG 2. EINTEILUNG DER OPERATIONEN IN KATEGORIEN **113**

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ **1**

FORMULAR VERSICHERUNGSANTRAG **1**

Versicherungsbedingungen - *PROTECTION*

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz der Familie

VORWORT

PROTECTION ist eine Kombipolice für die Familie zum Schutz vor Risiken, die sowohl im Personen- als auch im Vermögensbereich auftreten können.
PROTECTION ist ein modular aufgebautes Produkt, mit dem der Kunde ein seinem persönlichen Schutzbedarf entsprechendes Versicherungspaket zusammenstellen kann, indem die von der Police vorgesehenen Deckungen kombiniert werden.

Das Produkt ist anhand folgenden Schemas in 2 Risikobereiche, 4 Sektoren und 14 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***
    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***

  - **B. SEKTOR BERUF**
    7. ABSCHNITT ARBEITSPLATZVERLUST
       - *A. Deckung* ***Arbeitsplatzverlust***
- **BEREICH VERMÖGENSRISIKEN**
  - **C. SEKTOR HAFTPFLICHT, RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK**
    8. ABSCHNITT HAFTPFLICHT
       - A. *Deckung* ***Privathaftpflicht***
       - B. *Deckung* ***Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht***
    9. ABSCHNITT RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK
       - A. *Deckung* ***Rechtsschutz Privatleben und Immobilien***
       - B. *Deckung* ***Rechtsschutz Cyber Risk***
  - **D. SEKTOR SCHÄDEN**
    10. ABSCHNITT BRAND
       - A. *Deckung* ***Gebäudebrand***
       - B. *Deckung* ***Hausratbrand***
       - C. *Deckung* ***Mieterhaftpflicht***
    11. ABSCHNITT ERDBEBEN UND HOCHWASSER
       - A. *Deckung* ***Gebäudebrand***
       - B. *Deckung* ***Hausratbrand***
    12. ABSCHNITT DIEBSTAHL UND RAUB
       - ***A.*** *Deckung* ***Diebstahl von Hausrat***
    13. ABSCHNITT BEISTAND FÜR DIE WOHNUNG
       - ***A.*** *Deckung* ***Beistand für die Wohnung***
    14. ABSCHNITT ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK
       - A. *Deckung* ***Erneuerbare Energien All Risk***

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***

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***
   - ABSCHNITT 7 - ARBEITSPLATZVERLUST
     - *Deckung* ***Arbeitsplatzverlust***

   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***

3) **Bereich VERMÖGEN** der folgende Abschnitte umfasst:
   - ABSCHNITT 8 - HAFTPFLICHT
     - *Deckung* ***Privathaftpflicht***
     - *Deckung* ***Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht***
   - ABSCHNITT 9 - RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK
     - *Deckung* ***Rechtsschutz Privatleben und Immobilien***
     - *Deckung* ***Rechtsschutz Cyber Risk***
   - ABSCHNITT 10 - BRAND
     - *Deckung* ***Gebäudebrand***
     - *Deckung* ***Hausratbrand***
     - *Deckung* ***Mieterhaftpflicht***
   - ABSCHNITT 11 - ERDBEBEN UND HOCHWASSER
     - *Deckung* ***Gebäudebrand***
     - *Deckung* ***Hausratbrand***
   - ABSCHNITT 12 - DIEBSTAHL UND RAUB
     - *Deckung* ***Diebstahl von Hausrat***
   - Abschnitt 13 – BEISTANDSLEISTUNGEN WOHNUNG
     - *Deckung* ***Beistand für die Wohnung***
   - Abschnitt 14 – ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK
     - *Deckung* ***Erneuerbare Energien All Risk***

Versicherungsbedingungen - *PROTECTION*

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz der Familie

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 diesen Versicherungsbedingungen für die einzelnen Deckungen angegebene Deckungssumme bzw. den Höchstbetrag 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.

Hinweis
Zur Erleichterung von Lesen und Verständnis des Vertragstextes wurden gemäß gesetzesvertretendem Dekret 209/05 die Klauseln der Versicherungsbedingungen, in denen auf Verlust, Nichtigkeit oder Einschränkungen der Deckungen - d.h. auf Nachteile zu Lasten des Versicherungsnehmers oder Versicherten - hingewiesen wird, entweder durch farbige Hinterlegung oder durch Fettdruck optisch hervorgehoben.

KONTAKTDATEN

Website www.netinsurance.it

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF: Abschnitt 1 - (Temporäre Todesfallversicherung):

- Auf dem Postweg: Net Insurance Life 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 3 (Unfälle) – Abschnitt 4 (Krankheitsbedingte Bleibende Invalidität) - Abschnitt 7 (Arbeitsplatzverlust) – Abschnitt 8 (Haftpflicht) - Abschnitt 10 - (Brand) – Abschnitt 11 (Erdbeben und Hochwasser) - Abschnitt 12 - (Diebstahl und Raub) – Abschnitt 14 (Erneuerbare Energien):

- 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 (Beistand für Personen) - ABSCHNITT 11 (Beistand für die Wohnung)

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 9 (Rechtsschutz und Cyber Risk)

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/wecare.it
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.

Versicherung
Dieser Versicherungsvertrag.

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

Begünstigter oder Leistungsempfänger
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.

Deckungssumme
In der Police angegebener Höchstbetrag, der von der Versicherungsgesellschaft bei einem Schadensfall ausgezahlt wird.

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

Versicherungsgesellschaft/Versicherungsgesellschaften
Net Insurance Life S.p.A. für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung.
Net Insurance S.p.A. für alle anderen Deckungen.

Abschluss des Versicherungsvertrags
Der Augenblick, in dem die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 von der Versicherungsgesellschaft geschuldeten Summen keiner Vollstreckungs- oder Sicherungsmaßnahme unterzogen werden.

Entschädigung, Schadensersatz oder Erstattung
Die im Schadensfall von der Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft pro Schadensfall und Versicherungsjahr ihre 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
Die Versicherungsgesellschaft und der Versicherungsnehmer, wenn sie einzeln genannt werden.

Parteien
Die Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherungsgesellschaft schuldet.

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

Leistung
Der Beistand, der bei Bedarf in Sachwerten von der Versicherungsgesellschaft 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) von der Versicherungsgesellschaft innerhalb der Grenzen des Rückkaufwerts beantragen kann. Bedingungen, Zinssatz und die Art und Weise der Rückzahlung des Darlehens werden mithilfe eines extra Vertragsanhangs zwischen Versicherungsgesellschaft und Versicherungsnehmer vereinbart. Diese Option ist für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung nicht vorgesehen.

Versicherungsantrag
Die formale Beantragung des Versicherungsschutzes bei der Versicherungsgesellschaft 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.

Dritter als Anlaufstelle
Eine Person, die nicht der Begünstigte ist und vom Versicherungsnehmer, der spezielle Anforderungen hinsichtlich der Vertraulichkeit gestellt hat, als Anlaufstelle benannt wurde, an die sich die Gesellschaft beim Tod des Versicherten wenden kann, um Kontakt mit dem Begünstigten aufzunehmen.

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 der Versicherungsgesellschaft unterzeichneten Übereinkommens in dessen Auftrag den telefonischen Kontakt mit dem Versicherten unterhält und auf Kosten der Versicherungsgesellschaft 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 Fixierung eines Gelenks oder eines Bereichs oder zur Unterstützung der Osteosynthese verwendet wird, deren Einsatz von einem Facharzt für Orthopädie verordnet wird und die aufgrund von Knochenbrüchen, Kapselverletzungen bzw. kompletter oder partieller, traumatisch bedingter Bänderrisse infolge eines Unfalls benötigt wird, wobei die Verletzungen klinisch diagnostiziert und durch Röntgenaufnahmen, CT, MRT, Ultraschall oder Arthroskopie nachgewiesen werden müssen.

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 - Krankheit versicherten Personen, die zum selben Haushalt gehören, vorausgesetzt dass es sich um Ehegatten, in eheähnlicher Gemeinschaft lebende Partner oder eingetragene Lebenspartner sowie deren Kinder handelt, mit einer Höchstzahl von 5 Personen pro Familiengruppe. Kinder können, auch wenn sie nicht zum selben Haushalt gehören und nicht bei den Eltern wohnen, versichert werden, wenn sie unterhaltsberechtigt und steuerlich absetzbar sind.

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 der Versicherungsgesellschaft im Rahmen der Deckungen laut

Abschnitt 5 - Gesundheit (Versicherungsplan A - B - C - D) für die direkte Bezahlung der vertraglich verbundenen 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 verbundenen 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 von der Versicherungsgesellschaft 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 von der Versicherungsgesellschaft 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 zuzüglich Verzugszinsen.

Stationäre Aufnahme

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 der Versicherungsgesellschaft, 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 verbundenen 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 angeschlossene Einrichtungen (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

Wohnung

Räumlichkeiten, die als Privatwohnung und ggf. dort eingerichtetes Privatbüro bestimmt sind, einschließlich eventueller Gebäudeanteile gemeinschaftlichen Eigentums. Dabei kann es sich um Folgende handeln:

a) eine Eigentumswohnung, d.h. miteinander verbundene Räumlichkeiten in einem Mehrfamilienhaus oder Gebäude, das aus mehreren, aneinander angrenzenden, über- oder untereinander liegenden, aber nicht miteinander verbundenen Wohnungen besteht, die jeweils einen eigenen Zugang innerhalb des Mehrfamilienhauses oder Gebäudes, extern jedoch einen gemeinsamen Zugang haben;
b) ein Reihen- oder Einfamilienhaus, d.h. miteinander verbundene Räumlichkeiten, die zu einem Gebäude gehören, das aus mehreren angrenzenden, über- oder untereinander liegenden Wohnungen besteht, die jeweils einen eigenen unabhängigen Zugang von außen besitzen;
c) alleinstehende/s Villa/Haus, d.h. ein Komplex von Räumlichkeiten mit einer oder mehreren eigenen Zugangstüren von außen.

Hauptwohnung

Die Wohnung, die für gewöhnlich über die meiste Zeit des Jahres genutzt wird, sofern sich diese auf italienischem Staatsgebiet befindet.

Nebenwohnung

Wohnungen, die nicht kontinuierlich genutzt werden, sofern sie sich auf italienischem Staatsgebiet befinden.

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.

Überschwemmung - Sturzflut (Flash Floods)

Plötzliche Ansammlung von Wasser an normalerweise trockenen Stellen aufgrund des Unvermögens des Erdreichs, das Regenwasser abzuleiten bzw. aufzunehmen, was durch auf einen kurzen Zeitraum konzentrierte, extrem starke Niederschläge verursacht wird, wobei sich die Gewaltsamkeit des Ereignisses an seinen Auswirkungen auf eine Reihe von - versicherten oder nicht versicherten - Gegenständen in der näheren Umgebung feststellen lassen muss.

All-Risk-Versicherung

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

Hochwasser - Überflutung

Das Austreten von Wasser und mitgetragenem Material über die normalen Ufer von Flussläufen oder von sowohl natürlichen als auch künstlichen stehenden Gewässern, auch wenn dies durch Erdbeben, verursacht wird, wenn die Gewaltsamkeit des Ereignisses sich an seinen Auswirkungen auf eine Reihe von - versicherten oder nicht versicherten - Gegenständen in der näheren Umgebung feststellen lässt.

Haustiere

Hunde, Katzen, Vögel, Fische, Hamster, Kaninchen, Schildkröten.

Tresor

Möbelstück mit folgenden Eigenschaften:

- Wände und Türen aus Stahl mit einer Dicke von

mindestens 3 mm, unter Ausnahme der Wände eines Wandtresors;
- Schließbewegung, mit der mehrere Riegel gesteuert werden;
- Sicherheitsschlösser mit Schlüssel oder Zahlen-/Buchstabenkombination;
- Mindestgewicht 100 kg, mit Ausnahme von Wand- und/oder verankerten Tresoren.

Haushaltskräfte

Personen, die als Haushaltshilfe eingestellt sind, einschließlich Pflegepersonal und Babysitter.

Hausrat

Der Hausrat bzw. Inhalt der versicherten Wohnung samt des eventuell gleichzeitig bestehenden Privatbüros, d.h. die Gesamtheit folgender Güter:

a) Einrichtung und generell Möbel der Wohnung bzw. des Privatbüros, einschließlich Archiven und persönlichen Unterlagen; Bilder und Teppiche, persönliche Kleidung und alles, was für den häuslichen und persönlichen Gebrauch dient, sowie die vom versicherten Mieter an der Wohnung vorgenommenen Verbesserungsarbeiten und Ergänzungen;

b) besondere Gegenstände, wie Tonwiedergabe- und Fernsehgeräte (Radio, Autoradio, Fernseher, Videogeräte, DVD Player, Stereoanlagen, Aufnahmegeräte und ähnliche), optische Geräte (Fotoapparate, Film- oder Videokameras, Projektoren, Ferngläser, Teleskope und ähnliche), elektronische Geräte (Computer, Drucker, Faxgeräte, tragbare Telefonapparate, Sicherungs- und Alarmanlagen inklusive externer Komponenten und ähnliches), sowie einzelne Parabol- oder Fernsehantennen, Schusswaffen und Uhren aus Nichtedelmetall;

c) Wertgegenstände, Bilder und Teppiche, Gobelins, Skulpturen, Sammlungen im Allgemeinen, in offiziellen Katalogen geführte Kunstobjekte (unter Ausnahme von Schmuck), Pelzmäntel, Tafelsilber;

d) Schmuck und Wertsachen;

e) Einrichtung in Nebengebäuden und zur Wohnung gehörigen Garage, Familienvorräte und alles andere zur Wohnung Gehörige oder vom Versicherten Benutzte, einschließlich Sportgeräten und Zweirädern, unter Ausnahme besonderer und wertvoller Objekte sowie von Schmuck und Wertsachen.

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.

Nichtbenutzung

Ständige Abwesenheit des Versicherten und der mit ihm zusammenlebenden Personen aus der Wohnung. Die Anwesenheit von Personen allein während der Tagesstunden oder die Besichtigung der versicherten Räumlichkeiten zwecks Inspektion, Kontrolle, Reinigung oder Reparaturarbeiten stellt keine Unterbrechung der Nichtbenutzung dar.

Ausweisdokumente

Personalausweis, Führerschein, Reisepass oder anderes behördlich anerkanntes Ausweisdokument, mit dem die Identität des Inhabers bestätigt wird.

Explosion

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

Gebäude

Ganzes Bauwerk oder Teile davon mit oberirdischen Strukturen und ggf. Fundament und/oder Kellerbauten, unter Ausschluss des Grundstücks. Inbegriffen sind:

a) gebäudetechnische Anlagen, wie z.B.: elektrische Anlage, Telefonanlage (unter Ausnahme tragbarer Geräte), Videosprechanlage, Wasser- und Sanitäranlage, Heizungs- und Klimaanlage, Personen- und Lastenaufzüge, Rolltreppen, zentralisierte Antennen und alle anderen ihrer Beschaffenheit oder ihrem Zweck nach als fest eingebaut geltende Anlagen oder Installationen (unter Ausnahme von Photovoltaik- und Solarwärmeanlagen, die unabhängig vom Gebäude versichert werden können); als Hausrat gelten hingegen Alarmanlagen, einzelne Parabol- und/oder Fernsehantennen;

b) feste Umzäunungen und - ggf. elektrisch gesteuerte - Tore, Türen, Fenster, Tapeten, Anstrich, Teppichböden, Verkleidungen, Trennwände, Hängedecken, Fresken und Statuen ohne künstlerischen Wert. Ausgeschlossen sind hingegen Parkanlagen, Gärten, Bäume und Privatstraßen;

c) Nebengebäude (Garagen, Keller, Dachböden, Heizwerk, Swimmingpools, Spiel- und Sportgeräte) jeder Bauart, sofern diese im Gebäude selbst oder, ggf. alleinstehend, auf dem angrenzenden Grundstück errichtet worden sind (Artikel 817, 818 it. Zivilgesetzbuch);

d) im Falle von Eigentumswohnungen in Mehrfamilienhäusern auch der Anteil am Gemeinschaftseigentum.

Elektrische Störfälle

Zu den elektrischen Störfällen gehören:

- Kurzschluss: unerwünschter Kontakt mit geringer Impedanz zwischen zwei Anlagenteilen, die normalerweise mit unterschiedlichen Potentialen betrieben werden;
- Stromschwankungen: Abweichung der Stromstärke von den für den einwandfreien Anlagenbetrieb vorgeschriebenen Nennwerten;
- Überspannung: plötzlicher Anstieg des Spannungswerts der Stromversorgung gegenüber den für den einwandfreien Anlagenbetrieb vorgeschriebenen Nennwerten oder Einspeisung von unidirektionalen Spannungsimpulsen in das Stromversorgungsnetz aufgrund von Witterungsereignissen;

- Störlichtbogen: unerwünschte elektrische Entladung zwischen zwei Anlagenteilen, die durch die Netzspannung gespeist wird.

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.

Erdrutsch, Steinlawine

Lösen und/oder Abrutschen von Erdreich und Felsen, auch wenn dieses auf Durchnässung zurückzuführen ist.

Diebstahl

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

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.

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.

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). Ebenso als feuerfest gelten Baustoffe aus Brettschichtholz oder Multiplexplatten mit Mindeststärke 8 cm.

Unfall

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

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 der Wohnung gehören, mit Ausnahme von Oberlichtern.

Ferienwohnung

Saisonaler Wohnort, an dem sich der Versicherte im Laufe des Jahres nur gelegentlich aufhält.

Krankheit

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

Planmäßige Wartung

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

Außerplanmäßige Wartung

Als außerplanmäßige Wartungsarbeiten gelten notwendige Maßnahmen und Veränderungen zur Erneuerung und zum Austausch von - ggf. auch tragenden - Gebäudeteilen sowie zur Errichtung und Ergänzung von Wasser-, Sanitär- und anderen haustechnischen Anlagen, vorausgesetzt dass dabei keine Veränderungen der Teil- oder Gesamtvolumen der Gebäude oder von deren Nutzungsbestimmung vorgenommen werden. Zu den außerplanmäßigen Wartungsmaßnahmen zählen auch Eingriffe zur Teilung oder Zusammenlegung von Immobilieneinheiten mit Ausführung von Bauarbeiten, auch wenn diese Änderungen an der Fläche der einzelnen Immobilieneinheiten sowie der urbanistischen Belastung bewirken, vorausgesetzt dass das Gesamtvolumen der Gebäude nicht verändert wird und ihre ursprüngliche Nutzungsbestimmung erhalten bleibt.

Tretroller

Fahrzeug mit zwei oder mehr Rädern, dessen Antrieb entweder durch das Abstoßen mit einem Bein und/oder durch eine Batterie erfolgt.

Wohnungszubehör

Keller, Dachböden, Garagen, einschließlich Umzäunungen, Tore, Bäume und anderer Sachen, die dauerhaft dem Gebäude zugeordnet sind, vorausgesetzt, dass sie im Gebäude selbst oder im daran angrenzenden Bereich errichtet worden sind.

Absolutes Erstrisiko

Versicherungsform, bei welcher die Versicherungsgesellschaft 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.

Anlagendefekt

Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einer Anlage infolge einer Beschädigung derselben.

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.

Tür- oder Fensterflügel

Element, das zum Verschließen von Durchgängen, Beleuchtungs- und Belüftungsöffnungen an einem Gebäude bestimmt ist.

Schadensfall bezüglich Rechtsschutz und Cyber Risk

Auftreten der Streitigkeit.

Erdrutsch, Mure

Talwärts Rutschen von Erdreich, verursacht durch die Durchnässung des Bodenmaterials.

Social Network

Virtuelle Gemeinschaften, die entstanden sind, um zwischenmenschliche Beziehungen, Informationsaustausch, Freundschaften und Kontakte zu vereinfachen.

Decke

Bauteile, die als horizontale Unterteilung zwischen den Stockwerken eines Gebäudes dienen, Bodenbeläge und Zwischendecken ausgenommen.

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).

Erdbeben

Plötzliche, heftige, durch endogene Kräfte verursachte Bewegung der Erdkruste, wenn die Gewaltsamkeit des Ereignisses sich an seinen Auswirkungen auf eine Reihe von - versicherten oder nicht versicherten - Gegenständen in der näheren Umgebung feststellen lässt.

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, Zuganker).

Erdverlegtes Rohr

Rohrleitung, die unter einer Erdschicht teilweise oder ganz in direktem Kontakt mit dem Erdreich verlegt wurde oder zumindest nicht ganz von Mauerwerk geschützt wird.

Neuwert (Gebäude)

Damit wird die Ausgabe bezeichnet, die für den kompletten Neubau des Gebäudes erforderlich wäre, unter Ausschluss des alleinigen Grundstückwerts.

Geschäftswert (Hausrat)

Damit werden die Kosten für den Ersatz beschädigter oder entwendeter Güter durch gleiche oder wirtschaftlich gleichwertige neue Güter bezeichnet, einschließlich Transport-, Montage- und Steuerkosten, abzüglich einer Wertminderung von maximal 50%, die im Verhältnis zu Alter, Typ, Qualität, Funktionstüchtigkeit, Leistung, Wartungszustand und anderen Begleitumständen festgelegt wird.

Vollwert

Versicherungsform, bei welcher die Versicherungsgesellschaft im Verhältnis zu dem Wert für den Schaden haftet, den die versicherten Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfalls in Bezug auf die in der Police versicherte Summe haben, wobei die Proportionalitätsregel laut Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs zur Anwendung gelangt.

Wertsachen

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

Fahrradähnliche Gefährte

Fahrzeuge mit zwei oder mehr Rädern, die ausschließlich durch Muskelkraft mithilfe von Pedalen oder ähnlichen Vorrichtungen durch die Fahrzeugführer angetrieben werden; ebenfalls zu dieser Kategorie gehören Pedelecs mit elektrischem Hilfsmotor mit einer kontinuierlichen maximalen Nennleistung von höchstens 0,25 kW oder 0,5 kW, wenn sie für den Warentransport ausgelegt sind, wobei die Unterstützung progressiv abgeregelt wird und ganz abschaltet, wenn das Fahrzeug 25 km/h erreicht bzw. wenn nicht in die Pedale getreten wird. Pedelecs können auch über einen Schaltknopf verfügen, dessen Betätigung den Motor auch ohne Pedalbewegung aktiviert; in dieser Betriebsart muss die Geschwindigkeit jedoch auf 6 km/h begrenzt sein.

Reise (Definition mit Gültigkeit für den Beistand für die Wohnung)

Eine - zum Zwecke des Tourismus erfolgende - Entfernung des Versicherten um über 100 km von seinem Wohnort.

ALLGEMEINE REGELUNGEN FÜR ALLE DECKUNGSARTEN

Art. 1 - Erklärungen zu den Risikoumständen.

Die von Versicherungsnehmer oder Versichertem getätigten Angaben müssen der Wahrheit entsprechen, vollständig und richtig sein.

Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer und den Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung nach sich ziehen.

Wurde die Wahrheit vorsätzlich oder fahrlässig verfälscht dargestellt, hat die Versicherungsgesellschaft in der Tat das Recht:

- binnen drei Monaten ab Bekanntwerden der ungenauen Angabe bzw. der verschwiegenen Tatsachen die Gültigkeit des Vertrags zu beanstanden und seine Annullierung zu verlangen;
- die Leistung bzw. Zahlung der Entschädigung zu verweigern, falls der Schadensfall eintritt, bevor oben genannte Frist verstrichen ist;
- die Prämien, die sich auf den zum Zeitpunkt der Annullierungsforderung laufenden Versicherungszeitraum bezieht, einzubehalten.

Wurde die Wahrheit hingegen ohne Vorsatz oder Fahrlässigkeit verfälscht dargestellt:

- binnen drei Monaten ab Bekanntwerden der ungenauen Angabe bzw. der verschwiegenen Tatsachen vom Vertrag zurückzutreten;
- bei Auftreten eines Schadensfalls und zu jeder Zeit die Deckungssummen in dem Verhältnis zu kürzen, das zwischen der vereinbarten Prämie und derjenigen besteht, die berechnet worden wäre, wenn das reale Risiko bekannt gewesen wäre.

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 - zugunsten des Versicherungsnehmers 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 E) 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 die Versicherungsgesellschaft, falls sie 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 gelten die Zahlung der neuen Prämie und Entgegennahme der diesbezüglichen Quittung als Annahme der neu vorgeschlagenen Bedingungen.

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 der Versicherungsgesellschaft seinen Widerrufs- oder Rücktrittswunsch beliebig auf einem der folgenden Wege mit:

- per Einschreiben an die Adresse: Net Insurance S.p.A. c/o Postfach 106, 26100 CREMONA – Italien;
- - per herkömmlicher oder zertifizierter E-Mail an die Adresse wecare@netinsurance.it.

Die Ausübung des Widerrufs- oder Rücktrittsrechts befreit die Versicherungsgesellschaft von jeglicher Verpflichtung im Schadensfall ab dem Moment des Empfangs der vom Versicherten übermittelten Mitteilung.
Versicherungsgesellschaft 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 bei der Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft den Versicherungsantrag des Versicherungsnehmers akzeptiert.

Art. 8 - Erhöhung des Risikos - Verringerung des Risikos

Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte hat die Versicherungsgesellschaft schriftlich über jede Erhöhung des Risikos zu informieren.

Eine Erhöhung des Risikos, die der Versicherungsgesellschaft nicht bekannt ist oder von dieser 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.

Falls sich das Risiko mindert, hat die Versicherungsgesellschaft die Prämie bzw. deren Raten, die nach diesbezüglicher Mitteilung durch den Versicherungsnehmer fällig werden, gemäß Art. 1897 des it. Zivilgesetzbuchs zu senken und auf ihr diesbezügliches Rücktrittsrecht zu verzichten.

