



la tua protezione



UnipolSai

INFORTUNI

CIRCOLAZIONE

Versicherungsvertrag - Unfallversicherung
Modell 1203 – Ausgabe 15.03.2015

DIESE INFORMATIONSBROSCHÜRE ENTHÄLT FOLGENDES:

- a) Informationshinweise einschließlich Glossar
- b) Versicherungsbedingungen
- c) Informationen zum Datenschutz

**SIE MUSS DEM VERSICHERUNGSNEHMER VOR DER
UNTERZEICHNUNG DES VERTRAGS ÜBERGEBEN WERDEN.**

Vor Unterzeichnung des Vertrags sind die enthaltenen Informationshinweise
aufmerksam durchzulesen.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Verkehrs-Unfallversicherung

Ausgabe 15.03.2015

1

INFORMATIONSSCHREIBEN

SEITE

A. INFORMATIONEN ÜBER DAS VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN	2 von 11
1. Allgemeine Informationen	2 von 11
2. Informationen zur Vermögenslage des Unternehmens	2 von 11
B. INFORMATIONEN ZUM VERTRAG	3 von 11
3. Angebotene Versicherungen - Begrenzungen und Ausschlüsse	3 von 11
4. Erklärungen des Versicherten zu den Umständen des Risikos	5 von 11
5. Erhöhung oder Verringerung des Risikos	5 von 11
6. Prämien	5 von 11
7. Angleichung der Prämie und Versicherungssummen	5 von 11
8. Rücktrittsrecht	5 von 11
9. Verjährung und Verfall der aus dem Vertrag abgeleiteten Rechte	6 von 11
10. Anwendbares Recht in Bezug auf den Vertrag	6 von 11
11. Steuerregelung	6 von 11
C. INFORMATIONEN ZU LIQUIDATIONSVERFAHREN UND REKLAMATIONEN	6 von 11
12. Versicherungsfälle – Liquidation der Entschädigung	6 von 11
13. Direkte Assistenz - Vereinbarungen	6 von 11
14. Reklamationen	7 von 11
15. Schiedsgericht	7 von 11
GLOSSAR	8 von 11

2

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

SEITE

A. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE VERSICHERUNG ALLGEMEIN	2 von 33
1. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE VERSICHERUNG ALLGEMEIN	2 von 33
B. BESTIMMUNGEN FÜR EINZELNE ABSCHNITTE	7 von 33
2. ABSCHNITT "UNFÄLLE"	7 von 33
3. ABSCHNITT "SICHER UNTERWEGS"	15 von 33
4. ABSCHNITT "ASSISTENZ"	16 von 33
C. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE LIQUIDATION VON SCHADENSFÄLLEN	19 von 33
5. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE LIQUIDATION VON SCHADENSFÄLLEN	19 von 33
• GESETZLICHE BESTIMMUNGEN, AUF DIE IN DER POLICE VERWIESEN WIRD	29 von 33

3

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

SEITE

Informationsschreiben für Kunden über die Verwendung seiner Daten und zu seinen Rechten	2 von 3
---	---------

1

INFORMATIONSSCHREIBEN

Informationsschreiben zum Versicherungsvertrag "UnipolSai Verkehrs-Unfallversicherung" (IS-VAP-Verordnung Nr. 35 vom 26. Mai 2010).

Sehr geehrter Kundin, sehr geehrte Kunde, wir freuen uns, Ihnen einige Informationen zur UnipolSai Assicurazioni S.p.A. und zum Vertrag, der Ihnen zum Abschluss vorliegt, geben zu können.

Zur Verdeutlichung weisen wir auf Folgendes hin:

- Das vorliegende Informationsschreiben wurde nach dem von der Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen IVASS erstellten Muster verfasst, jedoch unterliegt dessen Inhalt nicht der vorherigen Genehmigung dieser Behörde.
- Der Versicherungsnehmer muss die Versicherungsbedingungen vor Unterzeichnung der Police eingesehen haben.