Art. 9 - Wartezeiten

Falls diese Police ohne Unterbrechung der Deckung (d.h. ohne auch nur einen Tag ohne Versicherungsschutz) als Ersatz für eine andere, mit dieser Versicherungsgesellschaft abgeschlossene Versicherung ausgestellt wird, werden die Wartezeiten ab Datum des Inkrafttretens der Versicherung berechnet in Bezug auf:

- **höhere Versicherungsdeckungen für Deckungen, die bereits im vorigen Vertrag enthalten waren;**
- **Deckungen, die im vorigen Vertrag nicht enthalten waren;**
- **neu versicherte Personen.**

Art. 10 - Rücktritt im Schadensfall

Nach jedem, entsprechend den in der Police angegebenen Bedingungen gemeldeten Schadensfall und bis 60 Tage nach Auszahlung oder Verweigerung der Entschädigung haben die Parteien die Möglichkeit, mittels Einschreiben mit Rückschein oder zertifizierter E-Mail mit einer Vorankündigungsfrist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung zurückzutreten.

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

Art. 21 - 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 - Glossar/Verweis auf gesetzliche Regelungen und auf den Vertrag anwendbares Recht
Das Glossar ist fester Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen. Wenn nicht ausdrücklich anders geregelt, gelten die gesetzlichen Bestimmungen. Das auf den Vertrag anwendbare Recht ist das italienische.

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
Die Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherungsgesellschaft 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; 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;**
7. **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;**
8. **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;**
9. **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;**
10. **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;**
11. **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;**
12. **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;

13. **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 unverändert für die gesamte Laufzeit der Versicherung geltender Betrag im Versicherungsantrag und in der Police angegeben ist.

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 halbjährliche oder monatliche 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 gegen eine von der Versicherungsgesellschaft ausgestellte Quittung 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherungsgesellschaft anheim.
Eine mangelnde Zahlung der Prämie kann vom Versicherungsnehmer auf keinen Fall durch die Entgegenhaltung gerechtfertigt werden, die Versicherungsgesellschaft 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 zuzüglich gesetzlicher Zinsen 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 der Versicherungsgesellschaft erfolgen, die 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 Ablauf der Versicherung;
- bei Rücktritt;
- bei mangelnder Zahlung der Prämie nach Verstreichen der Wiederinkraftsetzungsfrist laut Art. 32.

Art. 36 - Begünstigter der Versicherten Leistung/Dritter als Anlaufstelle
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 der Versicherungsgesellschaft 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 bei der Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherungsgesellschaft zur Erbringung der Versicherten Leistung bewirkt hat, - schriftlich der Versicherungsgesellschaft mitgeteilt hat, die Begünstigung annehmen zu wollen.

Gemäß Art. 1923 des it. Zivilgesetzbuchs stehen die dem Begünstigten von der Versicherungsgesellschaft ausgezahlten Summen unter dem Schutz vor Pfändung und Beschlagnahme.
Der Versicherungsnehmer kann ferner aufgrund persönlicher Anforderungen hinsichtlich der Vertraulichkeit einen Dritten, bei dem es sich nicht um den Begünstigten handelt, als Anlaufstelle für den Todesfall benennen, an den sich die Versicherungsgesellschaft beim Ableben des Versicherten wenden kann.

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 die Versicherungsgesellschaft, nachdem sie 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 die Versicherungsgesellschaft 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 an die Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherungsgesellschaft von jeder Verantwortung;**
- **Kopie von Ausweis und Steuerkarte des Begünstigten.**

Die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft binnen 30 Tagen für die Auszahlung der Versicherten Leistung an den Begünstigten.

Die Versicherungsgesellschaft 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 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 die Versicherungsgesellschaft zur Leistung einer Entschädigung verpflichtet wäre. Bei Erlöschen der laufenden Versicherung erstattet die Versicherungsgesellschaft 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 mit 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 vorbestehenden 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 (gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive seit mehr als 10 Jahren - bzw. 5 Jahren bei Krebserkrankungen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahrs aufgetreten sind - abgeschlossen ist. Unbeschadet etwaiger späterer Änderungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelung, die günstiger für den Versicherten sind).**
- **.**

Traf auf den Versicherten bereits vor Abschluss der Police eine dieser Bedingungen zu, verliert diese ihre Wirkung und jegliche Gültigkeit für diesen Versicherten.
Sobald die Versicherungsgesellschaft obige Umstände erfahren hat, wird sie 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 die Versicherungsgesellschaft 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
Die Versicherungsgesellschaft 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:

Myokardinfarkt
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,
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. Fahrlässigkeit, Unvorsichtigkeit und mangelnder Sachverstand bei der Beachtung 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 die Versicherungsgesellschaft 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 ärztlich behandelt bzw. klinisch untersucht (Geräte- oder Labordiagnostik) worden sind (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).

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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 ist vom Versicherten entweder über den geschützten Website-Bereich, die App oder die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it einzusenden.

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 der Versicherungsgesellschaft - den erforderlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen, um die Feststellung der Schweren Erkrankung bei medizinischen Einrichtungen und durch Vertrauensärzte der Versicherungsgesellschaft 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, von der Versicherungsgesellschaft verlangter, ärztlicher Untersuchungen wird sich die Betriebszentrale im Auftrag der Versicherungsgesellschaft dazu verpflichten, die Schwere Erkrankung zu überprüfen und dem Versicherten binnen 30 Tagen 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 von der Versicherungsgesellschaft mit der Anerkennung der Schweren Erkrankung zugesandt wird.
Falls die Schwere Erkrankung von der Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft zur Leistung einer Entschädigung verpflichtet wäre. Bei Erlöschen der laufenden Versicherung erstattet die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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. 8 - **„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. 6 - „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 diese im Wege der menschlichen Solidarität oder Notwehr begangen werden**.

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 bei der Versicherungsgesellschaft versicherte Personen betrifft, die zusammengefasste Entschädigungsgrenze den Betrag von € 5.000.000,00 für alle auf dasselbe Ereignis zurückzuführende Entschädigungen nicht übersteigen kann.

    Sollten die gesamten von der Versicherungsgesellschaft 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 zu einem Unfall mit Todesfolge, die **binnen 2 Jahren ab Unfalldatum** eintritt, garantiert die Versicherungsgesellschaft eine Entschädigung, die der in der Police angegebenen Deckungssumme entspricht, 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 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 hinausgeht:**
  - **erfolgt keine Entschädigung, wenn der Grad bleibender Invalidität kleiner oder gleich 8% ist;**
  - **werden 8% hingegen überstiegen, wird die Entschädigung unter Berechnung eines 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft ist in der Lage, ein früheres Datum festzulegen.

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

Im Falle 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 die Versicherungsgesellschaft 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

Kommt es zu einem Unfall, erstattet die Versicherungsgesellschaft 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, medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch oder Organspende zahlt die Versicherungsgesellschaft 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 zwecks **Organspende**;
b. **Ambulante Behandlung und Operationen in Tagesklinik, vorausgesetzt dass der Krankenhausaufenthalt am Tag ohne Übernachtung mindestens 5 Stunden dauert**, in einem zugelassenen Gesundheitsbetrieb mit Ausstellung einer Krankenakte erfolgt, für **eine Dauer über 2 - ggf. nicht aufeinanderfolgenden - Tage für dieselbe Krankheit bzw. denselben Unfall; in diesem Fall wird das Tagegeld zu 50% bezahlt.**

ERWEITERUNG DER DECKUNG

a. 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. Bei einem Unfall, der auch eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus nach sich zieht, kann diese Leistung nicht mit dem von der Unfalldeckung vorgesehenen Tagegeld kombiniert werden.
b. **Tagegeld für Genesungszeitraum nach dem stationären Krankenhausaufenthalt**: Benötigt der Versicherte nach einem durch Unfall, Krankheit, Geburt, medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs oder Organspende verursachten Krankenhausaufenthalt, der gemäß Police entschädigungsfähig ist, einen Zeitraum der häuslichen Genesung, leistet die Versicherungsgesellschaft eine Entschädigung pro Tag, die **50% des in der Police angegebenen Krankenhaustagegelds entspricht**, in folgenden Fällen und mit folgenden Grenzen:
    - Nach **stationärer 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 ambulanten Operation.

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

Wurden die Deckungen laut vorausgehenden Punkten A - B - C - D - E aktiviert, gelten sie, falls sie mit dieser Garantie kombiniert worden sind, in partieller Abweichung von Absatz f) des nachfolgenden Art. 59.1 auch für die Ausübung von: 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.

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) **Trunkenheit des Versicherten, Missbrauch von Psychopharmaka, Betäubungsmitteln oder Halluzinogenen;**
l) **soziale Unruhen, gewalttätige Aktionen oder Angriffe, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat;**
m) **vom Versicherten begangene oder versuchte vorsätzliche Handlungen;**
n) **Straftaten des Versicherten, Selbstmord und Selbstverletzung;**

o) Erdbeben, Überschwemmungen, Sturmfluten und Vulkanausbrüche;
p) Krieg, Aufstände oder terroristische Anschläge, einschließlich der direkten oder indirekten Folgen chemischer oder biologischer Kontamination;
q) natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (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 erworbenen Immunschwächesyndrom (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 Tagegeld für krankheitsbedingte Krankenhausaufenthalte sind stationäre Aufnahmen ausgeschlossen:
a. die auf zum Datum des Inkrafttretens der Police Vorbestehende Erkrankungen zurückzuführen sind;
b. die durch Alkoholmissbrauch oder nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka, Betäubungsmitteln, Halluzinogenen und ähnlichen Substanzen verursacht worden sind;
c. die auf natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms und die Beschleunigungen von Elementarteilchen zurückzuführen sind;
d. 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;
e. die durch Erdbeben, Überschwemmungen, Sturmfluten und Vulkanausbrüche verursacht worden sind;
f. die durch Schönheitsbehandlungen, Abmagerungskuren und Diäten verursacht worden sind;
g. die auf psychische Krankheiten und Störungen allgemein oder auf Neurosen, einschließlich Angst- und/oder depressiver Syndrome, zurückzuführen sind;
h. die auf das erworbene Immunschwächesyndrom (AIDS) oder andere damit verbundene Erkrankungen zurückzuführen sind;
i. die durch willentlich vom Versicherten gegen sich selbst begangene oder an sich zugelassene Taten verursacht wird;
j. 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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. von der Versicherungsgesellschaft angeordneten Untersuchungen und ärztlichen Kontrollen zu unterziehen und dieser 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 von der Versicherungsgesellschaft beauftragten Vertrauensarzt vorgesehen,

falls diese eine Überprüfung der Art der durch den gemeldeten Unfall verursachten Verletzungen für erforderlich hält.

Die Feststellung des Unfalls wird von der Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherungsgesellschaft, wenn verlangt.

Art. 61 - Entschädigungskriterien

Die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 von der Versicherungsgesellschaft geschätzte bleibende Invaliditätsgrad 25% oder mehr beträgt.

Unbeschadet dieser Regelung, darf dieser Vorschuss nicht als endgültige Verpflichtung der Versicherungsgesellschaft im Hinblick auf den bei der Schadensabwicklung festzustellenden Prozentsatz der bleibenden Invalidität gelten.

Die Verpflichtung der Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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. Die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft zu Gunsten des Versicherten und dessen Rechtsnachfolgern auf ihr 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 bei 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

Die Versicherungsgesellschaft zahlt dem Versicherten die in der Police angegebene Deckungssumme für den Fall der krankheitsbedingten bleibenden 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, unbeschadet der Wartezeiten laut nachstehendem Art. 70 **„Wartezeiten“.**

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

Unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 70 - „Wartezeiten“, ist von der Versicherung ausgeschlossen eine bleibende Invalidität:

1. **die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens dieser Police bestanden hat;**
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 Energieausgleiche des Atoms und die Beschleunigungen von Elementarteilchen 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 ist;**
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 wird;**
11. **die auf Erkrankungen zurückzuführen sind, die durch elektromagnetische Einflüsse verursacht worden sind.**

Art. 70 - Wartezeiten

Unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 68 - „Gegenstand der Versicherung“ und 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 der Versicherungsgesellschaft ausgestellt wird, gelten vorgenannte Fristen:

- **vom Tag des Inkrafttretens der Deckung laut voriger Police für die Leistungen und Deckungssummen, die aus letzterer hervorgehen;**
- **vom Tag des Inkrafttretens der Deckung laut der vorliegenden Police, beschränkt auf die höheren Deckungssummen und veränderten Leistungen, die aus letzterer hervorgehen.**

Im Falle einer Police, die als Fortsetzung einer anderen Police der Versicherungsgesellschaft binnen 30 Tagen nach Ablauf der Vorgängerpolice ausgestellt wird, 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 die Versicherungsgesellschaft 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 Erreichen einer neuen Altersgruppe wird bei der jährlichen Vertragsverlängerung die Anpassung der Prämie vorgenommen, indem auf jeden Versicherten die Erhöhung der *Prämie* (in Prozent angegeben) angewandt wird, die seiner Altersgruppe zum Zeitpunkt der Vertragsverlängerung laut nachstehender Tabelle entspricht.

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 die Versicherungsgesellschaft 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:

- **der Versicherungsgesellschaft 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 den eventuell von der Versicherungsgesellschaft oder von deren Beauftragten angeordneten ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen zu unterziehen;**
- **der Versicherungsgesellschaft 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, die direkt und ausschließlich auf die gemeldete Krankheit zurückzuführen 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 zurückgebliebenen Grads bleibender Invalidität vorlegen.
Falls der Versicherte kein Attest beibringt, wird die Versicherungsgesellschaft ihrerseits 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 der Versicherungsgesellschaft, wenn verlangt.

Art. 73 - Entschädigungskriterien
Die Versicherungsgesellschaft 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 von der Versicherungsgesellschaft oder einem von dieser 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: 70 Jahre.**
- **Maximalem Austrittsalter: 75 Jahre.**

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 die Versicherungsgesellschaft zur Leistung einer Entschädigung verpflichtet wäre. Bei Erlöschen der laufenden Versicherung erstattet die Versicherungsgesellschaft 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.

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

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 mit 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 vorbestehenden 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 die Versicherungsgesellschaft obige Umstände erfahren hat, wird sie 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. 77 - Voraussetzungen
Die Risikoübernahme durch die Versicherungsgesellschaft 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. 74.
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 der Versicherungsgesellschaft 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:

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% der Tagesentschädigung 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. 74.

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 der Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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.

<table>
<tr><th colspan="2">SURGICAL CASH</th></tr>
<tr><td>Stationäre Aufnahme mit Operation
Tageschirurgie
Ambulant durchgeführte Operation</td><td>Entschädigung anhand von 7 nach Schwierigkeitsgrad der Operation gegliederten Kategorien

<table>
<tr><th>Operationskategorie</th><th>Beispiel einer Operation</th><th>Privat (€)</th><th>SSN (€)</th></tr>
<tr><td>I</td><td>Entfernung einer Zyste</td><td>200</td><td>100</td></tr>
<tr><td>II</td><td>Adenoidektomie</td><td>400</td><td>200</td></tr>
<tr><td>III</td><td>Meniskektomie (in Arthroskopie) (vollständige Behandlung)</td><td>1.500</td><td>750</td></tr>
<tr><td>IV</td><td>Reparatur bei Ruptur der Rotatorenmanschette der Schulter</td><td>2.000</td><td>1.000</td></tr>
<tr><td>V</td><td>Mammarekonstruktion nach radikaler Mastektomie</td><td>4.000</td><td>2.000</td></tr>
<tr><td>VI</td><td>Prothese Hüftgelenk</td><td>8.000</td><td>4.000</td></tr>
<tr><td>VII</td><td>Lungentransplantation</td><td>15.000</td><td>7.500</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

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% der Tagesentschädigung 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, während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, der während der Vertragslaufzeit aufgetreten ist, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 74.

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 der Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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, 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.

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% mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 25% Erstattung zu 100%
	In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)	
	Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	
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 die Versicherungsgesellschaft 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 der Übersichtstabelle 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 (als solche ist ein Tag mit Übernachtung zu verstehen), einschließlich Entbindung und medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs, zahlt die Versicherungsgesellschaft, 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 ***Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation*** ***Tagesklinik / Tageschirurgie*** ***Ambulant durchgeführte Operation*** Anwendung Selbstbeteiligungen / Selbstbehalte: In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung) - Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation - Tagesklinik / Tageschirurgie und ambulant durchgeführte Operation In Nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung) - Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation - Tagesklinik / Tageschirurgie und ambulant durchgeführte Operation Ausgaben VOR und NACH Eingriffen	€ 200.000 Erstattung zu 100% Erstattung zu 100% mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 20% mit Berechnung eines Selbstbehalts von € 200 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. 74.

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) - In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung) Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15% 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) In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung) Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15% mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 25% 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 ihres 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
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.

Die Versicherungsgesellschaft 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 von der Versicherungsgesellschaft 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 von der Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft € 1.000,00 pro Versicherten und Versicherungsjahr.

Da Vertragseinrichtungen nur innerhalb des italienischen Staatsgebiets vorhanden sind, erstattet die Versicherungsgesellschaft 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 in Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)**	**Durchgeführte Behandlungen in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)**	**Wartezeiten**
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		**€ 82,50**	

	Füllung von zwei Wurzelkanälen			
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 keine Approbation 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 Entfernung chirurgischer Implantate sowie von deren Teilen oder jede 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 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 Ausschlüsse unter vorausgehendem Art. 80, 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 dieser Versicherungsgesellschaft abgeschlossene Versicherung ausgestellt wird, werden die oben erwähnten Wartezeiten ab Datum des Inkrafttretens der Versicherung berechnet 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 Ausschlüsse unter vorausgehendem Art. 80, 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 die Versicherungsgesellschaft 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. 84 - Haftung

Der Versicherte erkennt ausdrücklich an, dass die Versicherungsgesellschaft 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 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, Englisch, Deutsch, 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, Punkt D.1).

Unterlagen, die in anderen Sprachen als Italienisch, Englisch, Deutsch, 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 der Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherungsgesellschaft, 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 die Versicherungsgesellschaft das Recht vor, mithilfe der Betriebszentrale weitere ärztliche Dokumentation oder die Befunde von Gerätediagnostik einzufordern, falls diese für notwendig erachtet werden.

Die Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherungsgesellschaft 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 der Versicherungsgesellschaft, 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 die Versicherungsgesellschaft das Recht vor, mithilfe der Betriebszentrale weitere ärztliche Dokumentation oder die Befunde von Gerätediagnostik einzufordern, falls diese für notwendig erachtet werden.

Die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft, 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 von der Versicherungsgesellschaft fälschlicherweise an die Krankenhauseinrichtung gezahlten Beträge zurückzuerstatten hat, falls die Zahlungen bereits von der Versicherungsgesellschaft an die Vertragseinrichtung bzw. den Vertragsarzt geleistet worden sind, bzw. er hat andernfalls selbst für diese aufzukommen.
Falls der Versicherte dem nicht innerhalb der genannten Fristen nachkommt, behält sich die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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 von MyAssistance 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:
- bei der Versicherungsgesellschaft 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 nachstehende 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 die Versicherungsgesellschaft 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 entweder über den geschützten Website-Bereich, die App oder die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it einzusenden.

3. Erstattung von Behandlungskosten

Der Versicherte kann:

- Bei der Versicherungsgesellschaft 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 Kosten beantragen, die in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen entstanden sind.

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 nachstehende 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 die Versicherungsgesellschaft 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:

- bei der Versicherungsgesellschaft 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 nachstehende 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 die Versicherungsgesellschaft dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge, nachdem die ordnungsgemäß quittierten Rechnungen oder Ausgabenbelege in Fotokopie eingereicht worden sind samt:

- vom Hausarzt oder Facharzt ausgestellte 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:

- bei der Versicherungsgesellschaft anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er bei der Betriebszentrale eine Vertragseinrichtung wählt;
- die Erstattung von in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen getragenen Kosten beantragen.

5.2. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)
Der Versicherte ist verpflichtet, zunächst die Betriebszentrale unter der in Art. 83 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 (das Formular ist bei der Betriebszentrale anzufordern);

- Kopie der steuergültigen Rechnung mit Detailangabe der erbrachten Leistungen, deren Kosten und jeweiligem Ausführungsdatum. Falls das Rechnungsdatum vom Erbringungsdatum der Leistungen abweicht, wird für die Entschädigungsfähigkeit des Schadensfalls das Datum herangezogen, an dem die einzelnen Leistungen erbracht worden sind;
- 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 zu senden.

Art. 89 - Auszahlung der Entschädigung/Erstattung von erstattungsfähigen Schadensfällen
Die Zahlung der Entschädigung im Schadensfall wird von der Versicherungsgesellschaft 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 von der Versicherungsgesellschaft **Europ Assistance Italia S.p.A.** (nachstehend Europ Assistance) anvertraut.
Es steht der Versicherungsgesellschaft 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
Die Versicherungsgesellschaft stellt ausschließlich über die Organisationsstruktur in den Fällen „Unfall" oder „Krankheit versicherter Personen" diesen den Service Beistand zur Verfügung, der die nachstehend erläuterten Einzelleistungen umfasst.
Sämtliche Transportleistungen gelten ausschließlich in Italien. Die telefonische ärztliche Beratung kann jedoch von jedem beliebigen Aufenthaltsort des Versicherten aus aktiviert werden.

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 zu seinen Lasten verbleiben.

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.

TRANSPORT IM KRANKENWAGEN
(Nur für Italien gültige Leistung)
Falls der Versicherte infolge eines - von der Organisationsstruktur festgestellten - Unfalls bzw. einer Krankheit einen Transport im Krankenwagen 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
(Gültigkeit der Leistungen in Italien für Entfernungen von mehr als 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.

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 Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, 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. 91 - 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.

BEREICH PERSONENRISIKEN
B. SEKTOR BERUF

ABSCHNITT 7 - ARBEITSPLATZVERLUST

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

Art. 92 - Gegenstand der Versicherung
Die Deckung gilt bei Entlassung des Versicherten aufgrund „objektiv berechtigter Gründe“.

A. DECKUNG ARBEITSPLATZVERLUST
Bei Entlassung des Versicherten aus „objektiv berechtigten Gründen“ leistet die Versicherungsgesellschaft die in der Police angegebene Entschädigung für jeden belegten Monat der Arbeitslosigkeit.

Bei Auftreten eines zum Gegenstand der Versicherung gehörenden Schadensfalls zahlt die Versicherungsgesellschaft dem

Versicherten, vorbehaltlich des nachstehend erläuterten **Selbstbehaltszeitraums von 60 Tagen,** eine dem in der Police angegebenen Betrag entsprechende Entschädigung auf Basis der in nachstehender Tabelle aufgeführten Berechnungsmethode für die Entschädigung in Funktion der aufeinanderfolgenden Tage, an denen der Versicherte infolge des Arbeitsplatzverlustes (der im Verlauf des Versicherungsjahrs eingetreten sein muss) arbeitslos war, vorausgesetzt dass der Versicherte seinen effektiven und andauernden Zustand der Arbeitslosigkeit belegen kann.

Die Entschädigung wird auch im Falle mehrerer Entlassungen über maximal **9 Monate pro Schadensfall und Versicherungsjahr ausgezahlt. Für jeden gedeckten Monat entspricht die Entschädigung dem in der Police angegebenen Betrag mit der Grenze von € 1.000,00.**

Methode zur Berechnung der Entschädigung:	
Arbeitslosigkeitstage im Anschluss an den Arbeitsplatzverlust	**Anzahl der geleisteten monatlichen Entschädigungen**
Bis 60	**0**
Von 61 bis 90	**1**
Von 91 bis 120	**2**
Von 121 bis 150	**3**
Von 151 bis 180	**4**
Von 181 bis 210	**5**
Von 211 bis 240	**6**
Von 241 bis 270	**7**
Von 271 bis 300	**8**
Über 300	**9**

Falls der Versicherte nach der Entlassung einen neuen Beschäftigungsvertrag abschließt oder eine andere Art gewerblicher Tätigkeit mit einer Dauer von mindestens 10 Arbeitstagen aufnimmt, steht die Entschädigung nicht mehr zu. In diesem Fall wird die Versicherungsdeckung bei erneuter Entlassung des Versicherten reaktiviert, vorausgesetzt dass dieser mindestens 90 Tage ohne Unterbrechung bei dem neuen Arbeitgeber gearbeitet hat.

Die Entschädigung wird über maximal 18 Monate pro Versicherten für die gesamte Dauer der Police zuerkannt. Die Versicherungsdeckung erlischt nach Auszahlung der 18. periodischen Entschädigung, als Summe eines oder mehrerer Schadensfälle, die während der gesamten Laufzeit der Police, einschließlich Verlängerungen, aufgetreten sind.

SELBSTBEHALT UND WARTEZEIT

Die Versicherungsdeckung für das Ereignis gemäß Deckung A. ARBEITSPLATZVERLUST aus „objektiv gerechtfertigten Gründe“ unterliegt einem absoluten Selbstbehalt von 60 Tagen und einer Wartezeit von 180 Tagen. Sollte die Entlassung dem Versicherten binnen 180 Tagen ab Inkrafttreten der Versicherung bekanntgegeben werden, ist keine Entschädigung fällig.

Art. 93 - Versicherte Personen

Versicherbar sind Personen, die zum Zeitpunkt des Schadensfalls über ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis in der Privatwirtschaft verfügen, seit mindestens 180 Tagen eingestellt worden sind und die Probezeit bestanden haben.