Die Klauseln mit Pflichten und Verbindlichkeiten zulasten des Versicherungsnehmers und des Versicherten sowie Annullierungen, Abläufe, Ausschlüsse, Aufhebungen und Beschränkungen der Garantie, Regresspflichten sowie als "Hinweise" gekennzeichnete Informationen sind auf farblich hervorgehobenem Hintergrund gedruckt und unterstrichen, die besonders aufmerksam zu lesen sind.

Hinsichtlich der Aktualisierungen der Informationen zum Versicherungsunternehmen, die in diesem Informationsschreiben enthalten sind, wird auf folgende Internetseite verwiesen: http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. teilt dem Versicherungsnehmer weitere Änderungen der Informationsbroschüre und die aus künftigen Neufassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen entstehenden Änderungen schriftlich mit.

Für weitere Erläuterungen können Sie sich an Ihren Versicherungsvertreter bzw. an den Versicherungsvermittler Ihres Vertrauens wenden, um Ihnen die gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Das Informationsschreiben ist in drei Abschnitte gegliedert:

A. INFORMATIONEN ÜBER DAS VERSICHERUNGS-UNTERNEHMEN

B. INFORMATIONEN ZUM VERTRAG

C. INFORMATIONEN ZU LIQUIDATIONSVERFAHREN UND REKLAMATIONEN

A. INFORMATIONEN ÜBER DAS VERSICHERUNGS-UNTERNEHMEN

1. Allgemeine Informationen

- a) Die UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (kurz „UnipolSai S.p.A.“) ist eine Gesellschaft, die der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit der Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. unterliegt und Teil der Versicherungsgruppe "Gruppo Assicurativo Unipol" ist, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungsunternehmen bei der IVASS unter der Nr. 046.
- b) Rechtssitz: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italien).
- c) Telefonnummer: 051.5077111
- Faxnummer: 051.375349
- Internetseite: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it
- E-Mail-Adresse: info-danni@unipolsai.it.
- d) Das Unternehmen ist für die Ausübung der Versicherungstätigkeit zugelassen: Zulassung durch das Ministerialdekret vom 26/11/1984, veröffentlicht im Beiblatt Nr. 79 zum Amtsblatt Nr. 357 vom 31/12/1984 sowie durch das Ministerialdekret vom 8/11/1993, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 276 vom 24/11/1993. Das Unternehmen ist im Verzeichnis der Versicherungsunternehmen der IVASS in Sektion I unter der Nr. 1.00006 eingetragen.

2. Informationen zur Vermögenslage des Unternehmens

Basierend auf der Vermögenslage bei Eröffnung der Gesellschaft nach der Fusion am 1. Januar 2014 beträgt das Eigenkapital des Unternehmens 5.076.312.130,36 Euro, mit einem Stammkapital in Höhe von 1.977.533.765,65 Euro und einer Gesamthöhe der Vermögensrücklagen von 2.765.037.497,82 Euro.

Der Solvabilitätsindex gibt das Verhältnis zwischen dem Betrag der verfügbaren Solvabilitätsspanne und der durch die geltenden Bestimmungen geforderten Solvabilität an. Dieser Solvabilitätsindex bezogen auf den Zweig Schadensabwicklung beträgt 1,52.

B. INFORMATIONEN ZUM VERTRAG

Der Vertrag wird mit jährlicher stillschweigender Verlängerung angeboten. Jedoch haben der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen die Möglichkeit, die stillschweigende Verlängerung auszuschließen.

Hinweis: Bei Unterzeichnung des Vertrags mit stillschweigender Verlängerung muss die zurücktretende Partei der anderen Partei die Kündigung mindestens 30 Tage vor Auslauf per Einschreiben oder Fax mitteilen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art.1.4 "Verlängerung der Versicherung, Versicherungszeitraum und Nachlass für mehrjährige Verträge" verwiesen.

3. Angebotener Versicherungsschutz - Begrenzungen und Ausschlüsse

Der Vertrag leistet innerhalb der im Versicherungsschein und in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Grenzen die Unfallversicherung zugunsten des Fahrers/Führers von Fahrzeugen und Wasserfahrzeugen sowie zugunsten der beförderten Personen und Fußgänger. **Mit der Unfallversicherung ist immer der Versicherungsschutz "Assistenz" kombiniert.** Es ist ebenfalls möglich, die Zusatzversicherung "Sicher unterwegs" zu kombinieren.

- Die Unfallversicherung sieht bei einem Unfall des Fahrers/Führers eines Fahrzeugs/Wasserfahrzeugs oder eines von einem beliebigen Fahrzeug angefahrenen Fußgängers in den folgenden Fällen die Auszahlung einer Entschädigung vor:

- **Todesfall**, mit Auszahlung der Versicherungssumme zu gleichen Anteilen an die benannten Begünstigten oder an die Erben des Versicherten (wenn keine Begünstigten benannt wurden). Die Auszahlung erfolgt auch bei einem irreversiblen komatösen Zustand, der seit mindestens 180 aufeinanderfolgenden Tagen andauert, und zwar zu gleichen Anteilen an die benannten Begünstigten, oder wenn diese nicht benannt wurden, an den nicht getrennt lebenden Ehepartner des Versicherten, an seine Kinder und Nachkommen und untergeordnet an die Vorfahren. Die Versi-

cherung endet gegenüber dem Versicherten, der den Unfall erlitten hat.

- **Bleibende Invalidität**, mit Auszahlung einer Entschädigung, die vom festgestellten Prozentsatz der bleibenden Invalidität abhängt, wobei folgende Prozentsätze unterschieden werden: bis 49%, von 50% bis 99% sowie 100%. Diesbezüglich wird besonders auf die Tabellen gemäß der Artikel 5.4 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" und 5.5 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" sowie auf die in den Artikeln 5.5.1 "Durch Kraftanstrengung verursachte abdominale Hernien", 5.5.2 "Achillessehnenriss" und 5.5.3 "Naturkatastrophen" geregelten Sonderfälle verwiesen.
- **Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen**, bei der die Rückerstattung der Behandlungskosten vorgesehen ist, einschließlich u. a. der Kosten für diagnostische Untersuchungen, fachärztliche Untersuchungen und den Kauf der von den Ärzten verordneten orthopädischen Hilfs- und Stützmittel, die innerhalb von zwei Jahren nach dem Datum des Schadensfalls aufgewendet werden. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.4.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Buchstabe C) verwiesen.
- **Tagessätze bei einem Unfall**, einschließlich der Entschädigung für die stationäre Behandlung (mit Zahlung der vereinbarten Summe für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts bis maximal 365 Tage pro Unfall), *Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit* (zuzüglich zu dem, was im Fall der stationären Behandlung vorgesehen ist, Zahlung der vereinbarten Summe für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts bis maximal 90 Tage pro Unfall für die Genesungszeit) und *Entschädigung für die Immobilisierung* (mit Zahlung der vereinbarten Summe für jeden Tag der Immobilisierung bis maximal 60 Tage pro Unfall). Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.4.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Buchstabe D) verwiesen.

Die Unfallversicherung wird je nach Wahl des Versicherungsnehmers in drei unterschiedlichen Formen geleistet:

- (i) zugunsten der benannten Person im Versicherungsschein (*Personenwahl*)
- (ii) zugunsten des Versicherungsnehmers und seiner

zum Schadenszeitpunkt im Haushalt lebenden Familienmitglieder sowie zugunsten der Personen, die in der Garantie eingeschlossen bzw. davon ausgeschlossen werden können (*Familienwahl*)
(iii) zugunsten eines beliebigen Fahrers/Führers von Fahrzeugen/Wasserfahrzeugen, der im Versicherungsschein benannt wurde (*Fahrzeugwahl*).

Die Versicherung wird zudem mit kombinierten Garantien und festgelegten Versicherungssummen (kombinierte Versicherungsform) oder nach freier Wahl (Versicherung in freier Form) angeboten.

Ferner ist es möglich (nur bei der Versicherung in freier Form), aus folgenden *besonderen Bedingungen* auszuwählen:

- A) *Anwendung der INAIL-Tabelle* (gemäß Anhang 1 des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30/06/1965) zur Festlegung der bleibenden Invalidität anstelle der Tabelle in Art. 5.4 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität". Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe A) verwiesen.
- B) *Bleibende Invalidität mit Selbstbehalt in Höhe von 3%*, mit Anwendung des Selbstbehalts in Höhe von 3% für diese Garantie. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe B) verwiesen.
- C) *Höhere Bewertung der bleibenden Invalidität*, mit Erhöhung der variablen Entschädigung je nach Ausmaß der Invalidität. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 2.7 "Besondere Bedingungen" Buchstabe C) verwiesen.