Art. 94 – Ausschlüsse

Die Deckung A. ARBEITSPLATZVERLUST gilt nicht bei:

1. **Entlassungen aus „wichtigem Grund“, subjektiv berechtigtem Grund, disziplinarischen und beruflichen Gründen;**
2. **eigener Kündigung;**
3. **Entlassung bei Verwandtschaftsverhältnissen mit dem Arbeitgeber;**
4. **Beendigung durch Ablauf von befristeten Arbeitsverträgen, Arbeitsförderungsverträgen (ehemalige Ausbildungsverträge), Lehrverträgen, saisonalen Arbeits- und Überbrückungsverträgen, Zeit- und Abrufverträgen;**

5. Beschäftigungsverträgen, die nicht vom italienischen Recht geregelt werden;
6. Entlassung bei Erreichen des Rentenalters;
7. ggf. einvernehmliche Auflösung des Arbeitsverhältnisses infolge von Umorganisationsprozessen des Unternehmens, bei denen Übergangsleistungen bis Erreichung des Ruhestands vorgesehen sind;
8. Entlassung im Anschluss an Lohnausgleichskasse von Beschäftigten, die im Verlauf des Ausgleichszeitraums das Rentenalter erreichen;
9. Arbeitslosigkeitssituationen, bei denen Anspruch auf Leistungen durch die reguläre Lohnausgleichskasse (auch bei Sonderregelung), die Ausgleichskassen des Bauwesens oder die Außerordentliche Lohnausgleichkasse (auch bei Sonderregelung) besteht;
10. Entlassung wegen Überschreitung der maximal zulässigen Krankentage;
11. Entlassung aufgrund Gefängnisstrafe des Arbeitnehmers.

Die Deckung A. ARBEITSPLATZVERLUST gilt nicht, wenn:

a. der Versicherte bei Inkrafttreten der Versicherung von seiner nahenden Arbeitslosigkeit wusste oder ihm Umstände bekannt waren, die deren Eintreten objektiv voraussehen ließen;
b. der Verlust des Arbeitsplatzes ein aufgrund des befristeten Beschäftigungsverhältnisses programmiertes Ereignis ist oder wenn das Beschäftigungsverhältnis des Versicherten saisonaler und/oder vorübergehender Art war bzw. wenn der Verlust die Folge des Ablaufs einer Frist ist (z.B. Ausbildungs- und Arbeitsförderungs- oder Lehrverträge usw.) oder wenn er auf die Beendigung eines Verhältnisses im Rahmen eines „Projektarbeitsvertrages“ zurückzuführen ist;
c. der Versicherte sich nicht ins amtliche Arbeitslosenregister in Italien hat eintragen lassen, außer im Falle der regulären Eintragung in die Liste der „Entlassungen“;
d. der Versicherte zum Moment des Schadensfalls seine normale Arbeitstätigkeit im Ausland ausgeübt hat, es sei denn dies geschah im Rahmen eines vom italienischen Recht geregelten Arbeitsvertrags, oder ansonsten wenn der Beschäftigungsvertrag des Versicherten nicht vom italienischen Recht geregelt wird.

Art. 95 - Entschädigungsgrenzen

Die Versicherungsdeckung wird innerhalb der monatlichen Entschädigungsgrenzen entsprechend dem in der Police angegebenen Betrag geleistet. Auf jeden Fall entspricht die maximale Entschädigung, welche die Versicherungsgesellschaft jedem Versicherten auszahlen wird, im Falle mehrerer Entlassungen 9 Monatsbeträgen pro Versicherungsjahr.

Art. 96 - Was tun im Schadensfall

Bezüglich der Deckung A. ARBEITSPLATZVERLUST hat der Versicherte im Schadensfall die Versicherungsgesellschaft binnen 3 Tagen ab Kenntnisnahme schriftlich zu informieren.

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

Dieser Meldung hat folgende Dokumentation zu folgen:

- Entlassungsschreiben des Arbeitgebers und letzte zwei Gehaltsabrechnungen;
- Bescheinigung der Arbeitslosigkeit des Versicherten durch das zuständige Arbeitsamt für den ununterbrochenen Zeitraum nach dem Arbeitsplatzverlust;
- die Versicherungsgesellschaft kann in regelmäßigen Abständen vom Versicherten die Bescheinigung/Dokumentation für das Andauern der Arbeitslosigkeit verlangen oder diese Kontrolle eigenständig vornehmen;
- der Versicherte hat der Versicherungsgesellschaft die erforderlichen Nachforschungen, Beurteilungen und Kontrollen beim Arbeitgeber und zuständigen Arbeitsamt zu gestatten und letztere von ihrer Verschwiegenheitspflicht und den gesetzlichen Auflagen für den Schutz personenbezogener Daten zu befreien.

Die Versicherungsgesellschaft verpflichtet sich dazu, die erhobenen Informationen ausschließlich für die Abwicklung und Auslegung des Versicherungsvertrags unter Einhaltung der geltenden gesetzlichen Vorschriften zu verwenden.

BEREICH VERMÖGENSRISIKEN
C. SEKTOR HAFTPFLICHT, RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK

ABSCHNITT 8 - HAFTPFLICHT

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

Art. 97 - Gegenstand der Versicherung
Die Versicherungsgesellschaft hat im Lauf des Versicherungsjahrs für jeden abgedeckten Schadensfall den Höchstbetrag zu bezahlen, welcher der in der Police angegebenen Deckungssumme entspricht.

A. DECKUNG PRIVATHAFTPFLICHT

Die Versicherungsgesellschaft hält den **Versicherten und/oder dessen Kernfamilie** schadlos für die diesem auferlegte Entschädigungssumme (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben), wenn dieser **gemäß Gesetz zivilrechtlich für unabsichtlich bei Dritten verursachte Schäden haftet** im Falle von:

- Tod, Personenschäden;
- Zerstörung oder Beschädigung von Sachen,
- Schäden an Tieren;

infolge eines unbeabsichtigten Ereignisses, das sich im Bereich von **Privatleben** und **Eigentum** der **Hauptwohnung bzw., wenn diese nicht versichert ist, dem Eigentum der in der Police angegebenen, auf italienischem Staatsgebiet liegenden Nebenwohnung** ereignet hat und nicht durch die Bestimmungen laut Art. 98 - **„Ausschlüsse“** ausgeschlossen wurde, vorbehaltlich Art. 100 - **„Personen, die nicht als Dritte gelten“**.
Die Deckung für Sachbestände des **Privatlebens gilt für die ganze Welt.**
Im Falle der gesamtschuldnerischen Haftung des Versicherten und/oder anderer Mitglieder seiner Kernfamilie gemeinsam mit anderen Personen, haftet die Versicherungsgesellschaft nur für den diesen tatsächlich zustehenden Anteil unter Ausschluss hingegen von jenem Teil des Schadens, der im Rahmen der Gesamtschuld auf diese entfallen würde.

Als - keine weiteren Umstände ausschließende - Beispiele werden folgende Sachbestände abgedeckt:

EIGENTUM UND BEWIRTSCHAFTUNG DER WOHNUNG

a) die Bewirtschaftung von Haupt- und Nebenwohnung sowie von deren Zubehör;
b) das Eigentum der Hauptwohnung und deren Zubehör oder, falls die Hauptwohnung nicht versichert ist, das Eigentum der in der Police als „Standort Risiko Nr. 1“ angegebenen und auf italienischem Staatsgebiet befindlichen Nebenwohnung und deren Zubehör, einschließlich der Gebäudeteile, die Gemeinschaftseigentum von Wohnungen in Mehrfamilienhäusern darstellen;

darunter fallen Schäden durch:

- Auslaufen von Wasser sowie für die Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht laut Buchstabe b) durch Auslaufen von Wasser aufgrund unvorhergesehenen Bruchs (auch wegen Frost) von Regenrinnen, Fallrohren, Wasserleitungen, Sanitär- und Heizungsanlagen oder Haushaltsgeräten;
- Sturz von Rundfunk- oder Fernsehantennen;
- Eigentum von Photovoltaikanlagen und/oder Solarwärmeanlagen, die zur Wohnung gehören;
- Eigentum von Gärten, Pflanzen, Swimmingpools, Privatstraßen, Spiel- und Sportgeräten, die zur Wohnung gehören;

- Dachlawinen, wenn Schnee und Eis nicht rechtzeitig von den Dächern des Gebäudes entfernt worden sind;
- Bewirtschaftung von baumbestandenen Parkanlagen und Gärten, Privatstraßen, Bürgersteigen und Gehflächen, die zum Gebäude gehören, Freiflächen ohne öffentliches Wegerecht, Höfen, Plätzen und Swimmingpools;

ALLTAG

c) Gebrauch von Haushaltsgeräten allgemein;
d) Tätigkeit von Mitarbeitern im häuslichen Bereich (einschließlich Pflegekräfte) für Sachbestände, die zu ihrem Aufgabenbereich gehören;
e) Verabreichung von Speisen und Getränken, die Vergiftungen der Gäste verursachen;
f) Organisation von Feiern unter Familienangehörigen oder Freunden;
g) Eigentum oder Gebrauch von fahrradartigen Gefährten allgemein unter Ausschluss von leichten Elektrofahrzeugen (bspw. E-Tretroller), für welche gemäß Straßenverkehrszulassungsordnung Versicherungspflicht besteht.

FREIZEIT

h) das Bewohnen von Hotelzimmern, Ferienwohnungen;
i) das Zelten;
j) Besitz oder genehmigter Gebrauch von Waffen und deren Munition unter Einhaltung der geltenden Normen, **unter Ausschluss der Verwendung für Jagd und Speerfischen gemäß Angabe unter Art. 98 „Ausschlüsse“;**
k) das Ausüben von Sport, Heimwerken, Gärtnerarbeit, Angeln und Hobbys allgemein;
l) Eigentum und Verwendung von Segelbooten bzw. Booten ohne Motor mit Länge bis 6,50 m (z.B. Ruderboote);
m) Tätigkeiten als freiwilliger Helfer, **mit Ausnahme von Arzt- oder Pflegetätigkeit gemäß Angabe unter Art. 98 - „Ausschlüsse“;**

FAMILIEN MIT KINDERN

n) der Sachbestand minderjähriger Kinder, für welche die Eltern haften, auch wenn diese sich für Studienzwecke im Ausland befinden; falls der Versicherte getrennt oder geschieden ist, gilt die Deckung dennoch für den Sachbestand der minderjährigen Kinder, die nicht gewöhnlich bei ihm leben (z.B. Kinder, für die das Sorgerecht dem anderen Elternteil zugesprochen wurde bzw. bei gemeinsamem Sorgerecht, auch wenn sie vorwiegend beim anderen Elternteil leben);
o) die Teilnahme als Elternteil an schulischen Ausschüssen und von den Schulbehörden genehmigten Tätigkeiten, wie Ausflüge, Sportveranstaltungen, Freizeitveranstaltungen auf dem Gelände des Schulzentrums;
p) die Nutzung von Wohnungen oder Mietzimmern außerhalb des Wohnorts durch Kinder, die an einer Universität studieren und zum Zeitpunkt des Schadensfalls in der Familienstandsbescheinigung des Versicherten eingetragen sind;
q) die Tätigkeit als Babysitter, für zu deren Aufgabenbereich gehörende Tätigkeiten;
r) die Verwendung von sowohl eigenen als auch fremden Krafträdern, Last- und Personenkraftfahrzeugen oder Booten durch Minderjährige, die nicht über die gesetzlichen Voraussetzungen für das Führen verfügen, ohne das Wissen der Eltern, **vorausgesetzt dass die Fahrzeuge (oder Boote) über eine eigene Verkehrshaftpflichtversicherung verfügen**;
s) falls der Versicherte vorübergehend, kostenlos und im Sinne einer höflichen Geste die Aufsicht über die minderjährigen Kinder von Personen übernimmt, die nicht zur meldeamtlichen Familie des Versicherten selbst gehören, wird die Versicherung auch auf die Haftpflicht der Eltern der betreffenden Minderjährigen ausgedehnt. Die Versicherung gilt ausschließlich für die Haftpflicht, die dem Versicherten oder den Eltern des Minderjährigen gemäß Gesetz zukommt für die Zerstörung oder Beschädigung von bestimmbar abgegrenzten Sachen sowie für Tod oder Personenschaden, die unbeabsichtigt zu Lasten von Dritten durch versehentliche Handlungen des Minderjährigen entstanden sind. **Die Versicherung ist auf den Zeitraum der Aufsicht durch den Versicherten beschränkt; auf jeden Fall ausgeschlossen sind Schäden, die vom Minderjährigen beim Versicherten verursacht worden sind. Für diese Personen gelten die Normen gemäß Art. 98 - „Ausschlüsse“ und 100 - „Personen, die nicht als Dritte gelten“.**

EIGENTUM ODER NUTZUNG VON HAUSTIEREN

t) Die Deckung gilt für die Risiken, die durch Eigentum oder Nutzung von Haustieren entstehen, unbeschadet der Vorgaben von Art. 98 - **„Ausschlüsse“.**
Diese Deckung gilt auch für Personen, denen das Tier vorübergehend kostenlos und mit der Zustimmung des Versicherten anvertraut wird.
Im Falle des gleichzeitigen Bestehens einer anderen Haftpflichtversicherung wirkt die Police für diese Deckung bei Zweitrisiko.

SELBSTBEHALT

Die Deckung A. PRIVATHAFTPFLICHT wird mit Anwendung eines Selbstbehalts von € 150,00 pro Schadensfall für Sachen geleistet.

Weiter gilt, dass für die spezifisch unter Art. 99 - „Stets geltende Sonderbedingungen" aufgeführten Fälle der jeweils vorgesehene Selbstbehalt Anwendung findet.

B. DECKUNG HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT

Die Versicherungsgesellschaft hält den **Versicherten** schadlos für die diesem auferlegte Entschädigungssumme (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben), wenn dieser **gemäß Gesetz zivilrechtlich für unabsichtlich bei Dritten verursachte Schäden haftet** im Falle von:

- Tod, Personenschäden;
- Zerstörung oder Beschädigung von Sachen,
- Schäden an Tieren;

infolge eines unbeabsichtigten Vorfalls, der auf das **Eigentum der Wohnungen zurückzuführen ist**, **die nicht Hauptwohnung sind, aber auf italienischem Staatsgebiet liegen, einschließlich Gebäudeteilen von Wohnungen in Mehrfamilienhäusern, die Gemeinschaftseigentum darstellen.**

Dazu gehören auch Schäden, die auf das Eigentum von Photovoltaikanlagen und/oder Solarwärmeanlagen zurückzuführen sind.

Mitinbegriffen ist Zubehör, wie: Nebengebäude, feste Umzäunungen und ggf. elektrisch betätigte Tore, Spiel- und Sportgeräte, Swimmingpools, Parkanlagen, Bäume und Privatstraßen, **vorausgesetzt dass diese in bzw. in unmittelbarer Umgebung der Wohnung gelegen sind.**

Die Deckung gilt nicht für baufällige Gebäude.

Im Falle der gesamtschuldnerischen Haftung des Versicherten und/oder anderer Mitglieder seiner Kernfamilie gemeinsam mit anderen Personen, haftet die Versicherungsgesellschaft nur für den diesen tatsächlich zustehenden Anteil unter Ausschluss hingegen von jenem Teil des Schadens, der im Rahmen der Gesamtschuld auf diese entfallen würde.

SELBSTBEHALT

Die Deckung B. HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT wird mit Anwendung eines Selbstbehalts von € 150,00 pro Schadensfall an Sachen geleistet.

Weiter gilt, dass für die spezifisch unter Art. 99 - „Stets geltende Sonderbedingungen" aufgeführten Fälle der jeweils vorgesehene Selbstbehalt Anwendung findet.

Art. 98 – Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind Schäden:

1. **die vorsätzlich verursacht werden;**
2. **an Sachen, die sich gleich aus welchem Anlass in Verwahrung des Versicherten befinden, sowie an Sachen Dritter, die auf Brand, Implosion, Explosion oder Bersten zurückzuführen sind und nicht unter die Vorgaben von Art. 99 - „Stets geltende Sonderbedingungen", Buchstabe d) fallen. Auf jeden Fall ausgeschlossen sind Schäden an Räumen und am Hausrat der gemieteten Hauptwohnung; an Kraftfahrzeugen, verursacht durch den Verkehr auf öffentlichen Straßen oder diesen gleichgestellten Flächen, ausgenommen den Vorgaben von Art. 97 - „Gegenstand der Versicherung", Buchstaben g) und r);**
3. **durch Eigentum und Gebrauch von anderen Booten oder Wasserfahrzeugen als den unter Art. 97 - „Gegenstand der Versicherung", Buchstabe l) beschriebenen;**
4. **durch Diebstahl;**
5. **durch das Eigentum von anderen als den versicherten Wohnungen und sonstigen Immobilien;**
6. **die durch das Eigentum oder die Nutzung von nicht als Haustiere eingestuften Tieren verursacht werden, unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 97 - „Gegenstand der Versicherung", Buchstabe t);**
7. **die Dritten verursacht werden, wenn Nutzung und Eigentum des Haustiers unter Verletzung gesetzlicher Bestimmungen erfolgen, einschließlich des Haltens von nicht beim amtlichen Register gemeldeten Hunden sowie von Hunden, für welche die lokale Behörde infolge von Signalisierung durch den „Amtstierarzt" infolge von Vorfällen mit Bissverletzungen, Aggressionen oder aufgrund von Risikokriterien Präventionsmaßnahmen auferlegt hat; ebenso ausgeschlossen sind Schäden infolge professioneller Nutzung;**

8. **die auf den Besitz von Reittieren zurückzuführen sind;**
9. **die auf die Ausübung von Jagd und Speerfischen zurückzuführen sind;**
10. **die im Verlauf von Sportwettbewerben und beim diesbezüglichen Training auftreten, wenn diese nicht auf Amateurebene ausgeübt werden oder den Einsatz von Kraftfahrzeugen beinhalten;**
11. **die beim Ausüben von Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen und Flugsportarten allgemein aufgetreten sind;**
12. **durch die Ausübung von Berufstätigkeiten bzw. anderen gewerblichen Tätigkeiten vom Versicherten und oder seiner Kernfamilie;**
13. **die auf Nichterfüllung von vertraglichen oder steuerlichen Auflagen zurückzuführen sind;**
14. **die auf den Einsatz von Luftfahrzeugen zurückzuführen sind;**
15. **die auf Verwahrung oder Gebrauch von Sprengstoffen zurückzuführen sind;**
16. **die in Verbindung mit Eigentum und Führung des geschäftlichen Büros aufgetreten sind;**
17. **die durch Vorhandensein oder Verwahrung von Asbest, Asbestprodukten oder asbesthaltigen Materialien oder dessen Derivaten verursacht worden sind;**
18. **die auf elektromagnetische Felder zurückzuführen sind;**
19. **die auf eine Tätigkeit als freiwilliger medizinischer Helfer zurückzuführen sind;**
20. **infolge von:**
    - **Verschmutzung von Luft, Wasser oder Boden, die nicht den Vorgaben von Art. 99 - „Stets geltende Sonderbedingungen", Buchstabe g) entspricht;**
    - **Umleitung, Veränderung, Unterbrechung, Versiegen von Quellen, Wasserläufen, Grundwasser, Erzvorkommen und allgemein nutzbaren Bodenschätzen;**
    - **natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms (Kernspaltung und Kernfusion, Teilchenbeschleuniger) bzw. Produktion, Verwahrung und Nutzung radioaktiver Stoffe;**
21. **an Sachen von Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter);**
22. **gegenüber nicht alle gesetzlichen Vorschriften erfüllenden Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter);**
23. **die von nicht alle gesetzlichen Vorschriften erfüllenden Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter) verursacht werden;**
24. **die auf die eigenhändige Ausführung von außerplanmäßigen Wartungsarbeiten, ggf. auch an Zubehör (bspw. Schneiden/Stutzen von hohen Bäumen), zurückzuführen sind;**
25. **die einzig auf Feuchtigkeit, Tropfleckage und allgemein ungesundes Raumklima zurückzuführen sind;**
26. **die auf absichtliche Verletzungen von Gesetzen und Verordnungen bezüglich Eigentum, Verwahrung und Gebrauch von Verteidigungs- und Sportwaffen sowie ähnlichen Geräten zurückzuführen sind;**
27. **die mit Einschränkung auf das Eigentum durch andere Arten des Auslaufens von Wasser zurückzuführen sind als das Brechen von Rohren, Leitungen bzw. Wasser- und Sanitäranlagen;**
28. **die durch das Überquellen oder Überlaufen der öffentlichen Kanalisation verursacht werden.**

Art. 99 - Stets geltende Sonderbedingungen

a) Unter die Deckung fallen **Körperliche Schädigungen zu Lasten von Haushaltshilfen, die unbeabsichtigt bei der Ausübung von deren Aufgaben verursacht werden** (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter), **bis zur Erreichung von 50% der in der Police angegebenen Deckungssumme.**

b) Sie umfasst ferner die **Tätigkeit als Babysitter**, wenn diese von den **Eltern** (Großeltern väterlicher- oder mütterlicherseits) **oder den Geschwistern des Versicherten ausgeübt wird**; diese Deckung wird auch auf deren **Haftpflicht** ausgeweitet.

c) **Die minderjährigen Kinder des Versicherten** gelten **untereinander als Dritte**, wenn die Geschwister einander **unbeabsichtigt** körperliche Verletzungen zufügen, die eine **bleibende Invalidität** nach sich ziehen; **die Entschädigung wird bis € 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. Die Deckung weicht von den Bestimmungen unter nachstehendem Art. 100 - „Personen, die nicht als Dritte gelten" ab.**

d) Sie umfasst die **Haftpflicht des Versicherten für direkte Sachschäden, die an den Sachen Dritter verursacht werden durch Brand, Implosion, Explosion und Bersten,** die zurückzuführen sind auf:
   - das Eigentum der Hauptwohnung und der Nebenwohnungen sowie deren Hausrat;

- das Bewohnen/Bewirtschaften der Hauptwohnung, der Nebenwohnungen und Ferienwohnungen, einschließlich der Schäden an diesen Räumlichkeiten und deren Hausrat, wenn diese Dritten gehören;
- die Nutzung von Hotelzimmern und die Ausübung des Zeltens im Innern von zugelassenen Campingplätzen.

Diese Sonderbedingung gilt sowohl für die **Deckung A. PRIVATHAFTPFLICHT** als auch für die **Deckung B. HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT.**

Für diese Schäden wird die Deckung bis zum Erreichen des Betrags von € 500.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

e) Sie umfasst die **Haftpflicht des Versicherten für die vollständige oder teilweise Unterbrechung oder Aufhebung von Tätigkeiten** infolge von laut dieser Deckung entschädigungsfähigen Schadensfällen; für diese Schäden bleiben zur Lasten des Versicherten eine **Selbstbeteiligung von 10% mit einem Mindestbetrag von € 500,00 pro Schadensfall; die Entschädigungsgrenze pro Schadensfall und Versicherungsjahr beträgt € 50.000,00.**

Diese Sonderbedingung gilt sowohl für die **Deckung A. PRIVATHAFTPFLICHT** als auch für die **Deckung B. HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT.**

f) Sie umfasst die **Haftpflicht des Versicherten als Auftraggeber für Arbeiten im Rahmen der planmäßigen und/oder außerplanmäßigen Wartung der Wohnung unter Ausschluss von Arbeiten, bei denen die Arbeitskräfte der Sturzgefahr aus Höhen über 2 m oder der Gefahr, verschüttet zu werden oder in eine Tiefe über 1,5 m einzustürzen, oder den Risiken von Schachtarbeiten ausgesetzt werden, vorausgesetzt dass ein zuständiger Bauleiter gemäß den Bestimmungen der einschlägigen Gesetzgebung ernannt wurde (einschließlich Gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 81/2008 i.d.g.F.).**

Diese Deckung unterliegt folgenden Grundvoraussetzungen:

- **Ernennung der Sicherheitsbeauftragten für Arbeitsplätze (Beauftragter für Prävention und Schutz gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 81/2008);**
- **vorgenannte Beauftragte müssen die Eignungsanforderungen gemäß geltender Gesetzgebung erfüllen und zum Moment des Schadensfalls mit gültiger Deckung für die Berufshaftpflicht versichert sein;**
- **die ausführenden Firmen müssen in die Verzeichnisse der jeweiligen Berufskategorie eingetragen und zum Moment des Schadensfalls mit gültiger Deckung für die Betriebshaftpflicht versichert sein**.

Diese Sonderbedingung gilt sowohl für die **Deckung A. PRIVATHAFTPFLICHT** als auch für die **Deckung B. HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT.**

g) Sie umfasst die Schäden infolge von **unbeabsichtigter Verschmutzung von Wasser und/oder Boden**, die durch Stoffe jeglicher Art verursacht worden sind, die infolge des Bruchs von Anlagen und Leitungen ausgetreten sind. **Die Entschädigungsgrenze pro Schadensfall und Versicherungsjahr beträgt € 50.000,00.**

h) Sie umfasst Schäden, die durch die **Nutzung von Reittieren entstehen, die nicht Eigentum des Versicherten sind.**

Art. 100 - Personen, die nicht als Dritte gelten

Nicht als Dritte gelten die Ehegatten untereinander, die Eltern des Versicherten, die Eltern des Ehegatten, die Kinder des Versicherten, Lebensgefährten oder eingetragene Lebenspartner, Personen, die im Familienstand des Versicherten eingetragen sind, sowie alle anderen mit ihm zusammenlebenden Verwandten oder Verschwägerten.

In partieller Abweichung von obiger Regelung gelten Eltern und Kinder, die laut Melderegister ihren Haupt- oder Nebenwohnsitz in einem eigenen Haushalt in einem unabhängigen Teil des Gebäudes des Versicherten haben, als Dritte mit Einschränkung auf Sachschäden durch das Auslaufen von Flüssigkeiten sowie Brand, Explosion und Bersten von Sachen des Versicherten.