- Versicherungsschutz "*Sicher unterwegs*" (nur wirksam, wenn ausdrücklich in der Versicherungspolice angegeben; gültig für jede Versicherungsform und für jede Versicherungswahl: Personenwahl - Familienwahl - Fahrzeugwahl): Bei einem Diebstahl, Raub oder Raubüberfall mit Endwendung der persönlichen Gegenstände, den der Versicherte infolge eines Verkehrsunfalls erlitten hat, ist bei dieser Versicherungsform eine Entschädigung vorgesehen.

- Der Versicherungsschutz "*Assistenz*" (als obligatorische Kombination auch bei der Versicherungswahl in freier Form immer wirksam) stellt dem Versicherten nach einem Verkehrsunfall Leistungen zur sofortigen Hilfe zur Verfügung, wie z.B. die Entsendung von Ärzten, Krankenpflegepersonal, Physiotherapeuten, den

Rücktransport mit dem Krankenwagen und verschiedene andere Leistungen.

Hinsichtlich der Einzelheiten zu allen o. g. Leistungen wird auf die Bestimmungen in Kapitel B "BESTIMMUNGEN FÜR EINZELNE ABSCHNITTE" der Versicherungsbedingungen verwiesen.

Hinweis: Die o. g. Versicherungsdeckungen unterliegen Einschränkungen und Ausschlüssen oder Aussetzungen des Versicherungsschutzes, die zur Reduzierung oder mangelnder Auszahlung der Entschädigung führen können. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Artikel 1.16 "Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags", 2.3 "Ausschlüsse" und 5.2 "Körperliche Beeinträchtigungen und bereits bestehende Erkrankungen" verwiesen. Ferner unterliegt jede Garantie eigenen Einschränkungen und Ausschlüssen. Bezüglich der Einzelheiten wird auf Kapitel B "BESTIMMUNGEN FÜR EINZELNE ABSCHNITTE" und Kapitel C "BESTIMMUNGEN ÜBER DIE LIQUIDATION VON SCHADENSFÄLLEN" verwiesen.

Wir weisen darauf hin, dass der Versicherungsschutz bei mangelnder Zahlung der Prämie gemäß Artikel 1901, erster und zweiter Absatz des italienischen Zivilgesetzbuchs ausgesetzt wird. Hinsichtlich der Einzelheiten über die Aussetzung des Versicherungsschutzes wird auf die Artikel 1.3 "Gültigkeitsbeginn der Versicherung" und 1.6 "Ratenzahlung der Prämie" und 1.7 "Zahlung der Prämie per S.D.D.-Lastschriftverfahren" verwiesen.

Hinweis: Auf alle o. g. Versicherungsdeckungen werden maximale Entschädigungsgrenzen und Selbstbehalte (in Prozentpunkten der Invalidität, in Tagen oder in festgelegten Zahlen) angewendet, die zur Reduzierung oder mangelnder Auszahlung der Entschädigung führen können. Der Selbstbehalt kann "relativ" oder "absolut" sein. Beim relativen Selbstbehalt wird dieser nicht angewendet, wenn der festgestellte Schaden den vereinbarten Selbstbehalt übersteigt (somit wird die volle Entschädigung ausgezahlt). Beim absoluten Selbstbehalt wird dieser in jedem Fall vom entschädigungsfähigen Schaden abgezogen.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf folgende Artikel: Art. 2.4 "Geleistete Garantien" (insbesondere Art. 2.4.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Buchstabe C) "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" und D) "Tagessätze bei einem Unfall"), 2.6.1

“Kombinierte Versicherungsform”, 2.6.2 “Versicherung in freier Form”, 2.7 “Besondere Bedingungen” Buchstabe B) “Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt”, 5.5.3 “Naturkatastrophen”, und auf die Versicherungspolice verwiesen, die beim Vertragsabschluss vom Versicherungsnehmer unterzeichnet wird.