Art. 101 - Höchstbetrag

Der in der Police angegebene Höchstbetrag pro Schadensfall hat auch als maximale Leistungsgrenze der Versicherungsgesellschaft für einen oder mehrere Schadensfälle im selben Versicherungsjahr zu gelten.

Die Höchstbeträge in einem Versicherungsjahr können auf keinen Fall mit denen eines vorhergehenden oder folgenden Versicherungsjahrs summiert werden, weder infolge von Verlängerungen, Stundungen oder Ersetzungen des Vertrags noch aufgrund der Summierung von bezahlten oder fälligen Prämien.

Im Falle eines Ereignisses, das gleichzeitig mehrere Deckungen betrifft, kann die maximale Leistungsgrenze der Versicherungsgesellschaft auf keinen Fall höher sein als der in der Police angegebene Höchstbetrag pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

Die Deckungen werden pro Schadensfall bis zur Erreichung des vereinbarten Höchstbetrags geleistet, unabhängig von der Anzahl von Personen, die körperliche Verletzungen oder Schäden an Sachen oder Tieren davongetragen haben.

Die für die Deckungen in der Police festgelegten Höchstbeträge pro Schadensfall und Versicherungsjahr stellen die maximale Leistung der Versicherungsgesellschaft auch im Fall einer Mithaftung mehrerer Versicherter untereinander dar.

Art. 102 - Was tun im Schadensfall

Der Versicherte hat die Versicherungsgesellschaft binnen 3 Tagen ab Kenntnisnahme des Schadensfalls schriftlich zu benachrichtigen (entsprechend Angabe in Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs), wobei eine Beschreibung des Sachverhalts, die Angabe der Folgen, der Name der Geschädigten und, wenn möglich, die Zeugen sowie Datum, Ort und Ursache des Schadensfalls zu nennen sind. Die den Schadensfall betreffenden Berichte, Dokumente, Polizei- und Gerichtsakten sind so bald wie möglich nachzureichen, wobei sich der Versicherte bemühen muss, Elemente zu seiner Verteidigung zu erheben 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.

Art. 103 - Umgang mit Rechtsstreitigkeiten

Die Versicherungsgesellschaft übernimmt nach eigenem Ermessen die Führung von sowohl außergerichtlichen als auch gerichtlichen Rechtsstreitigkeiten vor Zivil-, Straf- und Verwaltungsgerichten anstelle des Versicherten, wobei bei Bedarf Rechtsbeistände oder Gutachter ernannt und alle dem Versicherten selbst zustehenden Rechte und Maßnahmen in Anspruch genommen werden.

Der Versicherte hat bei der Führung der genannten Rechtsstreitigkeiten seine Unterstützung zu leisten und persönlich vor Gericht zu erscheinen, wo dies vom Verfahren verlangt wird.

Der Versicherte hat die Klageschrift und alle anderen zugestellten Gerichtsakten binnen 10 Tagen ab Empfang gemeinsam mit allen Dokumenten und anderen für die Führung des Rechtsstreits und die Vorbereitung der technischen und rechtlichen Verteidigung nützlichen Elementen an die Versicherungsgesellschaft zu übermitteln.

Falls der Versicherte diese Pflichten nicht erfüllt oder durch den Ablauf gesetzlicher Fristen Rechte verwirken lässt, behält sich die Versicherungsgesellschaft das Recht vor, den Rechtsstreit nicht im Namen des Versicherten zu führen, dem in diesem Fall sämtliche Akten und Dokumente zurückerstattet werden.

Die Versicherungsgesellschaft übernimmt die Ausgaben für die Abwehr der Klage gegen den Versicherten bis zur Grenze eines Betrags, der einem Viertel des in der Police festgelegten Höchstbetrags für den Schaden, auf den sich die Schadensersatzklage bezieht, entspricht.

Falls die dem Geschädigten geschuldete Summe diesen Höchstbetrag überschreitet, werden die Ausgaben zwischen Versicherungsgesellschaft und Versichertem im Verhältnis zum jeweiligen Interesse geteilt. **Die Versicherungsgesellschaft erkennt die vom Versicherten getragenen Ausgaben für Rechtsanwälte oder Gutachter nicht an, wenn diese nicht von ihm selbst ernannt worden sind, und haftet nicht für Bußgelder, Strafzahlungen oder strafrechtliche Kosten.**

ABSCHNITT 9 - RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK

Folgende Deckungen gelten, wenn der jeweils versicherte Höchstbetrag in der Police genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde

Vorwort

Für die Verwaltung und Abwicklung der Schadensfälle im Bereich Rechtsschutz und Cyber Risk greift die Versicherungsgesellschaft 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. 104 - Gegenstand der Versicherung

1. Die Versicherungsgesellschaft garantiert nicht durch die Gegenpartei rückerstattungsfähige Anwalts-, Gutachter-, Gerichts-, Verfahrens- und Ermittlungskosten, die vom Versicherten für die Verteidigung seiner Interessen **in den von dieser Police angegebenen Fällen** getragen werden. Es werden die für jede Instanz anfallenden Kosten für einen **einzigen Anwalt** sowie die ggf. im Falle des Unterliegens dem Versicherten auferlegten Ausgaben garantiert. Ferner werden die Anwaltskosten auch übernommen, wenn der Rechtsstreit im Rahmen einer anwaltsbegleiteten Verhandlung und Vereinbarung oder vor einer Schlichtungsstelle ausgetragen wird. Schließlich werden im Falle des obligatorischen Schlichtungsverfahrens die Kosten der Schlichtungsstelle und die ggf. vom Versicherten getragenen Kosten des Schlichters übernommen.
2. **Die Kosten einer Zwangsvollstreckung werden mit Einschränkung auf 2 (zwei) Versuche pro Schadensfall übernommen.**
3. **Die Ausgaben für die Stellung des Strafantrags werden nur anerkannt, wenn daraufhin auch tatsächlich ein Strafverfahren gegen die Gegenpartei eingeleitet wird.**
4. **Nicht Gegenstand der Versicherungsdeckung sind Vereinbarungen über die Beteiligung am Prozessgewinn zwischen Versichertem und Anwalt.**
5. **Ausgeschlossen sind Reisekosten und falls eine Domizilierung erforderlich sein sollte, jede Verdoppelung der Honorare.**
6. **Der Versicherte hat selbst die steuerlichen Lasten, Steuern, Gebühren und anderen vom Gesetz auferlegten Lasten bezüglich Schadensfall, Prämie und/oder Police zu tragen.**
7. **Die Versicherungsgesellschaft bzw. ARAG übernehmen nicht die Zahlung von:**
   - **Strafen, Bußgeldern, Geldstrafen allgemein;**
   - **etwaigen Kostenerstattungen, die zu Gunsten der in Strafverfahren gegen den Versicherten angetretenen Nebenkläger verfügt werden.**

Art. 105 - Eintreten des Schadensfalls

1. Für diese Versicherung gilt als **Eintreten des Schadensfalls** das **Datum, an dem das Schadensereignis eintritt, je nach Beschaffenheit des Rechtsstreits** als:
   - der vom Versicherten erfahrene oder verursachte tatsächliche oder mutmaßliche außervertragliche Schaden;
   - die tatsächliche oder mutmaßliche Vertragsverletzung;
   - die tatsächliche oder mutmaßliche Gesetzesverletzung;
   - die Einreichung der Klage oder des Antrags bei der Gerichtsbehörde für Verfahren der freiwilligen Gerichtsbarkeit.

   Bei Vorliegen mehrerer gleichartiger Schadensereignisse wird für den Moment des Eintretens des Schadensfalls das Datum hergenommen, an dem das erste eingetreten ist.
2. **Die Versicherungsleistung wird für Schadensfälle garantiert, die eingetreten sind:**
   - **während der Wirksamkeit der Versicherung**, falls es sich um einen **vom Versicherten verursachten oder erfahrenen tatsächlichen oder mutmaßlichen außervertraglichen Schaden** oder die **tatsächliche oder mutmaßliche Verletzung von straf- oder verwaltungsrechtlichen Gesetzesvorschriften** handelt;
   - **nach Ablauf von 2 (zwei) Jahren ab Inkrafttreten der Versicherung** für die **Einreichung der Klage oder des Antrags bei der Gerichtsbehörde für Verfahren der freiwilligen Gerichtsbarkeit;**
   - **nach Ablauf von 3 (drei) Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung** für alle **restlichen Sachverhalte.**
3. **Falls diese Police ohne Unterbrechung der Versicherungsdeckung an die Stelle einer vorigen Rechtsschutzpolice tritt, kommt die Wartezeit von 3 (drei) Monaten nicht zur Geltung für alle bereits von der vorigen Police vorgesehenen Leistungen, während sie für alle neuen erst mit dieser Versicherung hinzugefügten Leistungen voll zum Tragen kommt. Es obliegt daher dem Versicherungsnehmer bei der Meldung eines Schadensfalls die erforderliche Dokumentation zum Beleg des Bestehens einer Vorgängerpolice für den Rechtsschutz einzureichen.**
4. Es gelten als **ein einziger Schadensfall** in jeglicher Hinsicht **eines oder mehrere Schadensereignisse, die miteinander zusammenhängen oder aufeinander folgen oder auf denselben Zusammenhang zurückzuführen sind, auch wenn sie mehrere Personen betreffen. Als Datum des Eintretens gilt das des ersten Schadensereignisses.**
5. Falls mehrere Versicherte in einen einzigen Schadensfall verwickelt sind, wird die Leistung mit einem einzigen Höchstbetrag pro Schadensfall garantiert, der unabhängig von den von jedem einzelnen getragenen Lasten **zu gleichen Teilen unter den 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 laut Art. 104 - Gegenstand der Versicherung nur partiell erstattet worden sind.**

Art. 106 - Fristen für die Meldung von Schadensfällen und die Beibringung von Beweismitteln

1. **Der Versicherte hat, seiner Sorgfaltspflicht als Vertragspartei entsprechend, der Versicherungsgesellschaft 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 bei der Versicherungsgesellschaft und/oder ARAG binnen 24 (vierundzwanzig) Monaten nach Datum des Außerkrafttretens der Versicherung einzugehen. Falls diese Police ohne Unterbrechung der Versicherungsdeckung gegenüber einer Vorläuferpolice der Versicherungsgesellschaft ausgestellt wird, läuft die Meldefrist für die Schadensfälle für alle Policen ab dem Ablaufdatum der jüngsten Police.**
3. **Der Versicherte hat die Versicherungsgesellschaft 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 die Versicherungsgesellschaft 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. 107 - Verwaltung des Schadensfalls

1. Nach Erhalt der Meldung und Beurteilung der Versicherungsdeckung und der Möglichkeit, die Interessen des Versicherten erfolgreich wahrzunehmen, **führt ARAG die außergerichtliche Verhandlung des Rechtsstreits mit dem Ziel, zu einer gütlichen Einigung zu gelangen. ARAG behält sich das Recht vor, die außergerichtliche Regelung auch vor Schlichtungsstellen eigenen Rechtsanwälten anzuvertrauen.**
2. Wo der Versuch einer außergerichtlichen Beilegung oder Schlichtung misslingt, teilt der Versicherte ARAG **die Beweiselemente und/oder Argumente mit, auf welche sich die Klage oder Verteidigung vor Gericht stützen kann, sodass ARAG die Möglichkeit erhält, die Erfolgsaussichten zu beurteilen. Sollten diese Beurteilungen positiv ausfallen, wird** die **Führung des Rechtsstreits** dem gemäß **Art. 108 - Freie Wahl des Rechtsanwalts für das gerichtliche Verfahren** gewählten Anwalt anvertraut.
3. Bei strafrechtlichen Verfahren wird die **Verteidigung** direkt dem gemäß **Art. 108 - Freie Wahl des Rechtsanwalts für das gerichtliche Verfahren** gewählten Anwalt anvertraut.
4. Die Versicherungsleistung wird auch für jede weitere Instanz des Verfahrens garantiert, vorausgesetzt dass die **Berufung Erfolgsaussichten hat**.
5. Auf jeden Fall müssen die Übernahme der **Anwaltskosten** für den Vergleich des Rechtsstreits, für die Verfahrenseinleitung oder Klageeinlassung und für die Übernahme der Ausgaben für den von der Partei bestellten Gutachter **im Voraus von ARAG bestätigt werden.**
6. ARAG haftet nicht für das Handeln der Gutachter.

Art. 108 - Freie Wahl des Rechtsanwalts für das gerichtliche Verfahren

1. Der Versicherte hat mit Beschränkung auf das Gerichtsverfahren und in jedem Fall, wenn eine Verteidigung im strafrechtlichen Bereich benötigt wird, Anspruch darauf, den Rechtsanwalt frei zu wählen, dem der Schutz seiner Interessen anvertraut werden soll, vorausgesetzt dass dieser **Mitglied der Anwaltskammer des für den Rechtsstreit zuständigen Bezirks** oder **des Wohnorts des Versicherten ist. Im letztgenannten Fall gibt ARAG ggf. den Namen eines Zustellungsbevollmächtigten an.**
2. Der Versicherte hat auf jeden Fall dem so gewählten Anwalt ein reguläres Mandat für die Führung des Rechtsstreits oder die strafgerichtliche Verteidigung auszustellen.
3. **Die Versicherungsgesellschaft und/oder ARAG haften nicht für die Handlungen der Rechtsanwälte.**

Art. 109 - Meinungsverschiedenheiten mit der Versicherungsgesellschaft 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. 110 - Rückforderung von Vorauszahlungen durch ARAG

1. **ARAG stehen die ggf. vorausgezahlten Honorare und Ausgaben zu, die dem Versicherten von der Gegenpartei infolge des Gerichtsbeschlusses oder des Vergleichs erstattet werden.**
2. **In jedem Fall, in dem eine von Art. 104 - Gegenstand der Versicherung vorgesehene Summe bezahlt wird, behält sich ARAG das Recht vor, sein Eintrittsrecht als beteiligter Dritter wahrzunehmen.**

Art. 111 - 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; für vertragliche Rechtsstreite in Verbindung mit der Privathaftpflicht und der Inanspruchnahme der Versicherungsgesellschaft für die Haftpflicht;
- **in der Republik Italien** für die anderen gedeckten Rechtsstreite.

Für Rechtsstreitigkeiten vertraglicher Art mit den Anbietern von Diensten für die Nutzung von Internet und Social Media **gelten die Leistungen für Schadensfälle, die weltweit aufgetreten sind, vorausgesetzt dass sich der zuständige Gerichtsstand in einem der Länder der Europäischen Union, in Vereinigtem Königreich, Vatikanstadt, Republik San Marino, Fürstentum Monaco, Schweiz und Liechtenstein befindet.**

Art. 112 - Versicherte

1. Die Leistungen gemäß Art. 104 - Gegenstand der Versicherung werden zum Schutz der Rechte der nachstehend identifizierten Versicherten garantiert:
   - Versicherungsnehmer;
   - Ehegatte oder Lebenspartner des Versicherungsnehmers;
   - **aus der Familienstandsbescheinigung hervorgehende** Mitglieder seiner Kernfamilie.
2. **Bei Rechtsstreitigkeiten zwischen Personen, die mit ein und derselben Police versichert sind, werden die Leistungen allein zu Gunsten des Versicherungsnehmers garantiert.**

A. DECKUNG RECHTSSCHUTZ PRIVATHAFTPFLICHT UND HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTLICHT

Art. 113 - Gültigkeitsbereich und garantierte Leistungen

Die **Deckungen** werden für den Versicherten **geleistet:**

- **im Bereich der Privathaftpflicht,**
- **in seiner Eigenschaft als Eigentümer der in der Police angegebenen Haupt- und Nebenwohnungen sowie als Mieter der in der Police angegebenen Haupt- und Nebenwohnungen sowie etwaiger Ferienwohnungen, vorausgesetzt dass diese vom Versicherten direkt und ausschließlich für Wohnzwecke genutzt werden,**

in folgenden Fällen:

1. **Verteidigung in Strafverfahren für Fahrlässigkeitsdelikte oder Ordnungsstrafen** einschließlich der Fälle mit Anwendung der Strafe auf Antrag der Parteien gemäß Art. 444 des Strafgesetzbuchs (sog. Prozessabsprache), Unterwerfungsverfahren, Zurücknahme von Privatklage, Verjährung, Einstellung, Amnestie und Straferlass. Die Deckung ist auch schon vor der offiziellen Formulierung der Meldung einer strafbaren Handlung wirksam.
2. **Schadensersatzforderung**. Die Wahrnehmung des Anspruchs auf Schadensersatz außervertraglicher Art für Personen- und/oder Sachschäden, die durch Straftaten Dritter entstanden sind.
3. **Rechtsstreitigkeiten im Bereich von Mietrecht, Eigentumsrechten oder anderen dinglichen Rechten mit Bezug auf die Immobilieneinheiten, welche die Haupt- bzw. Nebenwohnung des Versicherten darstellen.**
4. **Fußgänger, Fahrradfahrer und Mitfahrer. Außervertragliche Schadensersatzforderung für Straftraten Dritter infolge von Verkehrsunfällen,** an denen die versicherten Personen als Fußgänger, Fahrradfahrer oder Mitfahrer in privaten oder öffentlichen Kraftfahrzeugen beteiligt waren.
5. Rechtsstreit in Verbindung mit Beschäftigungsverhältnissen mit regulär eingestellten Haushaltshilfen.

Die Deckungen werden für den Versicherungsnehmer/Versicherten **im Bereich der Privathaftpflicht auch in Verbindung mit Haustieren aus dem Besitz der Versicherten geleistet in folgenden Fällen:**

6. **Verteidigung in Strafverfahren für Fahrlässigkeitsdelikte oder Ordnungsstrafen**, einschließlich der Fälle mit Anwendung der Strafe auf Antrag der Parteien gemäß Art. 444 des Strafgesetzbuchs (sog. Prozessabsprache), Unterwerfungsverfahren, Zurücknahme von Privatklage, Verjährung, Einstellung, Amnestie und Straferlass. Die Deckung ist auch schon vor der offiziellen Formulierung der Meldung einer strafbaren Handlung wirksam.
7. **Abwehr der Schadensersatzforderung**. Abwehr von Schadensersatzforderungen für zu Lasten Dritter verursachte, außervertragliche Schäden, wenn gemäß Art. 1917 des it. Zivilgesetzbuchs die Pflichten der Haftpflicht-Versicherungsgesellschaft erfüllt worden sind.

Die Versicherung wird bis zum Höchstbetrag Euro 15.000,00 pro Schadensfall und Euro 80.000,00 pro Versicherungsjahr geleistet.

B. DECKUNG RECHTSSCHUTZ CYBER RISK

Art. 114 - Gültigkeitsbereich und garantierte Leistungen

Die Leistungen werden für die Versicherten **ausschließlich in ihrer Eigenschaft als Benutzer von Internet und Social Media Networks** in folgenden Fällen erbracht:

1. **Ersatzforderung für außervertragliche Schäden, die aufgrund von Straftaten erlitten worden sind, die Dritte unter Verwendung von Internet begangen haben,** einschließlich des Antrags auf Änderung oder Entfernung der die Rechte des Versicherten schädigenden Veröffentlichung auf Websites, in Social Media und Social Networks. **Die Aktivierung der Leistung ist abhängig von der Einleitung eines strafrechtlichen Verfahrens gegen den Verantwortlichen.**
2. **Strafrechtliche Verteidigung für Straftaten, die bei der Internetnutzung begangen werden.** Für **vorsätzliche Straftaten ist die Deckung wirksam im Falle des rechtskräftigen Freispruchs oder der Herabstufung der Straftat von vorsätzlich auf fahrlässig oder bei Verfahrenseinstellung wegen Gegenstandslosigkeit der Meldung einer strafbaren Handlung oder, weil der Umstand keine Straftat darstellt. Ausgeschlossen sind die Fälle der Verfahrenseinstellung aus anderen Gründen.**

Die Versicherten haben die Pflicht, den Schadensfall zu melden, sobald ihnen die erste Mitteilung hinsichtlich der gegen sie eingeleiteten strafrechtlichen Ermittlungen zugestellt wird. ARAG sorgt für die Erstattung der getragenen Verteidigungskosten nach Rechtskraft des Urteils.

Falls das Verfahren nach einer vorausgehenden Einstellung wieder aufgenommen wird und mit einem anderen Urteil als dem Freispruch oder der Herabstufung der Straftat von vorsätzlich auf fahrlässig endet, **verlangt ARAG vom Versicherten die Erstattung aller ggf. für die Verteidigung in allen Instanzen vorgestreckten Kosten.**

3. **Vertragsstreitigkeiten bei Online-Käufen** von Gütern und Dienstleistungen auf E-Commerce-Portalen (Online-Käufe), **die nach Inkrafttreten dieser Police für einen Wert über € 200,00 (zweihundert) getätigt werden.**
4. **Vertragsstreitigkeiten mit Internetanbietern,** auch wenn die Verträge nicht online abgeschlossen werden, **vorausgesetzt dass der Streitwert € 200,00 (zweihundert) überschreitet.**

Die oben erwähnten Leistungen gelten für Schadensfälle, die weltweit aufgetreten sind, vorausgesetzt dass sich der Gerichtsstand in einem der unter Art. 111 - Gültigkeitsgebiet angegebenen Länder oder Gebiete befindet.

Die Versicherung wird bis zum Höchstbetrag Euro 15.000,00 pro Schadensfall und Euro 80.000,00 pro Versicherungsjahr geleistet.

Art. 115 – Ausschlüsse für Abschnitt 9 - RECHTSSCHUTZ UND CYBER RISK

Unbeschadet anderer Festlegungen, gelten die Leistungen nicht für Schadensfälle bezüglich:

a) Familienrecht, Erbrecht und Schenkungsrecht;
b) Steuer-, Abgaben-, Verwaltungs- oder Rentenrecht;
c) Umständen infolge von sozialen Unruhen, Aufständen, kriegerischen Ereignissen, terroristischen Anschlägen, Vandalismus, Erdbeben, Streik, Aussperrung, Verwahrung oder Verwendung radioaktiver Substanzen;
d) Aktivitäten in Verbindung mit der Kernkraftbranche, Nuklear- oder genetischen Schäden, die vom Versicherten verursacht werden;
e) Umständen infolge von Naturereignissen, die zu Naturkatastrophen erklärt werden bzw. die Ausrufung des Notstands bewirken;
f) Patent-, Marken-, Urheber- und Exklusivrechten sowie Rechtsansprüchen im Zusammenhang mit Auktionsbetrug, unlauterem Wettbewerb oder Kartellverbot oder bezüglich den Käufen und Verkäufen von Gesellschaftsanteilen oder bezüglich Rechtsstreitigkeiten zwischen Geschäftsführern und/oder Gesellschaftern;

g) der Zahlung von Strafen, Bußgeldern, Geldstrafen allgemein;
h) Rechtsstreitigkeiten mit Bezug auf das Eigentum oder das Führen von Fahrzeugen, auch wenn diese auf festen Spuren fahren oder von Metallseilen getragen werden, von Luftfahrzeugen und privaten Wasserfahrzeugen, Schiffen und Booten (gemäß Art. 3 von Gesetzesvertretendem Dekret 171/2005). Die Leistungen gelten ferner nicht für Schadensfälle, die bei der beruflichen Nutzung der versicherten Fahrzeuge aufgetreten sind;
i) vorsätzlichen Handlungen der versicherten Personen;
j) nicht zufälligen Umständen, die Umweltverschmutzung nach sich gezogen haben;
k) Rechtsstreitigkeiten in Verbindung mit dem Straßenverkehr;
l) Verletzungen der Normen, die das Führen von Fahrzeugen unter dem Einfluss von Alkohol oder Betäubungsmitteln oder die Normen zur Fahrerflucht betreffen;
m) Umständen, die auf die Teilnahme an Auto-/Motorrad- und Motorbootrennen oder Wettbewerben und deren Training zurückzuführen sind;
n) Umständen, die auf die professionelle Ausübung jeder Art von Sport bzw. die Ausübung gegen direkte oder indirekte Bezahlung zurückzuführen sind;
o) der Ausübung jeder Art von eigenständiger, angestellter, beruflicher oder unternehmerischer Tätigkeit durch den Versicherten oder bezüglich von diesem, ggf. auch ehrenamtlich, bekleideten Gesellschaftsämtern bei öffentlichen oder privaten Körperschaften;
p) Immobilien oder Teilen davon, die nicht zur direkt vom Versicherten benutzten Haupt- oder Nebenwohnung gehören;
q) für Rechtsstreitigkeiten, die auf ärztliche Leistungen rein ästhetischen Zwecks zurückzuführen sind, unbeschadet etwaiger Eingriffe im Rahmen der Wiederherstellungschirurgie;
r) Kauf/Verkauf, Tausch von Immobilien und deren Neubau sowie Bauverträge und die Liefer- und Einbauverträge für Materialien;
s) der Teilnahme an Sammelklagen;
t) Fällen der strafrechtlichen Verteidigung für die Straftat der üblen Nachrede und der Verleumdung in der Presse durch Journalisten bei ihrer Berufsausübung;
u) der strafrechtlichen Verteidigung wegen Kindesmisshandlung;
v) Rechtsstreitigkeiten mit der Versicherungsgesellschaft;
w) vertraglicher Rechtsstreitigkeiten, unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 114, Punkt 3 und 4.