Beispiel für den absoluten Selbstbehalt in Bezug auf die Garantie der bleibenden Invalidität:

Versicherungssumme in Höhe von 100.000,00 €,

festgestellte bleibende Invalidität 10%,

absoluter Selbstbehalt 3%,

Entschädigung: 7.000,00 € (10% - 3% = 7%,

auf 100.000,00 € zu berechnen).

Beispiel für den relativen Selbstbehalt in Bezug auf die Garantie für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit:

Versicherungssumme von 40,00 € pro Tag des Krankenhausaufenthalts/der Genesungszeit,

insgesamt 5 Tage Krankenhausaufenthalt,

relativer Selbstbehalt von 2 Tagen Krankenhausaufenthalt,

Entschädigung in Höhe von 200,00 € für den Krankenhausaufenthalt und 200,00 € für die Genesung

(5 Tage Krankenhausaufenthalt sind mehr als 2 Tage. Somit wird der Selbstbehalt nicht angewendet).

Beispiel für die Entschädigungsgrenze:

Kosten für physiotherapeutische Behandlungen in einer vertraglichen Gesundheitseinrichtung als Partner der Unisalute in Höhe von 2.000,00 €,

Versicherungssumme für die Erstattung der Behandlungskosten in Höhe von 3.500,00 € (einschließlich des Mehrbetrags von 1.000,00 € für den Partnervertrag mit UniSalute),

Entschädigungsgrenze für physiotherapeutische Behandlungen 1.750,00 € (50% der o. g. Versicherungssumme),

Ausgezahlte Entschädigung 1.750,00 €.

4. Erklärungen des Versicherten zu den Umständen des Risikos

Hinweis: Eventuelle falsche oder unterlassene Erklärungen zu den Risikoumständen bei Vertragsabschluss, könnten gemäß der Artikel 1892, 1893 und 1894 des italienischen Zivilgesetzbuchs zum Verlust

des Rechts auf Entschädigung oder zur Reduzierung der Entschädigung sowie zur Auflösung der Versicherung führen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Bestimmungen in Art. 1.1 “Erklärungen bezüglich der Umstände des Risikos” verwiesen.

5. Erhöhung oder Verringerung des Risikos

Es sind keine Fälle einer Erhöhung oder Verringerung des Risikos vorgesehen.

6. Versicherungsprämien

Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich. Innerhalb der in der geltenden Gesetzesnorm und in Art. 47 der IS-VAP-Verordnung Nr. 5/2006 vorgesehenen Höchstbeträge kann die Prämie mit Bargeld bzw. mit anderen gesetzlich zugelassenen Zahlungsmitteln bezahlt werden, die beim Versicherungsvermittler eingerichtet wurden. Nach vorheriger Vereinbarung mit dem Versicherungsunternehmen kann die jährliche Prämie in monatliche Raten aufgeteilt werden, die automatisch und direkt vom Girokonto abgebucht werden (nach Vorauszahlung einer Summe in Höhe von drei Zwölfteln - zzgl. des eventuellen Monatsanteils - der jährlichen Bruttoprämie bei Vertragsabschluss). Alternativ dazu kann die jährliche Prämie ohne direkte Abbuchung vom Girokonto in halbjährliche Raten aufgeteilt oder in einem einzigen Betrag bei Vertragsabschluss und anschließend bei jeder jährlichen Fälligkeit bezahlt werden.

Die etwaige Ratenzahlung ist in der Versicherungspolice angegeben.

Hinweis: Abhängig von der Vertragsdauer können Prämiennachlässe gewährt werden.

Insofern die Police mit mehrjähriger Dauer abgeschlossen ist, wird die Prämie gegenüber jener, die für eine jährliche Dauer vorgesehen ist, unter Anwendung einer Reduzierung berechnet, die im Versicherungsschein angegeben ist (Artikel 1899, Absatz 1 des italienischen Zivilgesetzbuchs).