Von der Deckung A. Rechtsschutz Privathaftpflicht und Haus- und Grundstückshaftlicht sind die Leistungen laut Deckung B. Cyber Risk ausgeschlossen.
Ferner sind von der Deckung B. Cyber Risk ausgeschlossen:

x) in Verbindung mit Art. 114, Punkt 2, Rechtsstreitigkeiten, die pornographische, pädopornographische, gewalttätige, diskriminierende oder die menschliche Würde verletzende Inhalte zum Gegenstand haben;
y) in Verbindung mit Art. 114, Punkt 3, wird ferner darauf hingewiesen, dass die Gültigkeit der Deckung im Bereich E-Commerce ausgeschlossen ist für den Kauf von:
    1. Tieren und Pflanzen;
    2. Schmuck und/oder wertvollen Objekten, Kunstobjekten, Silber;
    3. nicht greifbaren Objekten mit Geldwert, wie z.B. Aktien, Obligationen, Wertpapiere, Geld, Schecks, Bonds, Staatsanleihen, Briefmarken, Travellerschecks, Eintrittskarten für Veranstaltungen verschiedener Art (außer Reisetickets);
    4. verderblichen Waren, Speisen und Getränken, Arzneimitteln, Waffen;
    5. online heruntergeladenem digitalem Material;
    6. Gegenständen für den industriellen Gebrauch;
    7. Gütern, die wegen Leistungsproblemen der Transportfirma (Kurier-, Postdienst) nicht geliefert werden;
    8. für Käufe, die bei Online-Auktionen erfolgt sind;
    9. Kraftfahrzeugen und Booten;
    10. gebrauchten Gütern.

BEREICH VERMÖGENSRISIKEN
D. SEKTOR SCHÄDEN

GEMEINSAME REGELN FÜR DIE DECKUNGEN IM SCHADENSSEKTOR

Art. 116 - Verfahren zur Schadensbeurteilung

Der Schadensbetrag wird von der Versicherungsgesellschaft oder deren 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 des Gesetzesvertretenden Dekrets 28/2010 i.d.g.F. bei einer zugelassenen Schlichtungsstelle vorgenommen wurde, bleibt erhalten.

Art. 117 - Beauftragung der Gutachter

Die Gutachter haben die Aufgabe:

a) Umstände, Art, Ursache und Hergang des Schadensfalls zu ermitteln;

b) zu prüfen, ob die aus den Vertragsakten hervorgehenden Beschreibungen und Erklärungen richtig sind, festzustellen, ob zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht bekanntgegebene Umstände bestanden haben, die eine Änderung des Risikos bewirkt haben, und zu überprüfen, ob der Versicherte seinen Verpflichtungen gemäß Art. 122, 131, 142 und 150 - „**Was tun im Schadensfall“** nachgekommen ist;

c) Vorhandensein, Beschaffenheit und Menge der versicherten Güter und die Eigenschaften der versicherten Wohnung zu prüfen, wobei der Wert festzustellen ist, den diese zum Zeitpunkt des Schadensfalls entsprechend den in Art. 115 und 124 angegebenen Kriterien - **„Festlegung der Schadenshöhe“** hatten; Vorhandensein, Beschaffenheit und Menge der versicherten Sachen unter den betroffenen Partien auf Grundlage der Bewertungskriterien laut Art. 151 „**Festlegung der Schadenshöhe für direkte Schäden All Risk“** und Art. 152 **„ Festlegung der Schadenshöhe für indirekte Schäden“** zu prüfen;

d) die Schätzung und Auszahlung des Schadens und der Ausgaben entsprechend Vertragsbestimmungen vorzunehmen.

Falls das Verfahren zur Beurteilung des Schadens gemäß Art. 116 - **„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.

Die Ergebnisse der Beurteilungen gemäß Buchstaben c. und d. dieses Artikels sind bindend für die Parteien, und diese verzichten darauf, diese anzufechten, es sei denn es läge betrügerische Absicht, Fehler, Gewalt oder Verletzung der vertraglichen Vereinbarungen vor. Die Parteien haben hingegen stets das Recht auf Klagen und Einwendungen hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit des Schadens.

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. 118 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens

Ein Versicherter, der hinsichtlich des Bereichs Vermögensrisiken absichtlich den Schadensbetrag erhöht, zum Zeitpunkt des Schadensfalls inexistente Güter für zerstört und/oder gestohlen erklärt, gerettete bzw. nicht gestohlene Güter versteckt, unterschlägt oder manipuliert, durch falsch oder betrügerische Mittel und/oder Dokumente die Spuren und Rückstände des Schadensfalls ändert oder diesen schwerer aussehen lässt oder - im Falle von Diebstahl, Raub, Erpressung oder Taschenraub - die

materiellen Indizien der Straftat verfälscht, verliert den Anspruch auf Entschädigung.

ABSCHNITT 10 - BRAND

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

A. DECKUNG GEBÄUDE

B. DECKUNG HAUSRAT

Art. 119 - Gegenstand der Versicherung

Die Versicherungsgesellschaft entschädigt die in der Police angegebenen, direkt von den versicherten Gütern erlittenen, materiellen Schäden, auch am Eigentum Dritter und auch wenn diese durch grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder des Versicherten infolge der nachstehend aufgeführten Ereignisse auftreten.

Unbeschadet der Angaben unter Art. 120 - **„Ausschlüsse“** sind die nachstehend aufgelisteten Ereignisse abgedeckt:

1. **BRAND. BLITZSCHLAG, IMPLOSION UND BERSTEN**
   Brand, Blitzschlag, Implosion und Bersten, auch wenn diese sich außerhalb der Wohnung ereignen.

2. **ELEKTRISCHE STÖRFÄLLE**
   Elektrische Störfälle, Ströme oder Entladungen jeglicher Ursache (z.B. Blitzschlag oder Spannungsschwankungen im Netz usw.), die durch Maschinen, elektrische und elektronische Anlagen samt enthaltener Geräte und Schaltungen erlitten werden, welche die Wohnung samt deren Hausrat versorgen.
   Für elektrische Störfälle ist eine Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr von € 10.000,00 vorgesehen; ferner wird dem Versicherten für jeden Schadensfall ein Selbstbehalt von € 300,00 angerechnet.
   Ausgeschlossen sind Schäden:
   a) **an Glühbirnen, Vakuumröhren, nicht ummantelten Widerständen und Schmelzsicherungen;**
   b) **die durch Verschleiß, Manipulation, Materialdefekte, mangelnde Wartung versucht werden;**
   c) **die auf Montage-, Test- oder Wartungsvorgänge zurückzuführen sind;**
   d) **die auf Defekte zurückzuführen sind, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten beim Abschluss der Police bekannt sind;**
   e) **an elektrischen Transformatoren und Stromgeneratoren im Freien, außerhalb der Wohnung;**

3. **WITTERUNGSEREIGNISSE**
   Witterungsereignisse, wie: Orkan, Unwetter, Sturm, starker Wind und von diesen mitgerissene, in die Luft gewirbelte, davongewehte oder niedergerissene Sachen, Hagel und Windhosen **unter der Bedingung, dass deren Wirkung an verschiedenen Gütern in der Umgebung (sowohl versicherte als auch andere) erkennbar ist.** Falls das Witterungsereignis Brüche, Risse oder Schäden am Dach, den Außenwänden oder Türen und Fenstern verursacht, sind etwaige Nässeschäden im Innern der Wohnung sowie an deren Hausrat inbegriffen.
   Für die Schäden durch Witterungsereignisse ist eine Entschädigungsgrenze von 80% der aus der Police hervorgehenden Deckungssumme für jedes versicherte Gut (Gebäude und/oder Hausrat) vorgesehen.
   Für Schäden, die durch Hagel an Türen und Fenstern, Veranden, Verglasungen und Oberlichtern allgemein, Vordächern und an mehreren Seiten geöffneten Außenbereichen, Scheiben und Platten sowie Bauteilen aus Faserbeton und/oder Kunststoff versursacht werden, ist eine Schadensgrenze von € 5.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr vorgesehen.
   Lediglich für Schäden an Markisen und Sonnenpavillons ist eine Entschädigungsgrenze von € 750,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr vorgesehen.

   Ferner wird dem Versicherten für jeden Schadensfall ein Selbstbehalt von € 150,00 angerechnet.

   Ausgeschlossen sind Schäden durch:
   a) **Hochwasser von natürlichen oder künstlich angelegten fließenden oder stehenden Gewässern;**
   b) **Sturmfluten und Eindringen von Meerwasser, Einbrechen oder Abrutschen des Erdreichs, wenn dieses aufgrund oben beschriebener Witterungsereignisse eintritt;**

c) **Entstehung von Bächen, Überschwemmungen, Wasserstau im Außenbereich, Brechen oder Überquellen des Abflusssystems;**
d) **Überbelastung durch Schnee mit Ausnahme der von Punkt 4 dieses Artikels getroffenen Regelung;**
e) **Frost, Lawinen oder Erdrutsche, unzureichender Abfluss des Regenwassers;**
f) **Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzen und Einsickern von Wasser;**

sowie auch die Schäden an:

g) **Bauwerken aus Kunststoff, die entweder auf einer oder mehreren Seiten offen sind oder unvollständige Verschlussvorrichtungen bzw. fehlende Türen und Fenster haben, samt dem betreffenden Hausrat;**
h) **Schildern, Antennen, Luftkabeln und ähnlichen Installationen im Außenbereich;**
i) **nicht fest am versicherten Gebäude angebrachte Markisen und Sonnenpavillons;**
j) **Sachen im Freien, ausgenommen: Tanks, Umzäunungen, Tore sowie nach Beschaffenheit und Zweckbestimmung festen Anlagen;**
k) **Bäumen, Sträuchern, Blumen- und landwirtschaftlichem Anbau allgemein;**

4. **ÜBERMÄSSIGE SCHNEELAST**

übermäßige Schneelast, einschließlich etwaiger Nässeschäden im Innern der Wohnung und am Hausrat, vorausgesetzt dass diese infolge eines vollständigen Einbruchs des Dachs oder der Außenwände infolge der Schneelast aufgetreten sind.

Auf keinen Fall entschädigt die Versicherungsgesellschaft für einen oder mehrere Schadensfälle, die im Laufe des Versicherungsjahrs auftreten, einen Betrag, der 50% der Deckungssumme überschreitet, und die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug pro einzelnem Schadensfall einer Selbstbeteiligung von 10% mit einem Mindestbetrag von € 2.500,00 für das Gebäude und € 500,00 für den Hausrat.

Ausgeschlossen sind Schäden:

a) **die durch Lawinen und Erdrutsche verursacht werden;**
b) **die durch Frost verursacht werden, auch wenn sie als Folge des von dieser Police gedeckten Ereignisses auftreten;**
c) **an Wohnungen, die nicht den zum Zeitpunkt von Bau und Wiederaufbau des Dachs geltenden Gesetzen und etwaigen lokalen Bestimmungen bezüglich Schneelast und Überbelastung entsprechen, bzw. wenn dessen obligatorische Renovierung nicht erfolgt ist;**
d) **an der in Bau oder Renovierung befindlichen Wohnung, es sei denn die Arbeiten haben keinerlei Einfluss auf diese Deckung, sowie am Hausrat;**
e) **an Dachziegeln, Schornsteinen, Antennen, Markisen, Oberlichtern, Scheiben sowie Fenstern und Türen und Abdichtungen, es sei denn deren Beschädigung ist auf das vollständige oder partielle Einbrechen des Dachs oder der Wände zurückzuführen;**

5. **VORSÄTZLICHER VANDALISMUS UND SABOTAGE**

Vorsätzlicher Vandalismus und Sabotage auch infolge von Tumulten, Streiks, Unruhen.

Für die Schäden durch Vandalismus ist eine Entschädigungsgrenze von 80% der aus der Police hervorgehenden Deckungssumme für jedes versicherte Gut (Gebäude und/oder Hausrat) vorgesehen. Ferner wird dem Versicherten für jeden Schadensfall ein Selbstbehalt von € 300,00 angerechnet.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **durch vollendeten oder versuchten Diebstahl und Raub, Verlust, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art;**
- **durch Verschandelung der Außenmauern der Wohnung und der Nebengebäude;**
- **die während einer, länger als 5 aufeinanderfolgende Tage dauernden, nicht militärischen Besetzung aufgetreten sind, und nicht durch Brand, Explosion oder Bersten, Implosion, den Absturz von Luftfahrzeugen, deren Teilen oder durch diese transportierten Sachen versursacht worden sind;**
- **die infolge von rechtmäßiger oder faktischer Beschlagnahme, Einziehung oder Requisition der versicherten Güter auf Anordnung durch jede Art behördlicher Instanz bzw. im Falle von Aussperrungen aufgetreten sind;**
- **durch Terrorismus.**

6. **EXPLOSION**

Explosion auch wenn diese durch Sprengstoffe oder Sprengkörper verursacht wird;

7. AUFPRALL VON FAHRZEUGEN

Aufprall von Land- oder Wasserfahrzeugen, die nicht dem Versicherten oder Versicherungsnehmer gehören, noch von diesem genutzt werden und in Bereichen fahren, die nicht ausschließlich zum Versicherungsgegenstand gehören, auch wenn sich dabei kein Brand entwickelt;

8. RAUCH, GASE UND DÄMPFE

Rauch, Gase und Dämpfe, die infolge von Defekten aus der Heizungsanlage der Wohnung austreten. Die Versicherungsdeckung greift nur, wenn die Anlage mit geeigneten Leitungen an hierfür vorgesehene Schornsteine angeschlossen ist.

Ausgeschlossen sind Schäden, die auf Verschleiß, Korrosion, Materialdefekte oder mangelnde Wartung zurückzuführen sind;

9. ABSTURZ VON LUFTFAHRZEUGEN

Absturz von Luftfahrzeugen, deren Teilen oder durch diese transportierten Sachen, einschließlich der Schäden, die durch den Absturz von Satelliten und Meteoriten verursacht werden;

10. SCHALLWELLE

Druck- oder Stoßwelle oder Überschallknall, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;

11. LEITUNGSWASSER

Austreten von Leitungswasser infolge des unvorhergesehenen Bruchs von:

- Regenrinnen und Fallrohre;
- Wasserleitungen und Sanitäranlagen, Heizungs- und Klimaanlagen in der Wohnung;

Ausgeschlossen sind Schäden:

a) durch Feuchtigkeit, Tropfleckage und allgemein ungesundes Raumklima;
b) durch Frost, falls die Wohnung als nicht ständiger Aufenthalt dient;
c) infolge von vereisungsbedingtem Bruch von Rohren oder Leitungen, die im Erdreich oder außerhalb des Gebäudes installiert sind;
d) durch Verschleiß, Korrosion, Materialdefekte oder mangelnde Wartung;
e) aufgrund von Verstopfung oder Überquellen der Kanalisation;
f) verursacht durch Auslaufen oder Bruch von automatischen Löschanlagen;
g) durch Bruch von Gummischläuchen und erdverlegten Rohren.

Für Schäden durch das Austreten von Leitungswasser zahlt die Versicherungsgesellschaft pro Versicherungsjahr für einen oder mehrere Schadensfälle maximal € 10.000,00. Ferner wird dem Versicherten für jeden Schadensfall ein Selbstbehalt von € 300,00 angerechnet.

12. ÜBERLAUFEN VON WASSER

Austreten von Wasser infolge des Überlaufens von Wasserleitungen, Sanitär-, Heizungs- oder Klimaanlagen aufgrund von Verstopfungen der Rohrleitungen, vorausgesetzt dass diese das Gebäude selbst, die größere Immobilie, zu welcher ersteres ggf. gehört, oder die aneinander grenzenden Gebäude versorgen.

Ausgeschlossen sind:

a) Schäden durch das Überquellen der Kanalisation;
b) Ausgaben für Abbruch und Wiederherstellung von Teilen des Gebäudes und der Anlagen, die getragen werden, um die Verstopfung, die das Überlaufen des Wassers verursacht hat, ausfindig zu machen und zu beseitigen.

Für die Schäden durch das Austreten von Wasser infolge des Überlaufens zahlt die Versicherungsgesellschaft pro Versicherungsjahr für einen oder mehrere Schadensfälle maximal € 10.000,00. Ferner wird dem Versicherten für jeden Schadensfall ein Selbstbehalt von € 300,00 angerechnet.

13. AUSLAUFEN VON WASSER AUS HAUSHALTSGERÄTEN

- Austreten von Wasser infolge des Bruchs von Haushaltsgeräten, einschließlich deren Anschlussteilen aus Metall und PVC, **unter Ausschluss derjenigen, die ganz oder teilweise aus Gummi bestehen.**

Für Schäden durch das Austreten von Wasser infolge des Bruchs von Haushaltsgeräten zahlt die Versicherungsgesellschaft pro Versicherungsjahr für einen oder mehrere Schadensfälle maximal € 10.000,00. Ferner wird dem Versicherten für jeden Schadensfall ein Selbstbehalt von € 300,00 angerechnet.

Die Versicherungsgesellschaft entschädigt ferner im Rahmen der Deckungssumme folgende Umstände, wenn es sich um Folgen von Ereignissen handelt, die von der Police abgedeckt werden:

14. DEFEKTE ZUR VERHINDERUNG ODER ERSTICKUNG VON BRÄNDEN

Defekte, die an versicherten Gütern verursacht werden, um Brände zu verhindern oder zu stoppen, und die von Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs vorgesehenen Rettungskosten;

15. ABBRUCH- UND RÄUMUNGSKOSTEN

die erforderlichen Ausgaben für das Abbrechen, Räumen, Aufbereiten und das Verbringen der Rückstände des entschädigungsfähigen Schadensfalls zur nächst gelegenen geeigneten Deponie, **unter Ausschluss von giftigen und schädlichen Materialien; die Deckung gilt bis zur Erreichung von 10% der Entschädigung, die gemäß Police für die Schäden an der Wohnung und dem Hausrat zusteht.**

16. HOTELKOSTEN

Die Kosten für die Hotelunterbringung für den zur Reparatur der Schäden erforderlichen Zeitraum, die auf die mangelnde Nutzbarkeit der versicherten Wohnung zurückzuführen sind, wenn diese infolge des Schadensfalls nicht bewohnbar ist.
Die Entschädigungsgrenze für diese Deckung beträgt € 5.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

17. **AUSSERORDENTLICHE AUSGABEN**

Außerordentliche Ausgaben, die bei einem gemäß Police entschädigungsfähigen Schadensfall durch die vollständige Unbewohnbarkeit der versicherten Wohnung verursacht werden. **Bis zur Grenze von € 10.000,00 werden** folgende Ausgaben ersetzt:

a) belegte und vernunftgemäß vom Versicherten getragene, außerordentliche Ausgaben für die Honorare von Planern, Beratern und Gutachtern, die als Beitrag zu Wiederaufbau oder Reparatur von zerstörten oder beschädigten Gütern erforderlich sind, innerhalb der von den zuständigen Berufskategorien aufgestellten Tarifgrenzen;

b) belegte und nachvollziehbare, vom Versicherten getragene, außerordentliche Ausgaben für Entfernung, Transport und Unterbringung (einschließlich Ein- und Ausbaukosten) von versicherten, beweglichen Sachen, die nicht vom Schadensfall betroffen oder teilweise beschädigt worden sind, **ausschließlich für den Fall, dass ihre Entfernung zur Durchführung der Reparaturen an dem beschädigten Gebäude unumgänglich ist;**

c) belegte und nachvollziehbare, vom Versicherten getragene Ausgaben für die Anmietung eines Lagerraums für die versicherten, beweglichen Sachen, die nicht vom Schadensfall betroffen oder teilweise beschädigt worden sind, **ausschließlich für den Fall, dass ihre Entfernung zur Durchführung der Reparaturen an dem beschädigten Gebäude unumgänglich ist;**

d) Erschließungskosten und betreffende Lasten, die dem Versicherten entstehen sollten bzw. von diesem auf Grundlage der zum Zeitpunkt des Wiederaufbaus geltenden Gesetzesbestimmungen an Körperschaften oder Behörden zu entrichten sind, falls ein Neubau des Gebäudes erforderlich sein sollte.

Bezüglich der Ausgaben laut Punkt a), b) und c) gilt als Grundvoraussetzung, dass diese Ausgaben innerhalb von 60 Tagen nach Genehmigung durch die Versicherungsgesellschaft und die Justizbehörden zur Entfernung der Rückstände des Schadensfalls getragen werden;

18. GUTACHTERKOSTEN

Als Gutachterkosten im Falle eines gemäß Police entschädigungsfähigen Schadensfalls werden Ausgaben und Honorare des Gutachters erstattet, den der Versicherte gemäß den Bestimmungen von Art. 116 - **„Verfahren zur Schadensbeurteilung“** gewählt und bestellt hat, **bis zur Erreichung des Betrags von € 5.000,00.**

19. **SUCHE UND REPARATUR VON DEFEKTEN**

Die Ausgaben für die Suche und Reparatur von Defekten, die zum unvorhergesehenen Bruch von Regenrinnen, Fallrohren, Wasserleitungen und Sanitäranlagen mit daraus folgendem Auslaufen von Leitungswasser geführt haben, vorausgesetzt dass die **Deckung A. GEBÄUDEBRAND** erworben wurde.

Es werden die Ausgaben erstattet, die für die Suche, Reparatur oder den Austausch von Leitungsteilen und den betreffenden Anschlüssen in Mauern und Fußböden getragen werden, die zum Auslaufen von Wasser geführt haben, einschließlich der Kosten für Abbruch oder Wiederaufbau von Mauern und Böden.

Für diese Deckung zahlt die Versicherungsgesellschaft pro Versicherungsjahr für einen oder mehrere

Schadensfälle maximal € 10.000,00. Ferner wird dem Versicherten für jeden Schadensfall ein Selbstbehalt von € 300,00 angerechnet.

20. MIETAUSFALL

Der 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 € 3.000,00 nach Abzug eines Selbstbehalts von € 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.

21. BRUCH VON PLATTEN UND SCHEIBEN

Ausgaben, die für den Ersatz von Platten und Scheiben durch gleiche oder ihren Eigenschaften nach gleichwertige neue entstehen - einschließlich Transport- und Installationskosten, **mit Ausschluss jeder anderen Ausgabe und von indirekten Schäden** -, wenn der Bruch durch unvorhergesehene, von keiner anderen Deckung unter diesem Artikel garantierte Ereignisse verursacht wurde.

Ausgeschlossen sind Schäden:

a) **an Platten und Scheiben, die fester Bestandteil von Haushalts- oder Elektronikgeräten sind;**

b) **die auf Umzugs-, Ausbau- oder Bearbeitungsvorgänge an den Platten und Scheiben oder an Möbeln, Fenster- und Türrahmen, Halterungen, Stützteilen oder Rahmen, an denen diese montiert sind, zurückzuführen sind;**

nicht als gemäß dieser Deckung entschädigungsfähige Brüche gelten Kratzer und Absplitterungen.

Für die Schäden durch Bruch von Platten und Scheiben zahlt die Versicherungsgesellschaft pro Versicherungsjahr für einen oder mehrere Schadensfälle maximal € 3.000,00. Ferner wird dem Versicherten für jeden Schadensfall ein Selbstbehalt von € 300,00 angerechnet, ohne Anwendung der Proportionalitätsregel gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs.

ERWEITERUNG DER DECKUNG

a) KLAGE DRITTER

Die Versicherungsgesellschaft verpflichtet sich dazu, den Versicherten **bis zum Erreichen von 25% der Deckungssumme für das Gut Gebäude mit maximal € 300.000,00 der Summe, die diese für Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben zu zahlen hat,** schadlos zu halten, wenn dieser gemäß Gesetz zivilrechtlich zu haften hat für direkte Sachschäden an den Sachen Dritter durch Brand, Explosion oder Bersten, die nicht durch Sprengkörper verursacht worden sind und gemäß Police entschädigungsfähig sind.

Die Versicherung gilt nicht für Schäden:

- **an Sachen, die der Versicherte gleich aus welchem Anlass in Verwahrung oder Gewahrsam hat;**
- **jeglicher Art infolge der Verschmutzung von Wasser, Luft und Boden.**

Der Versicherte hat die Versicherungsgesellschaft umgehend über die gegen sie eingeleiteten zivil- oder strafrechtlichen Verfahren zu informieren und sämtliche zur Verteidigung sachdienlichen Unterlagen und Beweise zu übergeben, woraufhin es der Versicherungsgesellschaft freisteht, die Führung des Verfahrens und Verteidigung des Versicherten zu übernehmen.

Der Versicherte hat sich jeglichen Vergleichs oder einer Anerkennung seiner Haftung ohne Zustimmung der Versicherungsgesellschaft zu enthalten.