7. Angleichung der Prämie und Versicherungssummen

Insofern in der Police nicht der Verzicht auf die automatische Angleichung vereinbart wurde, werden die in absoluten Zahlen angegebenen Versicherungssummen, Entschädigungsgrenzen und Prämien bei jeder jährlichen Erneuerung um 3% erhöht.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Bestimmung

gen in Art. 1.8 "Angleichung der Versicherungssummen und der jeweiligen Prämien" verwiesen.

8. Rücktrittsrecht

Hinweis: Der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen können im Schadensfall unter Einhaltung der Fristen und Modalitäten gemäß Art. 1.12 "Rücktritt bei einem Schadensfall" vom Vertrag zurücktreten.

Im Fall einer mehrjährigen Dauer hat der Versicherungsnehmer nur dann das Recht, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechzig Tagen nach den ersten fünf Jahren der Vertragsdauer ohne Belastungen vom Vertrag zurücktreten, wenn die Versicherung eine Geltungsdauer von über fünf Jahren hat (Artikel 1899, Absatz 1 des italienischen Zivilgesetzbuches). Gilt der Vertrag für eine Dauer von fünf Jahren oder weniger, kann der Versicherungsnehmer nicht vorzeitig vom Vertrag zurücktreten, und er muss den vorgesehenen Vertragsablauf abwarten. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 1.4 "Verlängerung der Versicherung, Versicherungszeitraum und Nachlass für mehrjährige Verträge" verwiesen.

9. Verjährung und Verfall der aus dem Vertrag abgeleiteten Rechte

Im Sinne von Art. 2952 des italienischen Zivilgesetzbuchs verjähren die übrigen aus dem Vertrag abgeleiteten und nicht auf die Zahlung der Prämienraten bezogenen Rechte zwei Jahre ab dem Tag, an dem sich der Vorfall ereignet hat, aus dem sich der Anspruch ergibt.

Der Versicherte muss den Schadensfall bei sonstiger Verwirkung innerhalb von 10 Tagen, ab dem Tag, von dem er Kenntnis davon erlangt hat, schriftlich anzeigen. Kommt er dieser Pflicht nicht nach, verliert er gemäß Artikel 1915 des italienischen Zivilgesetzbuchs sein Recht auf Entschädigung bzw. der Versicherer hat das Recht, die Entschädigung zu kürzen.

10. Anwendbares Recht in Bezug auf den Vertrag

Im Sinne von Art. 180 der gesetzesvertretenden Verordnung Nr. 209/2005 untersteht der Vertrag italienischem Recht, wenn das Risiko in Italien besteht.

Die Parteien können vereinbaren, dem Vertrag einer anderen Gesetzgebung als der italienischen zu unterwerfen. Unbeschadet davon bleiben in jedem Fall die Anwendung zwingender nationaler Vorschriften und der Vorrang spezifischer Bestimmungen über Pflicht-

versicherungen des italienischen Rechts.

11. Steuerregelung

Die steuerlichen und steuerähnlichen Pflichten bezüglich der Versicherung gehen zulasten des Versicherungsnehmers.

Der Vertrag sieht diverse Garantien vor, wobei die jeweiligen Prämien der Versicherungssteuer mit den folgenden derzeit geltenden Sätzen unterliegen:

a) Unfälle: 2,50%;

b) "Sicher unterwegs"

Diebstahl: 21,25% (zzgl. 1% als Antiracket-Beitrag);

c) Assistenz: 10%.

C. INFORMATIONEN ZU LIQUIDATIONSVERFAHREN UND REKLAMATIONEN

12. Versicherungsfälle – Liquidation der Entschädigung

Hinweis: Der Versicherungsfall gilt am Unfalltag als eingetreten. Der Versicherungsnehmer/Versicherte oder die Anspruchsberechtigten müssen dem Unternehmen oder dem Vermittler, dem der Vertrag anvertraut wurde, den Schadensfall innerhalb von 10 Tagen ab dem Unfall oder ab dem Tag, an dem sie die Möglichkeit dazu haben, schriftlich anzeigen.