Auf keinen Fall gelten als Dritte:

- **Ehegatten, Eltern, Eltern des Ehegatten, Kinder des Versicherten sowie jede andere fest mit dem Versicherten zusammenlebende Person;**
- **wenn der Versicherte keine natürliche Person ist: der gesetzliche Vertreter, der Gesellschafter mit beschränkter 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.**

b) VORSCHUSS VON ENTSCHÄDIGUNGEN

Der Versicherte hat Anspruch, vor der Auszahlung des Schadensfalls **die Zahlung eines Vorschusses von 50%** des auf Grundlage

der erhobenen Informationen absehbaren Mindestbetrags **zu erhalten, vorausgesetzt dass keine Beanstandung der Entschädigungsfähigkeit des Schadensfalls an sich vorgenommen wurde und dass die Gesamtentschädigung mindestens € 30.000,00 beträgt.**
Die Verpflichtung der Versicherungsgesellschaft tritt nach Ablauf von 60 Tagen ab Meldedatum des Schadensfalls in Kraft, vorausgesetzt dass mindestens 30 Tage ab Beantragung des Vorschusses verstrichen sind, und ist abhängig von der Einhaltung der für den Schadensfall vorgesehenen Verpflichtungen für Versicherungsnehmer und Versicherten (Art. 122 - **„Was tun im Schadensfall“**).
Falls der Schaden das Gebäude betrifft, erfolgt die Festlegung des o.a. Vorschusses ohne Berücksichtigung des Neuwerts.
Nach Ablauf von 90 Tagen ab Zahlung der Entschädigung für den Wert, den die Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatten, kann der Versicherte jedoch einen einzigen Vorschuss auf die Zusatzentschädigung erhalten, die auf Grundlage des Neuwerts zusteht, der in Verbindung mit dem Fortschritt der Arbeiten zum Zeitpunkt des Antrags bestimmt werden wird.

c) HAUSRAT
Falls der Hausrat der Wohnung versichert worden ist, gilt die Versicherung auch für:

- **Gegenstände, die vorübergehend aus der Wohnung** in Räumlichkeiten verbracht werden, die vom Versicherten oder seinen Angehörigen während Urlaubszeiten belegt werden, mit einer **Entschädigungsgrenze von € 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr;**
- **den Hausrat von Nebengebäuden mit einer Grenze von 10% der Deckungssumme für die Deckung B. Hausrat.**

C. DECKUNG MIETERHAFTPFLICHT

Im Fall der Haftung des Versicherten gemäß Art. 1588, 1589 und 1611 des it. Zivilgesetzbuchs entschädigt die Versicherungsgesellschaft entsprechend den Bedingungen der Police und auf Grundlage der Normen, mit denen der Schadensfall für ABSCHNITT 10 - BRAND geregelt ist, die direkt durch Brand, Explosion, Bersten und Rauch verursachten materiellen Schäden an den gemieteten Räumlichkeiten, auch wenn diese durch grobe Fahrlässigkeit des Versicherten verursacht worden sind.
Die Entschädigung wird unter Berücksichtigung des Erhaltungs- und Gebrauchszustands sowie aller Begleitumstände geleistet.
Die Deckungssumme umfasst auch Verbesserungen, Zusätze und Veränderungen, die vom Versicherten vorgenommen worden sind und deren Wiederaufbau- oder Wiederherstellungskosten von diesem getragen werden müssen.
Erweist sich der Schaden als höher als 30% des Gebäudeneuwerts, zahlt die Versicherungsgesellschaft in diesem Fall den ausschließlichen Wert des beschädigten oder zerstörten Materials, während der restliche Teil nach Gutheißung durch den Eigentümer und erfolgter Reparatur oder Wiederaufbau entrichtet wird.
Unter oben aufgeführten Bedingungen sind, abgesehen vom Versicherungsnehmer, dessen Angehörige versichert, die aus der Familienstandsbescheinigung hervorgehen.

Außer im Falle von Vorsatz verzichtet die Versicherungsgesellschaft auf den Rückgriff gegenüber dem Versicherten.

Art. 120 – Ausschlüsse
Unbeschadet der unter den einzelnen Deckungen vorgesehenen Ausschlüsse, sind Schäden ausgeschlossen:

a) die durch Kriegshandlungen, Aufstände, terroristische Anschläge oder organisierte Sabotage, militärische Besetzung oder Invasion verursacht werden (unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 119 - „Gegenstand der Versicherung“, Punkt 5 - vorsätzlicher Vandalismus und Sabotage);
b) die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern oder Gesellschaftern mit beschränkter Haftung begangen werden;
c) die durch Erdbeben, Tsunamis, Vulkanausbrüche, Sturmfluten, Überschwemmungen, Überflutungen und Hochwasser verursacht werden;
d) durch Verlust, Diebstahl, Raub, Erpressung oder sonstige Fehlbestände bei den versicherten Gütern, die bei von der Versicherung gedeckten Ereignissen auftreten;
e) an der Maschine oder Anlage, an der Bersten oder Implosion aufgetreten sind, wenn das Ereignis durch Verschleiß, Korrosion oder Materialdefekte verursacht wurde;
f) durch Frost und Leitungswasser (unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 119 - „Gegenstand der Versicherung“, Punkt 11 - Auslaufen von Leitungswasser);
g) die von gekühlten Lebensmitteln durch mangelnde oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden, auch wenn diese infolge von Ereignissen auftreten, für welche die Versicherung geleistet wird;
h) durch eine Explosion, die auf die illegale Verwahrung von Sprengstoff oder Sprengkörpern zurückzuführen ist,

welche dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten bekannt war;

i) indirekter Art mit Ausnahme derer, die in Art. 119 - „Gegenstand der Versicherung“ angegeben sind;

j) durch die Explosion oder Abgabe von Hitze oder Strahlung aufgrund der Umwandlung des Atomkerns oder verursacht durch Strahlungen, die durch die künstliche Beschleunigung von Atomteilchen hervorgerufen werden;

k) durch Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzen und Eindringen;

l) durch Einbrechen, Erdrutsch oder Abgleiten des Erdbodens;

m) an zulassungspflichtigen Motorfahrzeugen und etwaiger Ausrüstung, die Gegenstand eines Leasingvertrags sind.

Art. 121 - Gültigkeit der Deckung

Die Versicherung ist unter der Bedingung gültig, dass Wohnung und Hausrat sich in Gebäuden mit baulichen Eigenschaften jeglicher Art befinden, die jedoch vorwiegend aus feuerfesten Materialien errichtet sein müssen.

Die Wohnung muss sich ferner in einem Bauwerk befinden, das zu mindestens drei Vierteln der Gesamtfläche für die Nutzung als Wohnung, Büro, Hotel, Schule oder Kultstätte bestimmt ist.

Etwaige Abweichungen vom oben aufgeführten Gebäudezustand sind in der Police zu vermerken.

Die Versicherung gilt für in Bau befindliche Gebäude nur für das erste Versicherungsjahr mit Beschränkung auf den Posten Gebäude und ausschließlich für Schäden gemäß Art. 119.1 „Brand, Blitzschlag, Implosion und Bersten“.

Art. 122 - Was tun im Schadensfall

Im Schadensfall hat der Versicherte:

a) alles in seiner Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu vermeiden bzw. zu begrenzen;

b) der Versicherungsgesellschaft binnen 3 Tagen nach Kenntnisnahme den Schadensfall gemäß Angabe unter Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs zu melden;

c) 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 Versicherungsgesellschaft der geschädigten, zerstörten oder entwendeten Güter. Eine Kopie der Anzeige ist anschließend an die Versicherungsgesellschaft weiterzuleiten;

d) binnen 5 Tagen nach Meldung des Schadensfalls der Versicherungsgesellschaft eine detaillierte Liste der zerstörten, beschädigten oder entwendeten Güter mit Angabe des jeweiligen Wertes zu übermitteln, falls diese andere Informationen enthält als die bereits mit der Meldung getätigten Angaben;

Falls der Versicherte oder der Versicherungsnehmer einer der unter a) und/oder b) 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 a) getragen werden, gehen gemäß Angabe unter Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs zu Lasten der Versicherungsgesellschaft.

Der Versicherte hat ferner die Pflicht:

e) Spuren und Rückstände des Schadensfalls aufzubewahren, bis der von der Versicherungsgesellschaft beauftragte Gutachter seine Inspektion zur Schadensbeurteilung vorgenommen hat. Wird keine Inspektion der Spuren und Rückstände des Schadensfalls verlangt, sind diese aufzubewahren, bis die Versicherungsgesellschaft den Schaden ausgezahlt hat, ohne dass dafür eine Entschädigung zustünde;

f) eine detaillierte Liste der erlittenen Schäden mit Angabe von Art, Menge und Wert der beschädigten, entwendeten oder zerstörten Güter vorzubereiten sowie auf Anfrage ein detailliertes Inventar der zum Moment des Schadensfalls vorhandenen anderen versicherten Güter mit Angabe des jeweiligen Werts zu verfassen sowie sämtliche Unterlagen (Quittungen, Rechnungen, Verzeichnisse, Aufstellungen usw.) bereitzustellen, die von der Versicherungsgesellschaft oder den Gutachtern zum Zwecke der ggf. auch bei Dritten durchgeführten Ermittlungen und Kontrollen angefordert werden.

Art. 123 - Festlegung der Schadenshöhe

Es werden entschädigt:

A. das Gebäude

Die Versicherung wird in der Form auf Erstrisiko geleistet, d.h. bis zur Erreichung der Deckungssumme ohne Anwendung des Proportionalitätsprinzips gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs.

Die Versicherungsgesellschaft erstattet die Kosten des Neubaus der zerstörten oder beschädigten Teile **innerhalb der Grenzen der Deckungssummen und mit maximal dem Doppelten des Geschäftswerts dieser Teile zum Moment des Schadensfalls**, abzüglich des Werts der Rückstände und ohne Berücksichtigung von Alterungsgrad, Erhaltungs- und Gebrauchszustand, Bauart sowie unter Ausschluss des Grundstückswerts.

Die Wiederaufbaukosten müssen sich auf die zuvor bestehende Art von Wohnung beziehen, sodass etwaige Verbesserungen zu Lasten des Versicherungsnehmers gehen;

B. der Hausrat (Wohnung und Nebengebäude)

Die Versicherung wird in der Form auf Erstrisiko geleistet, d.h. bis zur Erreichung der Deckungssumme ohne Anwendung des Proportionalitätsprinzips gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs.

Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der Grenzen der Deckungssumme auf Grundlage des Geschäftswerts, den die beschädigten oder zerstörten Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatten.

Im Falle partiell beschädigter Sammlungen wird nur der Wert der Einzelstücke berücksichtigt, nicht die daraus folgende Wertminderung der Sammlung selbst.

Art. 124 - Obergrenze der Entschädigung

Unbeschadet des Falls gemäß Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs bezüglich der Rettungskosten, ist die Versicherungsgesellschaft unter keinen Umständen verpflichtet, eine höhere als die pro Schadensfall und Versicherungsjahr versicherte Summe zu zahlen.

Art. 125 - Bindungsklausel

Diese Klausel ist gültig, wenn in der Police die Bank angegeben ist, gegenüber welcher die Entschädigung gebunden ist. Die Deckung A. GEBÄUDEBRAND gilt als zu Gunsten des Gläubigers des durch Hypothek gesicherten Immobilienkredits gebunden. Daher erfolgt im Schadensfall die Zahlung der Entschädigung an den Versicherten nicht ohne vorausgehende Einwilligung und Mitwirkung des Kreditinstituts, das bei Beantragung gemäß ausdrücklicher Vereinbarung ohne weiteres selbst Anspruch auf die Auszahlung der Entschädigung hat, die zur vollständigen oder partiellen Tilgung der bestehenden Forderung verwendet werden darf. Im Falle mangelnder Zahlung der Prämie durch den Versicherten teilt die Versicherungsgesellschaft dies dem Kreditinstitut durch Übersendung der Benachrichtigung zur Fälligkeit der Prämie mit, woraufhin dieses für die Zahlung sorgen kann. Ebenso ist keine Senkung der versicherten Beträge, kein Storno bzw. keine Kündigung des Vertrags ohne die Zustimmung des Kreditinstituts möglich.

ABSCHNITT 11 - ERDBEBEN UND HOCHWASSER

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

A. DECKUNG ERDBEBEN

Art. 126 - Gegenstand der Versicherung

Die Versicherungsgesellschaft entschädigt innerhalb der Grenzen der jeweils in der Police für die einzelnen versicherten Partien angegebenen Beträge die durch Erdbeben an den versicherten Sachen verursachten, direkten Sachschäden - einschließlich derjenigen durch Brand, Explosion und Bersten - vorausgesetzt, dass das Gebäude in einem Gebiet liegt, das von den zuständigen Behörden als vom Erdbeben betroffen eingestuft wurde.

Für die vorliegende Deckung gelten Erdbebenstöße, die innerhalb von 168 Stunden nach einem Ereignis verzeichnet werden, das zu einem entschädigungsfähigen Schadensfall geführt hat, als zum selben Erdbebenereignis gehörend. Daher bilden die bei den Nachbeben verursachten Schäden einen einzigen Schadensfall gemeinsam mit dem Erstschaden, vorausgesetzt dass auch diese sich im Versicherungszeitraum ereignet haben.

Die Deckung wird bis zur Erreichung von 80% des für Gebäudeschäden versicherten Betrags und bis zur Erreichung von 90% des für Schäden am Hausrat versicherten Betrags geleistet.

Die Entschädigung wird abzüglich eines Selbstbehalts von 10% der für Schäden an Gebäude und/oder Hausrat

versicherten Summe ausgezahlt.

B. DECKUNG HOCHWASSER

Art. 127 - Hochwasser, Überflutung und Überschwemmung durch Witterungsereignisse (Sturzflut)

Die Versicherungsgesellschaft entschädigt innerhalb der Grenzen der jeweils in der Police für die einzelnen versicherten Partien angegebenen Beträge, die direkten Sachschäden - einschließlich derjenigen durch Brand, Explosion und Bersten, die an den versicherten Sachen verursacht werden durch:

a) Hochwasser oder Überflutungen bzw. das Austreten von Wasser und mitgetragenem Material über die normalen Ufer von Flussläufen und/oder von sowohl natürlichen als auch künstlichen stehenden Gewässern, auch wenn dies durch Erdbeben verursacht wird, vorausgesetzt, dass sich die Auswirkungen an einer Reihe von - versicherten oder nicht versicherten - Gegenständen in der näheren Umgebung feststellen lassen.

b) Überschwemmung bzw. plötzliches Aufstauen von Wasser aufgrund großer Niederschlagsmengen innerhalber kurzer Zeitspannen (Sturzflut), bei denen das Erdreich nicht in der Lage ist, das Regenwasser abzuleiten bzw. aufzunehmen, wovon das Innere des Gebäudes betroffen wird.

Für die vorliegende Deckung gelten Schäden durch Hochwasser/Überflutung als zu einem einzigen Schadensfall gehörend, wenn sie innerhalb von 504 Stunden nach dem Ereignis verzeichnet werden, das zu dem entschädigungsfähigen Schadensfall geführt hat.

Die Deckung wird bis zur Erreichung von 80% des für Gebäudeschäden versicherten Betrags und bis zur Erreichung von 90% des für Schäden am Hausrat versicherten Betrags geleistet.
Die Entschädigung wird abzüglich eines Selbstbehalts von 10% der für Schäden an Gebäude und/oder Hausrat versicherten Summe ausgezahlt.

Art. 128 - Folgeschäden

Bezüglich aller Deckungen erstattet die Versicherungsgesellschaft im Falle eines gemäß Police entschädigungsfähigen Schadens **bis zu 10% der gemäß Police zahlbaren Entschädigung für Schäden an Gebäude und Hausrat bis zur Obergrenze von € 10.000,00** zusätzliche Ausgaben, die getragen werden für:

- Abbruch, Räumung, Abtransport, Behandlung und Entsorgung der Rückstände des Schadensfalls auf der nächst gelegenen zugelassenen bzw. auf der von den Behörden vorgeschriebenen Mülldeponie;
- Entfernung, Einlagerung und Rückbringung (falls versichert) des Hausrats, wenn dies zur Renovierung der beschädigten, vom Versicherungsnehmer/Versicherten bewohnten Räumlichkeiten erforderlich ist, **bis zu dem Höchstbetrag von € 5.000,00 pro Ereignis;**
- Unterbringung in einem Hotel oder einer anderen Wohnung, falls die versicherten Räumlichkeiten infolge eines gemäß Police entschädigungsfähigen Schadensfalls unbewohnbar sein sollten, über den zur Renovierung der beschädigten, vom Versicherungsnehmer/Versicherten bewohnten Räumlichkeiten erforderlichen Zeitraum, **mit einer Tagesobergrenze von € 150,00 über maximal 30 Tage.**

Art. 129 – Ausschlüsse

Im Hinblick auf alle Deckungen erstattet die Versicherungsgesellschaft folgende Schäden nicht:

1. **infolge von Kriegshandlungen, Aufstand, militärischer Besetzung, Invasion, es sei denn, der Versicherungsnehmer/Versicherte weist nach, dass der Schadenfall in keinerlei Beziehung zu diesen Ereignissen steht, sowie Schäden, die durch Terroranschläge oder organisierte Sabotageakte verursacht werden;**
2. **verursacht durch Explosion, Abgabe von Hitze oder Strahlung, die von der Umwandlung des Atomkerns oder von Strahlung herrühren, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen hervorgerufen werden, auch wenn diese Phänomene auf Erdbeben, Hochwasser, Überflutung oder Überschwemmung zurückzuführen sind;**
3. **verursacht durch Vulkanausbrüche, Seebeben, Tsunamis, Monsterwellen, Gezeiten, Steinlawinen, Einbrüche oder Erdrutsche sowie Lawinen, auch wenn diese infolge von Erdbeben auftreten;**
4. **verursacht durch Witterungsereignisse, wie Orkan, Unwetter, Sturm, starker Wind und von diesen mitgerissene, in die Luft gewirbelte, davongewehte oder niedergerissene Sachen, Hagel und Windhosen;**
5. **aufgetreten infolge von Brüchen, Spalten oder Beschädigungen, die durch Wind oder Hagel am Dach, den Wänden oder Tür-/Fensterelementen verursacht worden sind;**

6. verursacht durch Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzen und Einsickerung;
7. verursacht durch übermäßige Schneelast oder elektrische Störfälle;
8. verursacht durch fehlende oder gestörte Erzeugung oder Verteilung von Strom, Wärme oder Wasser, es sei denn, diese Umstände treten als direkte Folge von Erdbeben/Hochwasser/Überflutung/ Überschwemmung an den versicherten Sachen auf;
9. die von gekühlten Lebensmitteln durch mangelnde oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden, auch wenn diese infolge von Ereignissen auftreten, für welche die Versicherung geleistet wird;
10. durch Diebstahl, Verlust, Raub, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art;
11. verursacht an Gebäuden, die gemäß geltenden Baugesetzen als illegal gelten;
12. aufgrund von Verspätungen bei der Instandsetzung der beschädigten Räumlichkeiten wegen außerordentlicher Gründe oder aufgrund von Verzögerungen bei der Belegung der renovierten Räume;
13. herbeigeführt durch Vorsatz des Versicherten oder Versicherungsnehmers;
14. Schäden an Maschinen sowie elektrischen und elektronischen Anlagen, Geräten sowie Schaltungen, die verursacht werden durch Stromschwankungen oder Stromschläge (elektrische Störfälle), auch wenn diese infolge von Ereignissen auftreten, für die Versicherungsdeckung besteht;
15. an Bäumen, Pflanzen, Wiesen und landwirtschaftlichen Anbauflächen;
16. 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;
17. verursacht durch Verunreinigung und/oder Kontamination durch chemische und/oder biologische Stoffe;
18. Folgeschäden an den versicherten Gütern, die nicht direkt durch die Einwirkung von Erdbeben/ Hochwasser/Überflutung/ Überschwemmung verursacht worden sind, wie z.B. die Entwicklung von Rauch, Gasen und Dämpfen oder der Ausfall von Strom-, Heizungs- und Wasserversorgung;
19. an beweglichen Strukturen, wie Traglufthallen, Zeltbauten und Seilnetzkonstruktionen;
20. an Gebäuden, die nicht mit den baulichen Eigenschaften und Bedingungen laut nachstehendem Art. 130 - „Gültigkeitsbedingungen der Deckung: Gebrauchszustand des Gebäudes“ übereinstimmen;
21. betreffend: Schmuck, Wertgegenstände, Wertsachen, zulassungspflichtige Motorfahrzeuge und etwaige Ausrüstung, die Gegenstand eines Leasingvertrags sind.

In Bezug auf die Deckung Überflutung, Hochwasser und Überschwemmung aufgrund von Witterungsereignissen entschädigt die Versicherungsgesellschaft ferner folgende Schäden nicht:

22. verursacht durch Sturmflut, Gezeiten, Tsunami, Feuchtigkeit, Ausschwitzen, Defekt oder Bruch von automatischen Löschanlagen;
23. an beweglichen Strukturen im Außenbereich;
24. an versicherten Sachen, die sich in Kellerräumen in einer Höhe von weniger als 12 cm vom Boden befinden;
25. Schäden, die durch Frost, Auftauen, Feuchtigkeit (ggf. aufsteigend), Tropfleckage, Einsickern verursacht werden;
26. verursacht durch Verstopfen, Überlaufen, Bruch oder Überquellen von Fallrohren, Regenrinnen oder anderen Ablaufsystemen, wie z.B. der Kanalisation, wenn diese nicht direkt mit dem Ereignis verbunden sind;
27. an Gebäude, die im Bereich von Flussauen errichtet worden sind.

Art. 130 - Gültigkeitsbedingungen der Deckung: Gebrauchszustand des Gebäudes.

Die Versicherung ist unter der Bedingung gültig, dass das bzw. die Gebäude, zu denen die Räumlichkeiten gehören und deren Standort in der Police angegeben ist, sowie das ggf. vorhandene Zubehör:

- auf italienischem Staatsgebiet liegen;
- zu mindestens zwei Drittel ihrer Gesamtfläche zur Wohnnutzung bestimmt sind, einschließlich ggf. angrenzender Räumlichkeiten, die als Büros genutzt werden;
- sich im Hinblick auf Standfestigkeit, Wartung und Instandhaltung in gutem Zustand befinden.

Die Versicherung gilt nicht für Gebäude:

- die sich im Bau, Umbau, Ausbau oder in Renovierung befinden;

- **die gemäß geltenden Gesetzesnormen im Bereich Urbanistik und Bauwesen als illegal gelten;**
- **die ohne die gemäß einschlägiger Gesetzgebung im Bereich der Urbanistik erforderlichen Baugenehmigungen errichtet worden sind und die mit behördlicher Verfügung zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Police für unbewohnbar erklärt worden sind;**
- **die nicht den zum Zeitpunkt der Errichtung geltenden technischen Normen der Gesetze sowie etwaigen örtlichen Bauvorschriften in erdbebengefährdeten Gebieten entsprechen;**
- **die aufgrund ihrer künstlerischen, historischen, archäologischen oder ethnographischen Bedeutung bzw. aufgrund ihrer Verbindung zur politischen, militärischen, literarischen, Kunst- und Kulturgeschichte unter Denkmalschutz gestellt worden sind und als solche Gegenstand einer Bekanntgabe durch das Ministerium für Kulturgüter und Landschaftsschutz gewesen und damit den Regelungen durch das Gesetz Nr. 1089 vom 1. Juni 1939 i.d.g.F. unterstellt worden sind;**
- **die sich im Besitz von Vereinen, Gesellschaften, Unternehmen, staatlichen Instituten und Einrichtungen befinden, mit alleiniger Ausnahme von Immobilienkapitalgesellschaften und Trusts.**

Art. 131 - Was tun im Schadensfall

Im Schadensfall hat der Versicherte:

a) alles in seiner Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu vermeiden bzw. zu begrenzen;

b) der Versicherungsgesellschaft binnen 10 Tagen nach Kenntnisnahme den Schadensfall gemäß Angabe unter Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs zu melden;

c) unverzüglich Anzeige bei den zuständigen Gerichts- oder Polizeibehörden 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 Versicherungsgesellschaft der beschädigten oder zerstörten Güter. Eine Kopie der Anzeige ist anschließend an die Versicherungsgesellschaft weiterzuleiten;

d) binnen 15 Tagen nach Meldung des Schadensfalls der Versicherungsgesellschaft eine detaillierte Liste der beschädigten oder zerstörten Güter zu übermitteln, falls diese andere Informationen enthält als die bereits mit der Meldung getätigten Angaben.

Falls der Versicherte oder der Versicherungsnehmer einer der unter a) und/oder b) 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 a) getragen werden, gehen gemäß Angabe unter Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs zu Lasten der Versicherungsgesellschaft.

Der Versicherte hat ferner die Pflicht:

e) Spuren und Rückstände des Schadensfalls aufzubewahren, bis der von der Versicherungsgesellschaft beauftragte Gutachter seine Inspektion zur Schadensbeurteilung vorgenommen hat. Wird keine Inspektion der Spuren und Rückstände des Schadensfalls verlangt, sind diese aufzubewahren, bis die Versicherungsgesellschaft den Schaden ausgezahlt hat, ohne dass dafür eine Entschädigung zustünde;

f) eine detaillierte Liste der erlittenen Schäden mit Angabe von Art, Menge und Wert der beschädigten oder zerstörten Güter vorzubereiten sowie auf Anfrage ein detailliertes Inventar der zum Moment des Schadensfalls vorhandenen anderen versicherten Güter mit Angabe des jeweiligen Werts zu verfassen sowie sämtliche Unterlagen (Quittungen, Rechnungen, Verzeichnisse, Aufstellungen usw.) bereitzustellen, die von der Versicherungsgesellschaft oder den Gutachtern zum Zwecke der ggf. auch bei Dritten durchgeführten Ermittlungen und Kontrollen angefordert werden.

Art. 132 - Wert der versicherten Sachen

A. Gebäude

Die Feststellung des Werts, den das - unversehrte, beschädigte oder zerstörte - versicherte Gebäude zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatte, erfolgt, indem als Neuwert die erforderlichen Kosten für den vollständigen Wiederaufbau des ganzen versicherten Gebäudes geschätzt werden, abzüglich des Werts erhaltener Teile und unter alleinigem Ausschluss des Grundstückswerts.

Die Wiederaufbaukosten müssen sich auf die zuvor bestehende Art von Wohnung beziehen, sodass etwaige Verbesserungen zu Lasten des Versicherungsnehmers gehen.

Die Versicherung wird in der Form auf Erstrisiko geleistet.

B. Hausrat

Für den Hausrat erfolgt die Auszahlung im Rahmen der Grenzen der Deckungssumme auf Grundlage des Geschäftswerts, den die beschädigten oder zerstörten Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatten.
Im Falle partiell beschädigter Sammlungen wird nur der Wert der Einzelstücke berücksichtigt, nicht die daraus folgende Wertminderung der Sammlung selbst.
Die Versicherung wird in der Form auf Erstrisiko geleistet.

Art. 133 - Festlegung der Schadenshöhe

Die Festlegung der Schadenshöhe erfolgt getrennt für jede versicherte Partie auf Grundlage der ggf. in der Police angegebenen Untergrenzen.
Bezüglich des Gebäudes ist der Anspruch auf Zahlung der Entschädigung für den Neuwert daran gebunden, dass das Gebäude am selben oder an einem anderen Standort auf dem Staatsgebiet binnen 12 Monaten ab dem Datum des abschließenden Gutachterprotokolls oder des Beschlusses zur Schadensregulierung instandgesetzt oder wiederaufgebaut wird, es sei denn der Versicherte kann belegen, dass dies aus nicht ihm zuschreibbaren Gründen nicht möglich ist, woraus jedoch keine größere Belastung für die Versicherungsgesellschaft erwachsen darf.
Falls dies nicht geschieht, beschränkt die Versicherungsgesellschaft die Entschädigung auf den Wert der Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfalls, d.h. abzüglich der Wertminderung, die auf Grundlage des Alters, des Erhaltungszustands, der Bauweise, des Standorts, der Zweckbestimmung, des Gebrauchs und aller weiterer Begleitumstände ermittelt wird.
Die Zahlung der Entschädigung zum Neuwert erfolgt auf jeden Fall im Rahmen der von der Versicherung vorgesehenen Entschädigungsgrenzen, auch wenn sich der Versicherte anstelle von Reparatur oder Wiederaufbau des Gebäudes für den Kauf eines anderen bereits errichteten Gebäudes auf dem italienischen Staatsgebiet entscheidet. In diesem Fall zahlt die Versicherungsgesellschaft, falls der Kaufpreis unter der Entschädigungsgrenze liegt, lediglich den Kaufpreis aus.
Falls das Gebäude ganz oder teilweise aus nicht allgemein gebräuchlichen Materialien gebaut wird, erfolgt die Schätzung seines Werts auf Grundlage der Kosten eines Neubaus unter Einsatz von gleichwertigen, jedoch allgemein gebräuchlichen Materialien.

Art. 134 - Auszahlung der Entschädigung

Nach Prüfung der Wirksamkeit der Deckung, Beurteilung des Schadens und Erhalt der erforderlichen Dokumentation hat die Versicherungsgesellschaft 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.

Art. 135 - Vorauszahlung auf die Entschädigung

Der Versicherungsnehmer/Versicherte hat Anspruch, vor der Auszahlung der Entschädigung die Zahlung eines Vorschusses von 50% des auf Grundlage der erhobenen Informationen absehbaren Mindestbetrags zu erhalten, vorausgesetzt dass keine Beanstandungen der Entschädigungsfähigkeit des Schadensfalls an sich aufgetreten sind und dass die Gesamtentschädigung voraussichtlich mindestens € 25.000,00 betragen wird.
Die Verpflichtung der Versicherungsgesellschaft tritt binnen 90 Tagen ab Meldedatum des Schadensfalls ein, vorausgesetzt dass mindestens 30 Tage ab Beantragung des Vorschusses verstrichen sind. Die Vorauszahlung darf - gleich auf welchen Betrag die Schätzung des Schadensfalls lautet - auf keinen Fall € 250.000,00 überschreiten.
Jede Beurteilung und Entscheidung hinsichtlich der endgültigen Regulierung der Entschädigung bleibt hiervon jedoch unberührt.

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

Art. 136 - Bindungsklausel

Diese Klausel ist gültig, wenn in der Police die Bank angegeben ist, gegenüber welcher die Entschädigung gebunden ist. Die Deckungen Erdbeben und Hochwasser des Gebäudes sind zu Gunsten des Gläubigers des Immobilienkredits gebunden. Daher erfolgt im Schadensfall die Zahlung der Entschädigung an den Versicherten nicht ohne vorausgehende Einwilligung und Mitwirkung des Kreditinstituts, das bei Beantragung gemäß ausdrücklicher Vereinbarung ohne weiteres selbst Anspruch auf die Auszahlung der Entschädigung hat, die zur vollständigen oder partiellen Tilgung der bestehenden Forderung verwendet werden darf. Im Falle mangelnder Zahlung der Prämie durch den Versicherten teilt die Versicherungsgesellschaft dies dem Kreditinstitut durch Übersendung der Benachrichtigung zur Fälligkeit der Prämie mit, woraufhin dieses für die Zahlung sorgen kann. Ebenso ist keine Senkung der versicherten Beträge, kein Storno bzw. keine Kündigung des Vertrags ohne die Zustimmung des Kreditinstituts möglich.

ABSCHNITT 12 - DIEBSTAHL UND RAUB

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

Art. 137 - Gegenstand der Versicherung
Im Rahmen der in der Police angegebenen Deckungssumme entschädigt die Versicherungsgesellschaft direkte Sachschäden, die durch die nachstehend aufgeführten Ereignisse verursacht werden.

A. DECKUNG DIEBSTAHL VON HAUSRAT

Unbeschadet der Angaben unter Art. 139 - **„Ausschlüsse"** sind die nachstehend aufgelisteten Ereignisse garantiert:

1. **DIEBSTAHL**
   Diebstahl aus der Wohnung, die in der Police angegeben ist, **unter der Bedingung, dass der Täter in die Räume mit den Gütern eingedrungen ist:**
   a) **indem deren Schutzabsperrungen durchbrochen worden sind mittels Einbruch, betrügerischem Gebrauch von Schlüsseln, Einsatz von Dietrichen oder ähnlichem Werkzeug;**
   b) **auf anderem als dem üblichen Weg, wobei Hindernisse oder Absperrungen mithilfe von Kunstgriffen oder besonderer körperlicher Geschicklichkeit überwunden worden sind;**
   c) **während sich Personen in den Räumen befanden, sodass vorhandene Schutz- und Verriegelungssysteme an Fenstern oder Fenstertüren nicht aktiviert waren;**
   d) **auf andere Weise, woraufhin er sich im Innern versteckt und das Diebesgut später bei geschlossenen Räumen entwendet hat.**

2. **RAUB**
   Raubüberfall oder Erpressung im Innern der in der Police angegeben Wohnung, auch wenn die Personen denen Gewalt angetan oder angedroht wird, außerhalb gekidnappt und zur Wohnung verbracht worden sind.

ERWEITERUNG DER DECKUNG

a) **DURCH EINBRECHER VERURSACHTE DEFEKTE**
   Defekte, die von den Einbrechern an den Räumen, in denen die versicherten Sachen verwahrt werden, sowie den Türen und Fenstern, die zum Schutz und zum Verschluss des Zugangs und der Öffnungen der Räume dienen, bei dem versuchten oder begangenen Einbruch oder Raub verursacht werden, **bis zu einem Betrag von € 1.500,00 zusätzlich zur Deckungssumme für den Hausrat;**

b) **KOSTEN FÜR VERBESSERUNGEN**
   Ausgaben für Verbesserungen **bis zu einer Grenze von € 1.000,00**, die direkt im Anschluss an den Schadensfall getragen werden, um Panzerungen, Schlösser, Gitter, Verriegelungsvorrichtungen und Alarmanlagen zu installieren bzw. aufzurüsten mit dem Zweck, die Schutzwirkung der vorhandenen, jedoch bei dem versuchten oder begangenen Einbruch oder Raub durchbrochenen Vorrichtungen zu verbessern.

c) **VANDALISMUS**
   Vandalismus durch Einbrecher bei einem versuchten oder begangenen Diebstahl in Räumen, in denen die versicherten Güter verwahrt sind. **Die Deckung wird geleistet mit Anwendung eines Selbstbehalts von € 100,00 pro Schadensfall zu Lasten des Versicherten und mit einer Entschädigungsgrenze pro Schadensfall von 10% der Deckungssumme für den Hausrat zusätzlich zu letzterer.**

d) **TASCHENDIEBSTAHL UND RAUB VON PERSÖNLICHEM HABE**
   Der an der Person des Versicherten oder Mitgliedern seiner Kernfamilie begangene Taschendiebstahl und Raub von persönlichem Habe **bis zum Erreichen von 10% der Deckungssumme für den Hausrat zusätzlich zu letztgenannter. Für Bargeld ist die Entschädigung auf € 500,00 begrenzt.**

Die Deckung wird geleistet nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 100,00.
Ferner werden innerhalb der Grenzen der Deckungssumme und gegen Vorlage von entsprechenden Belegen die getragenen Ausgaben **erstattet für:**

- die Neuausstellung von entwendeten Ausweisdokumenten;
- das Nachmachen von Schlüsseln bzw. der Austausch von Schlössern der Wohnung **insgesamt bis zu einem Betrag von € 250,00.**

Die Deckungserweiterung **Taschendiebstahl und Raub** gilt für die ganze Welt.

e) **SCHMUCK UND WERTSACHEN IN FERIENWOHNUNGEN**
Schmuck und Wertsachen, die in Ferienwohnungen mitgenommen worden sind **mit Entschädigung von 10% der Deckungssumme** für Schmuck und Wertsachen, wo immer auch diese aufbewahrt worden sind, vorausgesetzt dass sie in mit Schlüssel verriegelten Schubladen oder Möbelstücken verwahrt waren, **bis zur Grenze von € 1.000,00 mit Einschränkung auf den Zeitraum des Aufenthalts in der Ferienwohnung.**

f) **TÄUSCHUNG INNERHALB DER WOHNUNG**
Unrechtsmäßige Entwendung von Geld und/oder Gütern, die zum Hausrat gehören, durch Dritte, welche die in der Police genannte Wohnung durch Täuschung eines Minderjährigen oder einer Person im Alter über 75 Jahren betreten haben.
Diese Erweiterung der Deckung:
- wird mit einer Entschädigungsgrenze pro Schadensfalls und Versicherungsjahr von € 1.000,00 nach Anrechnung eines Selbstbehalts von € 100,00 geleistet.
- gilt nicht, wenn die Entwendung des Geldes nicht mit der Täuschung einhergeht;
- gilt nicht im Falle des Kaufs von Gütern oder Dienstleistungen oder der Unterzeichnung anderer vertraglicher Verpflichtungen.

Art. 138 - Entschädigungsgrenzen
Die Deckung A. DIEBSTAHL DES HAUSRATS wird im Rahmen der Deckungssumme mit folgenden Entschädigungsgrenzen geleistet:
in der Hauptwohnung:

- **Einzelobjekt - € 5.000,00;**
- **Schmuck und Wertsachen gleich an welchem Aufbewahrungsort - 20% der Deckungssumme;**
- **Schmuck und Wertsachen im Tresor - 50% der Deckungssumme;**
- **Bargeld - € 500,00;**
- **Hausrat in Nebengebäuden - 20% der Deckungssumme;**

in Nebenwohnung:

- **hier wird keinerlei Entschädigung zuerkannt für folgende Hausratsposten - Pelzmäntel, Teppiche, Gobelins, Gemälde, Skulpturen und ähnliche Kunstgegenstände, Tafelsilber, Wertsachen, Bargeld, Schmuck und Wertgegenstände, Kollektionen und Sammlungen allgemein;**
- **für den Hausrat in Nebengebäuden - 20% der Deckungssumme.**

Art. 139 – Ausschlüsse
Ausgeschlossen sind Schäden:

a) die bei Krieg, Aufständen, Volksunruhen, Streiks, Aufruhr, militärischer Besatzung, Invasion, terroristischen Anschlägen oder Sabotage aufgetreten sind, vorausgesetzt dass der Schadensfall mit diesen Ereignissen in Verbindung steht;

b) die in Verbindung mit Feuer, Explosionen (auch Nuklearexplosionen), Bersten, radioaktiver Strahlung und Kontamination, Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen und anderen Naturkatastrophen entstehen, vorausgesetzt dass der Schadensfall in Zusammenhang mit diesen Ereignissen steht;

c) die mit Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder Versicherten begangen oder erleichtert werden oder:

- **von Personen, die mit diesen zusammenwohnen oder die Räumlichkeiten bewohnen, in denen versicherte Güter verwahrt sind oder die an diese angrenzen;**

- von Haushaltshilfen;
- von Personen, für die diese haftpflichtig sind;
- von Personen, die mit der Überwachung der versicherten Güter oder der Räume, in denen diese verwahrt sind, beauftragt sind;
- von Personen, die mit diesen verwandt oder verschwägert sind, auch wenn sie nicht mit ihnen zusammenleben;
- wenn diese ab 24 Uhr des 45. Tages eingetreten sind, wenn die Räumlichkeiten, in denen die versicherten Güter verwahrt sind, länger als 45 aufeinanderfolgende Tage unbewohnt oder unbewacht geblieben sind. Mit Einschränkung auf Schmuck und Wertsachen gilt der Ausschluss ab 24 Uhr des 8. Tags für Schmuck, der außerhalb des Tresors verwahrt wurde, und ab dem 15. Tag für Schmuck und Wertsachen im Tresor; für Räumlichkeiten, die als Nebenwohnung verwendet werden, gilt die Deckung hingegen auch im Falle der Nichtbenutzung;

d) mittelbare Schäden, wie erhoffter Gewinn, Schäden durch mangelnden Genuss oder Gebrauch oder andere Nachteile;
e) die an den versicherten Gütern durch Feuer, Explosion oder Bersten vom Urheber des Schadensfalls verursacht wurden;
f) an Schmuck und Wertsachen, die mit der Berufstätigkeit zusammenhängen;
g) an Sachen, die im Freien, auf Balkons oder Terrassen oder in gemeinsam genutzten Eingangsbereichen, Fluren oder auf Treppenabsätzen abgestellt sind;
h) die durch das Fehlen von Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen ermöglicht worden sind;
i) wenn die Wohnung unbewacht gelassen wird, ohne dass die Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen aktiviert werden;
j) die durch Tür-, Fenster- oder Gitteröffnungen erfolgt sind, ohne dass es zu einer Manipulation oder dem Aufbrechen genannter Strukturen oder Verschlussvorrichtungen kam;
k) die infolge von Beschlagnahmungen und Requisitionen eingetreten sind.

Art. 140 - Gültigkeit der Deckung - Verschlussvorrichtungen

Die Deckung gilt unter der Bedingung, dass die Außenmauern und die an Räume anderer Wohnungen oder Gemeinschaftsbereiche angrenzenden Wände aus Mauerwerk oder feuerfesten Materialien bestehen und dass jede Öffnung nach außen durch normalerweise in Privatwohnungen gebräuchliche Vorrichtungen (Türen, Fenster, Rollläden usw.) verschlossen ist.

Falls die Öffnungen der Wohnung sich in geringerer Höhe als 4 m vom Boden oder anderen begehbaren Flächen befinden, müssen die zum Schutz und Verschluss vorgesehenen Vorrichtungen, falls sich weder der Versicherte noch seine Angehörigen in der Wohnung aufhalten, aktiviert werden anhand von Verriegelungen, die sich nur von innen öffnen lassen, bzw. durch Einbau- oder Vorhängeschlösser.

Art. 141 – Selbstbeteiligungen

Die Deckung wird mit Anrechnung folgender Selbstbeteiligungen geleistet:

1. Die Versicherung wird ohne Berechnung von Selbstbeteiligung geleistet für Wohnungen in mindestens 4 m Höhe vom Boden oder von anderen normal und ohne Zuhilfenahme besonderer Geräte oder besonderer körperlicher Geschicklichkeit zugänglichen und begehbaren Flächen;
2. Die Versicherung wird mit einer Selbstbeteiligung von 20% geleistet für Wohnungen in alleinstehenden oder Reihenhäusern, im Erdgeschoss oder Penthouse sowie in weniger als 4 m Höhe vom Boden oder von anderen normal und ohne Zuhilfenahme besonderer Geräte oder besonderer körperlicher Geschicklichkeit zugänglichen und begehbaren Flächen. Die Selbstbeteiligung wird von 20% auf 10% reduziert, wenn die Öffnungen nach außen durch am Mauerwerk befestigte Fenstergitter und/oder Gittertore aus Eisen und/oder Alarmsysteme gesichert sind.
3. Wenn im Schadensfall festgestellt wird, dass die Einbrecher in die versicherten Räume gelangt sind:
   a) durch Öffnungen, die mit Vorrichtungen geschützt waren, die nicht den Angaben unter Art. 140 - „Gültigkeit der Deckung - Verschlussvorrichtungen“ entsprechen;
   b) als die vorhandenen Verschluss- und/oder Sicherungsvorrichtungen nicht aktiviert waren, vorausgesetzt

dass zum Moment des Schadensfalls weder der Versicherte noch seine Angehörigen in den Räumen anwesend waren;

c) über Gerüste, die außen am Gebäude angebracht sind;

wird die Entschädigung mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 20% geleistet.

Bei gleichzeitigem Vorhandensein mehrerer Selbstbeteiligungsfälle wird maximal eine Selbstbeteiligung von 30% berechnet.

Art. 142 - Was tun im Schadensfall

Im Schadensfall hat der Versicherte:

a) alles in seiner Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu vermeiden bzw. zu begrenzen, sich umgehend auf dem wirksamsten Wege um die Wiedererlangung der entwendeten Güter und die Erhaltung und Bewahrung der verbliebenen, auch der ggf. beschädigten Güter zu bemühen;

b) der Versicherungsgesellschaft binnen 3 Tagen nach Kenntnisnahme den Schadensfall gemäß Angabe unter Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs zu melden;

c) umgehend Anzeige bei der zuständigen Gerichtsbehörde oder lokalen Polizei 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 Versicherungsgesellschaft der geschädigten, zerstörten oder entwendeten Güter. Eine Kopie der Anzeige ist anschließend an die Versicherungsgesellschaft weiterzuleiten;

d) binnen 5 Tagen nach Meldung des Schadensfalls der Versicherungsgesellschaft eine detaillierte Liste der zerstörten, beschädigten oder entwendeten Güter mit Angabe des jeweiligen Wertes zu übermitteln, falls diese andere Informationen enthält als die bereits mit der Meldung getätigten Angaben;

e) umgehend die Entwendung von Forderungspapieren (auch des Schuldners) zu melden und - wenn gesetzlich zulässig - deren Abschreibung vorzunehmen.

Falls der Versicherte einer der unter a. und/oder b. 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 a) und e) getragen werden, gehen gemäß Angabe unter Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs zu Lasten der Versicherungsgesellschaft.

Der Versicherte hat ferner die Pflicht:

f) nicht gestohlene bzw. unversehrt gebliebene Güter, materielle Indizien der Straftat bzw. Spuren und Rückstände des Schadensfalls aufzubewahren, bis der von der Versicherungsgesellschaft beauftragte Gutachter seine Inspektion zur Schadensbeurteilung vorgenommen hat. Wird keine Inspektion der Spuren und Indizien der Straftat verlangt, sind die Rückstände des Schadensfalls aufzubewahren, bis die Versicherungsgesellschaft den Schaden ausgezahlt hat, ohne dass dafür eine Entschädigung zustünde;

g) eine detaillierte Liste der erlittenen Schäden mit Angabe von Art, Menge und Wert der beschädigten, entwendeten oder zerstörten Güter vorzubereiten sowie auf Anfrage ein detailliertes Inventar der zum Moment des Schadensfalls vorhandenen anderen versicherten Güter mit Angabe des jeweiligen Werts zu verfassen sowie sämtliche Unterlagen (Quittungen, Rechnungen, Verzeichnisse, Aufstellungen usw.) bereitzustellen, die von der Versicherungsgesellschaft oder den Gutachtern zum Zwecke der ggf. auch bei Dritten durchgeführten Ermittlungen und Kontrollen angefordert werden.

Art. 143 - Festlegung der Schadenshöhe

Die Versicherung wird in der Form auf Erstrisiko geleistet. Die Schadenshöhe ergibt sich für die entwendeten oder zerstörten Sachen aus dem Geschäftswert, den diese zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatten, und für die beschädigten Sachen aus den Reparaturkosten, die auf den Geschäftswert zum Zeitpunkt des Schadensfalls beschränkt sind.

Im Falle partiell beschädigter Sammlungen wird nur der entschädigungsfähige Wert der Einzelstücke berücksichtigt, nicht die daraus folgende Wertminderung der Sammlung selbst.

Bei Ausweisdokumenten wird die Erstattung der Verwaltungsgebühren für deren Neuausstellung zuerkannt.

Bei Wertpapieren, für welche das Abschreibungsverfahren zulässig ist, wird die Versicherung nur für die vom Versicherten für das gesetzlich vorgeschriebene Abschreibungsverfahren getragenen Ausgaben geleistet, sodass auch bezüglich der Entschädigungsgrenzen anstelle des Werts der Papiere der Betrag dieser Ausgaben berücksichtigt wird.

Art. 144 - Rückerlangung der gestohlenen Sachen

Werden gestohlene Sachen ganz oder teilweise zurückerlangt, hat der Versicherte dies der Versicherungsgesellschaft zu melden, sobald er Kenntnis davon erlangt.
Die rückerlangten Sachen werden Eigentum der Versicherungsgesellschaft, wenn diese den Schaden bereits vollständig erstattet hat.
Hat die Versicherungsgesellschaft den Schaden hingegen nur partiell erstattet, steht dem Versicherten der Wert der Rückerlangung bis zur Erreichung des ggf. von der Versicherung nicht gedeckten Schadensanteils zu, während der Rest der Versicherungsgesellschaft zusteht. Auf jeden Fall hat der Versicherte Anspruch darauf, die rückerlangte Sache zu behalten, nachdem er der Versicherungsgesellschaft die Entschädigung zurückerstattet hat.
Erfolgt die Rückerlangung, bevor die Entschädigung ausgezahlt wird, **werden von der Versicherungsgesellschaft nur die ggf. von den Sachen erlittenen Schäden erstattet.**

ABSCHNITT 13 – BEISTAND HAUPTWOHNUNG

Die nachstehend aufgeführten Leistungen gelten nur, wenn in der Police die Deckung A. Beistand Hauptwohnung genannt ist und die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Die Organisation der Beistandsleistung mit nachstehend aufgeführten Einzelleistungen wurde von der Versicherungsgesellschaft **Europ Assistance Italia S.p.A.** (nachstehend Europ Assistance) anvertraut.
Es steht der Versicherungsgesellschaft 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 HAUPTWOHNUNG

Art. 145 - Gegenstand der Versicherung
Die Versicherungsgesellschaft stellt ausschließlich über die Organisationsstruktur dem Versicherten den Service Beistandsleistungen zur Verfügung, der folgende Einzelleistungen umfasst:

BEISTAND FÜR DIE WOHNUNG
Die Leistungen werden während der Laufzeit der Police allein und ausschließlich auf italienischem Staatsgebiet bis zu 3 Mal für jeden Einzelposten erbracht.

Entsenden eines Gas- und Wasserinstallateurs für Notfallmaßnahmen
Sollte der Versicherte infolge eines Defekts von Wasserleitungen oder Sanitäranlagen in der Wohnung einen Installateur benötigen, so sorgt die Organisationsstruktur - unter Ausschluss der nachstehend aufgeführten Ereignisse, bei denen die Leistung nicht zusteht - für die Entsendung eines Handwerkers, dessen Anfahrt- und Lohnkosten Europ Assistance **bis maximal € 200,00 pro Schadensfall übernimmt.**
Zu Lasten des Versicherten bleiben die für die Reparatur anfallenden Materialkosten.
Keine Leistung erfolgt bei:

- **Pannen oder Funktionsstörungen von Haushaltsgeräten (Wasch-, Spülmaschine usw.);**
- **Ereignissen, die auf Defekte von Hähnen und Schläuchen zurückzuführen sind, die ggf. an oben erwähnte Haushaltsgeräte angeschlossen sind, sowie bei Ereignissen, die auf Nachlässigkeit des Versicherten zurückzuführen sind;**
- **Unterbrechung der Versorgung durch das Wasserwerk oder Rohrbrüchen außerhalb des Gebäudes;**
- **Verstopfung der beweglichen Rohre/Schläuche von Sanitäranlagen;**
- **Überlaufen aufgrund von Überquellen der Kanalisation;**
- **Pannen oder Betriebsstörungen von Heizkessel und Brenner;**

ENTSENDEN EINES ELEKTROINSTALLATEURS FÜR NOTFALLMASSNAHMEN
Sollte der Versicherte infolge eines Defekts von Stromleitungen oder elektrotechnischen Anlagen in der Wohnung einen Installateur benötigen, so sorgt die Organisationsstruktur - unter Ausschluss der nachstehend aufgeführten Ereignisse, bei denen die Leistung nicht zusteht - für die Entsendung eines Handwerkers, dessen Anfahrt- und Lohnkosten Europ Assistance **bis maximal € 200,00 pro Schadensfall übernimmt.**
Zu Lasten des Versicherten bleiben die für die Reparatur anfallenden Materialkosten.
Keine Leistung erfolgt bei:
- **Kurzschluss wegen fehlerhafter Anschlüsse, die vom Versicherten verschuldet sind;**
- **Unterbrechung der Versorgung durch das zuständige Elektrizitätswerk;**
- **Defekten an der Versorgungsleitung des für die Wohnung zuständigen Elektrizitätswerks.**

ENTSENDEN EINES SCHLÜSSELDIENSTS FÜR NOTFALLMASSNAHMEN
Falls der Versicherte einen Schlüsseldienst benötigt infolge von:
- Verlust oder Bruch des Schlüssels, Defekt oder Aufbrechen des Schlosses oder der Alarmanlage, Diebstahl oder versuchter Diebstahl, die das Betreten der Wohnung unmöglich gemacht haben;
- Defekt, der die Betriebstüchtigkeit der Wohnungstür oder anderer Verschlussvorrichtungen der Wohnung schwerwiegend beeinträchtigt, sodass deren Sicherheit nicht mehr gewährleistet wird;

sorgt die Organisationsstruktur für die Entsendung eines Handwerkers, dessen Anfahrt- und Lohnkosten Europ Assistance **bis maximal € 200,00 pro Schadensfall übernimmt.**
Zu Lasten des Versicherten bleiben die für die Reparatur anfallenden Materialkosten.