Bei einem Schadensfall ist der Versicherte verpflichtet, sich den vom Versicherungsunternehmen angeordneten ärztlichen Untersuchungen, Feststellungen und Kontrollen zu unterziehen.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Art. 5.1 "Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall" sowie allgemein zum gesamten Liquidationsverfahren auf Kapitel C "BESTIMMUNGEN ÜBER DIE LIQUIDATION VON SCHADENSFÄLLEN" der Versicherungsbedingungen verwiesen.

Hinweis: Mit der Abwicklung der Schadensfälle des Zweigs "Assistenz" und der "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" ist die UniSalute beauftragt. Hinsichtlich der Einzelheiten über das gesamte Verfahren wird auf die Bestimmungen in Kapitel C "BESTIMMUNGEN ÜBER DIE LIQUIDATION VON SCHADENSFÄLLEN" verwiesen.

13. Direkte Assistenz - Vereinbarungen

Hinweis: Um die in der Garantie "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" vorgesehenen medizinischen Leistungen in Anspruch zu

nehmen, kann der Versicherte zwischen folgenden operativen Modalitäten wählen:

- **DIREKTE ASSISTENZ:** Die medizinischen Leistungen werden über ein Netz mit vertraglich gebundenen Gesundheitseinrichtungen erbracht, die dem Versicherten von UniSalute über die Einsatzzentrale zur Verfügung gestellt werden: In diesem Fall wird UniSalute die vertraglich gebundenen Strukturen direkt vergüten.
- **INDIREKTE ASSISTENZ:** Der Versicherte nimmt die medizinischen Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die nicht zum Netz der vertraglich gebundenen Strukturen der UniSalute gehören, oder in Strukturen des staatlichen Gesundheitsdienstes in Anspruch. In diesem Fall wird die Entschädigung in Form einer Rückzahlung an den Versicherten mit den Einschränkungen erbracht, die in den Versicherungsbedingungen vorgesehen sind.

Hinsichtlich der Einzelheiten zu allen o. g. Leistungen wird auf die Bestimmungen in Art. 2.4.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Buchstabe C) "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" und C1) "Modalitäten für die Leistungserbringung" verwiesen. Das aktualisierte Verzeichnis der vertragsgebundenen Gesundheitsstrukturen steht auf der Internetseite www.unisalute.it zur Verfügung.

14. Reklamationen

Eventuelle Reklamationen hinsichtlich des Vertragsverhältnisses oder der Bearbeitung von Schadensfällen können schriftlich beim Unternehmen eingereicht werden. Nutzen Sie hierzu folgende Adresse: **Unipol-Sai Assicurazioni S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti** (Reklamationsstelle und Kundendienst) - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 0251815353 - E-Mail: reclami@unipolsai.it.

Falls der Beschwerdeführer nicht mit dem Ergebnis der Reklamation einverstanden ist bzw. die Antwort innerhalb einer maximalen Frist von 45 Tagen ausbleiben sollte, kann er sich an die Aufsichtsbehörde IVASS wenden: IVASS, Servizio Tutela degli Utenti (Verbraucherschutz), Via del Quirinale 21, 00187 Rom, Telefon (+39) 06-421331. Dazu müssen die Kopie der beim Unternehmen eingereichten Reklamation und

die eventuell erteilte Antwort des Versicherers beigefügt werden.

Die Reklamation muss zudem Folgendes enthalten: Vorname, Familienname und Wohnsitz des Beschwerdeführers (gegebenenfalls mit Telefonnummer), Angabe des Gegenstands oder der Gegenstände, bezüglich derer die Beschwerde erfolgt, kurze Beschreibung des Grunds der Beschwerde und alle zweckmäßigen Dokumente zur ausführlichen Beschreibung der Fakten und der diesbezüglichen Umstände.

Es wird darauf hingewiesen, dass Reklamationen zur Feststellung der Einhaltung der geltenden Richtlinie für das Versicherungswesen direkt bei der Aufsichtsbehörde IVASS eingereicht werden müssen.