NOTFALLMASSNAHMEN BEI WASSERSCHÄDEN: SANIERUNG UND TROCKENLEGUNG DER WOHNUNG
Falls infolge von Schäden durch das Auslaufen von Wasser Notfallmaßnahmen für die Rettung und Sanierung von Wohnung und Hausrat erforderlich sein sollten, sorgt die Organisationsstruktur für die Entsendung von auf Trocknungstechnik spezialisiertem Fachpersonal, wobei Europ Assistance **bis zum Höchstbetrag von € 250,00 pro Schadensfall** für die Kosten der Maßnahmen aufkommt.
Die Leistung wird in folgenden Fällen geschuldet:
a) Überschwemmung oder Einsickerung an jeder Stelle, verursacht durch Bruch, Verstopfung oder Defekt von fest verlegten Wasserrohren;
b) mangelnder Abfluss von Abwasser der Sanitäranlagen und Wasserleitungssysteme der Wohnung aufgrund der Verstopfung von fest verlegten Abflussrohren im Gebäude;

Die Leistung ist nicht geschuldet:
- **im Falle a) von Schadensfällen aufgrund von Defekt oder Verstopfung von Hähnen oder ggf. an Haushaltsgeräte angeschlossenen Verbindungsschläuchen (Waschmaschine usw.), von Schadensfällen aufgrund des Bruchs von außerhalb der Wohnung installierten Rohren und durch Nachlässigkeit des Versicherten verursachten Schadensfällen; Unterbrechung der Versorgung durch das zuständige Wasserwerk;**
- **im Falle b) von Schäden durch ausgelaufenes Wasser aufgrund des Überquellens der Kanalisation oder der Verstopfung von Verbindungsschläuchen der Sanitär- und Haushaltsanlagen.**

ENTSENDUNG EINES ROLLLADENTECHNIKERS INNERHALB 24H
Falls der Versicherte infolge eines Bruchs oder Defekts von Aufrollsystem und Riemen einen Rollladentechniker benötigt, sorgt die Organisationsstruktur **unter Ausschluss von Samstag, Sonntag und Feiertagen** binnen 24 Stunden nach der Signalisierung für die Entsendung eines Handwerkers für die Reparatur.
Dafür übernimmt Europ Assistance die Anfahrts- und Lohnkosten **bis maximal € 100,00 pro Schadensfall.**
Ausgeschlossen sind alle Kosten für das zur Reparatur erforderliche Material, die vom Versicherten zu übernehmen sind.

ENTSENDEN EINES GLASERS FÜR NOTFALLMASSNAHMEN
Falls der Versicherte infolge von Brand, Explosion, Bersten, Blitz, Überschwemmung, Vandalismus, Einbruch oder versuchtem Einbruch, wobei Scheiben an den Außenwänden der Wohnung gebrochen sind, sodass deren Sicherheit nicht mehr gewährleistet ist, einen Glaser benötigt, sorgt die Organisationsstruktur für die Entsendung eines Handwerkers, dessen Anfahrts- und Lohnkosten Europ Assistance **bis maximal € 100,00 pro Schadensfall übernimmt.**
Zu Lasten des Versicherten bleiben die für die Reparatur anfallenden Materialkosten.

ENTSENDEN VON WACHDIENST
(Nur in Italien mögliche Leistung)

Sollte der Versicherte infolge eines gemäß Police entschädigungsfähigen Schadens eine Bewachung der Wohnung zu deren Schutz benötigen, sorgt die Organisationsstruktur für den benötigten Wachdienst. Europ Assistance übernimmt die Überwachungskosten **für maximal 7 Stunden pro Schadensfall und Versicherungsjahr.**

REINIGUNGSFIRMA

Falls die Wohnung des Versicherten infolge von Brand, Explosion, Bersten, Blitz, Überschwemmung, Vandalismus, Einbruch oder versuchtem Einbruch außerordentliche Reinigungsmaßnahmen benötigt, sorgt die Organisationsstruktur für die Beschaffung und Entsendung einer spezialisierten Reinigungsfirma, deren Kosten Europ Assistance **bis maximal € 150,00 pro Schadensfall übernimmt.**

HOTELKOSTEN

Falls die Wohnung des Versicherten infolge von Brand, Explosion, Bersten, Blitz, Überschwemmung, Vandalismus, Einbruch oder versuchtem Einbruch derart beschädigt sein sollte, dass nicht darin übernachtet werden kann, sorgt die Organisationsstruktur für Reservierung und Hotelunterbringung des Versicherten, deren Kosten Europ Assistance **bis maximal € 250,00 pro Schadensfall und Familie übernimmt.**

VORZEITIGE HEIMKEHR

Falls Brand, Explosion, Bersten, Blitz, Überschwemmung, Vandalismus, Einbruch oder versuchter Einbruch derartige Schäden an der Wohnung verursachen, dass eine vorzeitige Heimkehr des auf Reisen befindlichen Versicherten unter Verwendung eines anderen als des ursprünglich vorgesehenen Beförderungsmittels erforderlich ist, besorgt die Organisationsstruktur dem Versicherten ein Flugticket (Economy) oder Bahnticket (Erste Klasse), wofür Europ Assistance die Kosten übernimmt **bis maximal € 200,00 pro Schadensfall** bei Rückreise **aus Italien** und **bis maximal € 400,00 pro Schadensfall** bei Rückreise aus dem **Ausland.**
Zum Erhalt dieser Leistung hat der Versicherte der Organisationsstruktur geeignete Dokumentation zum Beleg der Gründe für die vorzeitige Heimkehr zu unterbreiten.

UMZUG

(Von Montag bis Freitag von 9:00 Uhr bis 18:00 Uhr, außer an Feiertagen in der Woche)

Falls die Wohnung des Versicherten sich infolge von Brand, Explosion, Bersten, Blitz, Überschwemmung, Vandalismus, Einbruch oder versuchtem Einbruch für einen Zeitraum von mindestens 30 Tagen ab Datum des Ereignisses als unbewohnbar erweisen sollte, sorgt die Organisationsstruktur für den Umzug der Einrichtung des Versicherten zu einer neuen Wohnung oder für deren Einlagerung in Italien, wofür Europ Assistance die Umzugskosten **bis maximal € 1.000,00 pro Schadensfall übernimmt.**
Zu Lasten des Versicherten gehen hingegen die Lagerkosten ebenso wie andere Ausgaben, die nicht zu den Umzugskosten gehören.
Falls der Versicherte infolge des Ereignisses, das seine Wohnung unbewohnbar gemacht hat, bereits einen Teil oder alle Objekte, die sich in ihrem Inneren befanden, an einen anderen Ort verbracht hat, übernimmt Europ Assistance lediglich den Umzug der noch in der unbewohnbaren Wohnung verbliebenen Gegenstände.

TIERÄRZTLICHE BERATUNG

(Ganzwöchig rund um die Uhr bereitstehende Leistung)

Falls der Versicherte aufgrund von Krankheit oder Unfall eines Haustiers eine tierärztliche Beratung benötigt, liefert die Organisationsstruktur telefonisch die angeforderten Informationen. Es wird darauf verwiesen, dass diese Beratung nicht als Diagnose gelten darf und ausschließlich auf Grundlage der vom Versicherten gegebenen Informationen erfolgt.

SIGNALISIERUNG VON TIERARZTPRAXEN/KLINIKEN IN ITALIEN

(Von Montag bis Freitag von 9 Uhr bis 18 Uhr, außer an Feiertagen in der Woche)

Falls der Versicherte aufgrund von Krankheit oder Unfall eines Haustiers während einer Reise Informationen über tierärztliche Kliniken oder Praxen in Italien benötigt, signalisiert die Organisationsstruktur die nächstgelegene Struktur.

AUSSCHLÜSSE

Ausgeschlossen sind Schäden durch oder wegen:

a) **Vorsatz des Versicherten;**
b) **Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Tsunamis, Überflutungen, Hochwasser, Eindringen von Meerwasser, Erdrutsch, Steinlawinen;**
c) **Kriegshandlungen, Invasion, militärische Besetzung, Aufstand, Revolution, Beschlagnahme oder Requisition;**
d) **Atomkernumwandlung, Strahlung.**
e) **Frost, Feuchtigkeit, Tropfleckage, mangelnde oder unzureichende Wartung mit Ausnahme der Fälle von Brand, Explosion und Bersten;**

f) Regen, Hagel und Wind eingeschränkt auf die Schäden an Schornsteinen, Solarzellen, Schildern, Antennen, Luftkabeln;
g) Eindringen von Niederschlägen ins Innere der Wohnung;
h) an anderen Immobilien als der Hauptwohnung.
Ausgeschlossen sind ferner Schäden:
i) infolge von mangelnder oder anormaler Erzeugung oder Verteilung von Kälte oder dem Auslaufen des Kältemittels, auch wenn diese Vorfälle durch Ereignisse verursacht werden, die von diesem Vertrag garantiert sind;
j) an der Anlage, an der das Ereignis aufgetreten ist, wenn dieses durch Verschleiß, Korrosion oder Materialdefekte verursacht wurde;
k) die auf Defekte zurückzuführen sind, die dem Versicherten beim Abschluss der Police bekannt waren oder für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller oder Lieferant zu haften hat;

Art. 146 - Anweisungen für die Anforderung des Beistands
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:
n. Die Art der benötigten Beistandsleistung
o. Nach- und Vorname
p. Die Nummer seiner Police, der das Kürzel **NICT** vorauszugehen hat
q. Anschrift seines momentanen Aufenthaltsortes
r. 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 14 – ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK

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

Art. 147 - Gegenstand der Versicherung
Die Versicherungsgesellschaft entschädigt innerhalb der Grenzen der Deckungssumme nach dem All-Risk-Prinzip 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. 149 - **„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 ALL RISK

Die Versicherungsgesellschaft 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.

Die Versicherungsgesellschaft 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 € 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 Spannungssprünge, Blitzschlag oder unvorhergesehen Spannungsentladung.**

AUSDEHNUNG AUF INDIREKTE SCHÄDEN

Die Versicherungsgesellschaft entschädigt Verluste aufgrund indirekter Schäden, die auf Unterbrechung oder Reduktion der Stromerzeugung aufgrund eines direkten Sachschadens zurückzuführen sind, nur wenn letzterer gemäß vorliegender Deckung **A. ERNEUERBARE ENERGIE ALL RISK** entschädigungsfähig ist und die versicherten Anlagen betroffen hat.

Art. 148 - 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 € 500,00 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 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 dem Mindestbetrag € 750,00,** die 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 übermäßige 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 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 € 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 € 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 zur Erstattung aller Gewinnverluste eine **pauschale Summe von 10% der gemäß Police für die direkten All-Risk-Schäden für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr ausgezahlten Entschädigung zuerkannt mit der Höchstgrenze von € 10.000,00 pro Schadensfall.**

Art. 149 – 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 Beschleunigung von Elementarteilchen 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. **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. die Versicherungsgesellschaft 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 Anlagenstillstands 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. Vertragsstrafen, Entschädigungen oder Bußgelder, die an Dritte zu zahlen sind;
26. 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. 150 - Was tun 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 der Versicherungsgesellschaft vor der Reparatur befolgt werden, deren Kosten gemäß Gesetz (Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs) zu Lasten der Versicherungsgesellschaft gehen;
b) der Versicherungsgesellschaft binnen 3 Tagen nach 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 die Versicherungsgesellschaft 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 gleich nach der Meldung laut b) in Angriff genommen werden, wobei jedoch der Zustand der Sachen vor der Inspektion durch einen Beauftragten der Versicherungsgesellschaft nicht verändert werden darf. Sollte diese Inspektion aus Gründen, die weder dem Versicherungsnehmer noch dem Versicherten zuzuschreiben sind, nicht binnen 10 Tagen ab Meldung laut b) erfolgen, können Versicherungsnehmer und Versicherter 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. 151 - Festlegung der Schadenshöhe für direkte All-Risk-Schäden

Die Festlegung des Schadens erfolgt **separat für jede einzelne versicherte Sache** entsprechend nachstehend aufgeführten Regeln:

a. bei **reparaturwürdigem 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 **nicht reparaturwürdigem Schaden** (der den Austausch des einzelnen Bestandselements der Anlage erforderlich macht):
   1. entspricht die Schadenshöhe bei Erfüllung der folgenden Bedingungen den Kosten der Neubeschaffung:
      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.
   2. Falls die Bedingungen laut Punkt „I" von „b.1" nicht erfüllt werden und keine der Bedingungen unter Punkt „III." zutrifft, kommen folgende Regeln zur Anwendung:
      IV. 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;
      V. es wird der aus den Resten realisierbare Wert geschätzt.

      Die maximale Entschädigung wird dem gemäß „IV." geschätzten Wert abzüglich des gemäß „V." geschätzten Betrags entsprechen.

Ein Schaden gilt als nicht reparaturwürdig, 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.

Die Versicherungsgesellschaft 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. 153 - „Partielle Versicherung (abweichend vom Proportionalitätsprinzip)" bei nicht reparaturwürdigem Schaden nicht (der den Austausch des einzelnen Bestandselements der Anlage

erforderlich macht).

Art. 152 - 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 des Anlagenbetriebs zurückzuführen sind, so sind diese Vorteile von der wie oben aufgeführt bestimmten Entschädigung abzuziehen.

Falls die Zahlung der Entschädigung durch die Versicherungsgesellschaft vor Ende dieser 6 Monate erfolgt sein sollte, hat der Versicherte den Betrag, der den erhaltenen Vorteilen entspricht, an die Versicherungsgesellschaft zurückzuerstatten.

2. Für Anlagen **ohne Fernwirkeinrichtung** wird im Schadensfall, der gemäß den Bedingungen der **direkten All-Risk-Schäden** entschädigungsfähig ist, zur Erstattung aller Gewinnverluste eine **pauschale Summe von 10% der Entschädigung zuerkannt, die gemäß genannter Deckung für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr ausgezahlt wird, mit der Höchstgrenze von € 10.000,00 pro Schadensfall.**

Art. 153 - Unterversicherung (Abweichung vom Proportionalitätsprinzip)

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.**

Wenn der Neuwert die Deckungssumme um mehr als 20% überschreitet, bleibt die relevante Deckungssumme diejenige, die bei Vertragsabschluss vereinbart wurde.

Versicherungsbedingungen - *PROTECTION*

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz der Familie

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	Lehrer für sportliche Betätigung (unter Ausschluss der Sportarten laut Art. 29/f) - Bergführer (unter Ausschluss der Tätigkeiten laut Art. 29/f)	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 (einschließlich Auslandsmissionen), Feuerwehr, Forstkorps, Wachdienste, Gemeindepolizei und Vollzugsbeamte	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 Operation ***Kategorie der Operation***	
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 Operation ***Kategorie der Operation***	
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	I

Zunge, Wangen, Lippen oder Mundboden (Entfernung)	
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	III

Lappen	
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	I

Sitzung)	
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 indizierten Schwangerschaftsabbruch, 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	V

Harnleitersteinen (vollständige Behandlung)	
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	VI
Zystoplastik, Operation	
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

Versicherungsbedingungen - *PROTECTION*

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz der Familie

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

ANTRAG PROTECTION Nr. _____

Die Deckungen werden erst mit Ausstellung der Versicherungspolice und Zahlung der diesbezüglichen Prämie wirksam.

Vermittler	**Filialnummer**	**Prod.code.**

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSNEHMER - NATÜRLICHE PERSON

Nach- und Vorname			
Geboren in		am	
Steuernummer			
Wohnhaft in (Straße, Platz usw.)		Hausnummer	
Stadt und Provinz	( )	PLZ	
E-Mail-Adresse	Mobiltelefon		
Herkunft des Risikos von anderer Versicherungsgesellschaft JA ☐ NEIN ☐			
Immobilienkredit vorhanden	JA ☐ NEIN ☐	Kenndaten des Immobilienkredits _____	

DATEN DER POLICE

Datum Inkrafttreten der Police			Ablaufdatum der Police		
Fälligkeit erste Zahlungsbestätigung			Vertragslaufzeit (in Jahren)		
Unterteilung		Stillschweigende Verlängerung	JA	Ersetzte Police	
Geltende Versicherungsbedingungen:	Dok. NET/0107/01 - Ausg. 06-2025				
Zahlungsmethode:	LASTSCHRIFTVERFAHREN				
IBAN des Versicherungsnehmers:					

FAK SIMILE

DECKUNGEN IM BEREICH PERSONENRISIKEN

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	NETTOBETRAG JAHRESPRÄMIE	STEUER	BRUTTOBETRAG JAHRESPRÄMIE
GESUNDHEIT	Versicherungsplan A	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan B	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan C	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan D	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			

VERSICHERTE PERSONEN

VERSICHERTER ____

Nach- und Vorname	_____	
Geboren in	_____	den,

Steuernummer					
Wohnhaft in (Straße, Platz usw.)				Hausnummer	
Stadt und Provinz			(___)	PLZ	
Beruf		Berufsart			
Gewicht		Körpergröße			

Deckungen Versicherter ___		DECKUNGSSUMME/PROFIL	NETTOBETRAG JAHRESPRÄMIE	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			
Beschäftigungsverlust					

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>

Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

FAK SIMILE

BEGÜNSTIGTE (GÜLTIG FÜR DIE DECKUNGEN TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG UND UNFALLTOD)

HINWEISE:

- **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.**
- **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

NET INSURANCE NET LIFE INSURANCE

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_____

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_____

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	_____

FAK SIMILE

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer_____

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.

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.

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

Folgende Bedeutungen werden hiermit erläutert:

- **Ende der aktiven Behandlung**: das Datum der letzten pharmakologischen Krebstherapie, Strahlentherapie oder chirurgischen Behandlung ohne späteres Rezidiv.
- **Pharmakologische Krebstherapie**: Chemotherapie, Hormontherapie, Immuntherapie, zielgerichtete Therapie, biologische Wirkstoffe, Stammzelltransplantation, Zell- oder Gentherapie, klinische Studien. Unter die Definition der pharmakologischen Krebstherapie fällt jede etwaige Kombination der oben aufgeführten Behandlungen oder anderer evidenzbasierter Behandlungsansätze je nach Art und Stadium der onkologischen Erkrankung. Diese

Behandlungen können in jeder beliebigen Phase der Krebserkrankung eingesetzt werden (sowohl als adjuvante als auch als neoadjuvante Therapie).

- **Rezidiv**: jedes erneute klinische Auftreten, das in Verbindung zu einer vorausgehenden Krebserkrankung gesetzt werden kann und das sowohl durch biologische Untersuchungen als auch anhand von Bilddiagnostik festgestellt wird.
- **Heilung**: ist gleichbedeutend mit dem medizinischen Begriff der kompletten Remission zu verstehen, d.h. das Fehlen von Anzeichen und Symptomen einer onkologischen Erkrankung. Die Heilung kann unter anderem durch körperliche Untersuchung, Röntgendiagnostik und Serum-Biomarker nachgewiesen werden.

DATEN DES VERSICHERTEN_____

Nach- und Vorname	_____		
Geburtsdatum	_____		
Anschrift Wohnort	_____	Hausnummer	____
Stadt und Provinz	_____ (____)	PLZ	____
Steuernummer	_____		
E-Mail-Adresse	_____		
Mobiltelefon	_____		
Gewicht (Kg)	_____	Größe (cm)	_____

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:

- 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);**
- 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

- Alkoholsucht,
- Drogensucht oder
- 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>
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

Der Versicherte _____

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN
(ABS. 1 – TTV – ABS. 3 UNFÄLLE Krankenhaustagegeld – ABS. 4 KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT – ABS. 5 GESUNDHEIT)

FAKSIMILE

NET INSURANCE — NET LIFE INSURANCE

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☐

FAKSIMILE

<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

- Alkoholsucht,
- Drogensucht oder
- 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)

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

FAK SIMILE

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:	Ja ☐	☐Nein
	• 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)?		
	• Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematodes, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis?		
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☐

<LUOGO E DATA>

Der Versicherte _____

(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

DECKUNGEN IM BEREICH VERMÖGENSRISIKEN

DECKUNGEN (für alle versicherten Immobilien gültig)	**DECKUNGSSUMME**	**NETTOBETRAG JAHRESPRÄMIE**	**STEUER**	**BRUTTOBETRAG JAHRESPRÄMIE**
Privathaftpflicht	_____	_____	_____	_____
Rechtsschutz Privatleben und Immobilien	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	_____	_____	_____
Rechtsschutz/Cyber Risk	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	_____	_____	_____
	GESAMTBETRAG	_____	_____	_____

FAKSIMILE

Für die Zwecke der Deckung Privathaftpflicht:
- Ist eigenes Wohnungseigentum vorhanden? (JA) (NEIN)
- Falls ja: handelt es sich um die Hauptwohnung? (JA) (NEIN)

Die nachstehend aufgelisteten Sachbestände sind abgedeckt:

a) die Bewirtschaftung von Haupt- und Nebenwohnung sowie von deren Zubehör;

b) das Eigentum der Hauptwohnung und deren Nebenbauten oder - falls die Hauptwohnung nicht versichert ist - das Eigentum der Nebenwohnung, die in der Police als „Standort des Risikos Nr. 1" angegeben ist

STANDORT DES RISIKOS ___

Anschrift (Straße, Platz usw.)			_____			Hausnummer	____
Stadt und Provinz			_____ (___)			PLZ	____
Treppe	_____	Stockwerk	_____	Wohnung	_____	m²	_____
Blatt	_____	Parzelle	_____	Baueinheit	_____	Belastung	JA ☐ NEIN ☐
Haupt-/Nebenwohnung			Wohnungsart				

DECKUNGEN STANDORT DES RISIKOS ___		**DECKUNGSSUMME**	**NETTOBETRAG JAHRESPRÄMIE**	**STEUER**	**BRUTTOBETRAG JAHRESPRÄMIE**

NET INSURANCE — NET LIFE INSURANCE

Brandschäden an Gebäude und/oder Bestand	Gebäude	_____	_____	_____	_____
	Hausrat/Bestand	_____	_____	_____	_____
	MIETERHAFTPFLICHT	_____	_____	_____	_____
Erdbeben und Hochwasser	Erdbeben Gebäude	_____	_____	_____	_____
	Erdbeben Hausrat/Bestand	_____	_____	_____	_____
	Hochwasser Gebäude	_____	_____	_____	_____
	Hochwasser Hausrat/Bestand	_____	_____	_____	_____
Diebstahl und Raub		_____	_____	_____	_____
Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht		_____	_____	_____	_____
Beistand für die Wohnung		SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	_____	_____	_____
Erneuerbare Energien All Risk		SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	_____	_____	_____
	GESAMTBETRAG		_____	_____	_____

GESAMTPRÄMIE

RATENBETRAG BEI UNTERZEICHNUNG

NETTOBETRAG PRÄMIE	STEUER	BRUTTOPRÄMIE
_____	_____	_____

BETRAG FOLGENDE RATEN

NETTOBETRAG PRÄMIE	STEUER	BRUTTOPRÄMIE
_____	_____	_____

GESAMTJAHRESPRÄMIE

GESAMTBETRAG NETTOPRÄMIE	RABATT	NETTOBETRAG PRÄMIE ERMÄSSIGT	STEUER	GESAMTBETRAG BRUTTOPRÄMIE
_____	_____	_____	_____	_____

FAK SIMILE

Die Prämie wird abzüglich des laut Rahmenvertrag vorgesehenen Rabatts _____ für die ausgewiesenen Deckungen berechnet.

ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Der unterzeichnende Versicherungsnehmer:

- **erklärt, die von NET INSURANCE S.p.A. bereitgestellten Informationsunterlagen NET/0107/01 Ausg. 06-2025, die das Dokument zur vorvertraglichen Information, das Zusätzliche Dokument zur vorvertraglichen Information, die Versicherungsbedingungen samt Glossar 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 _____

- 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_____

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;
- der Bank des Unterzeichners die Lastschrift entsprechend den Anweisungen der Versicherungsgesellschaft vorzunehmen.

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer_____

Gemäß Art. 1341 und 1342 des italienischen Zivilgesetzbuchs erklärt der Unterzeichner hiermit, die Bestimmungen folgender Artikel der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Dok. NET/0107/01 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. 18-124 - Obergrenze der Entschädigung – Art. 62 - Summierung von Entschädigungsleistungen - Art. 74 - Festlegung der Entschädigung - Art. 23-39-67 Altersgrenzen – Art. 30-41-56-77 Voraussetzungen – Art. 25-47-59-69-80-94-98-115-120-129 Ausschlüsse – Art. 26-49-70-82 Wartezeiten – Art. 3-29-39-56-71-75 Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten – Art. 48-81 Bestehende Erkrankungen - Art. 38-50-60-72-83-96-102-122-131 Was tun im Schadensfall? – Art. 57 Änderungen des Risikos - Andere als die erklärte Berufstätigkeit - Art. 100 Personen, die nicht als Dritte gelten.

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer_____

FAK-SIMILE

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN DES VERSICHERTEN _____

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

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

□ **Einwilligung**

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

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

□ **Einwilligung** □ **Ablehnung**

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

  □ **Einwilligung** □ **Ablehnung**

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

  □ **Einwilligung** □ **Ablehnung**

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Betroffenen _____

FAK SIMILE