Unbeschadet der Möglichkeit, auf Schlichtungsverfahren zurückzugreifen (insofern vorhanden) oder den Rechtsweg einzuschlagen (in diesem Fall geht die Reklamation über die Zuständigkeit der IVASS hinaus), wird darauf hingewiesen, dass bei eventuellen Reklamationen in Bezug auf die Lösung grenzüberschreitender Streitfälle, in die der Beschwerdeführer mit Wohnsitz in Italien verwickelt ist, bei der Aufsichtsbehörde IVASS oder direkt beim zuständigen ausländischen System/Organ Beschwerde eingelegt werden kann (das zuständige System/Organ lässt sich über die Internetseite <http://www.ec.europa.eu/fin-net> ermitteln), wobei der Beschwerdeführer die Aktivierung der FIN-NET-Prozedur beantragt muss (Kooperationsnetzwerk zwischen nationalen Organismen).

15. Schiedsgericht

Zur Lösung von Streitigkeiten medizinischer Natur über die Entschädigungsfähigkeit des Schadens und über die Ursache, die Art und die Folgen des Unfalls können die Parteien die Entscheidung einem Schiedsgericht übertragen, wobei dies nach dem in Art. 5.11 "Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung" festgelegten Verfahren erfolgt.

Das ärztliche Kollegium hat seinen Sitz in der Gemeinde mit rechtsmedizinischer Stelle, die am nächsten zum Wohnort des Versicherten liegt, selbst wenn der Versicherte nicht der Versicherungsnehmer ist.

Hinweis: Unbeschadet davon bleibt die Möglichkeit, in den gesetzlich vorgesehenen Fällen auf Schlichtungsverfahren zurückzugreifen, insofern vorhanden, oder den Rechtsweg einzuschlagen.

Die folgenden Begriffe ergänzen in jeder Hinsicht den Vertrag, und die Parteien weisen ihnen die im Folgenden näher beschriebene Bedeutung zu:

Flugzeuge: Hierzu gehören (einmotorige und mehrmotorige) Flugzeuge mit starren Flügeln oder mit Rotorflügeln, Segelflieger, Motorsegelflugzeuge, Heißluftballons und Luftschiffe.

Jahr: der Zeitraum von 365 Tagen bzw. 366 Tagen in einem Schaltjahr.

Versicherter: die Person, deren Interessen durch die Versicherung geschützt werden.

Versicherung: der Versicherungsvertrag.

Terrorakte: Jede absichtliche erfolgte oder auch nur angedrohte Handlung einer oder mehrerer Personen, die einer organisierten Gruppe angehören, um eine Regierung, die ganze Bevölkerung oder Teile davon in Angst zu versetzen, zu beeinflussen oder zu destabilisieren.

Assistenz: Die Versicherung, die unter den Zweig 18 fällt, gemäß Art. 2, Absatz 3 der gesetzesvertretenden Verordnung Nr. 209 vom 7. September 2005, bei der die Bereitstellung einer Soforthilfe für den Versicherten nach dem Eintreten eines zufälligen Ereignisses im Rahmen der Vertragsvereinbarungen vorgesehen ist.

Begünstigter: die benannte Person, die beim Ableben des Versicherten die Entschädigung erhält.

Versicherungsnehmer: die Person, die die Versicherung abschließt.

Genesungszeit: die Zeit nach einem stationären Aufenthalt, die zur Wiederherstellung der durch einen im Sinne der Versicherung entschädigungsfähigen Unfall beeinträchtigten Gesundheit notwendig ist.

Sachen: materielle Gegenstände.

Tagesklinik: Aufenthalt in einer Tagesklinik, um medizinische Leistungen in Bezug auf chirurgische und medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen oder diagnostische Untersuchungen durchführen zu lassen, die wegen ihrer Art durch einen Aufenthalt in einer Tagesklinik ohne Übernachtung durchgeführt werden müssen (unter Ausschluss von Check-up-Untersuchungen in Bezug auf die Präventionsmedizin), die in der Krankenakte mit Entlassungsschein der Klinik dokumentiert sind.

Medizinische Unterlagen: Krankenakte und/oder ärztliche Bescheinigung, bestehend aus Befunden, Gutachten und Verordnungen von Ärzten, Röntgenaufnahmen, instrumentellen und diagnostischen Untersuchungen und der Belege als Nachweis der Ausgaben (einschließlich Kostenrechnungen und Quittungen für Arzneimittel).

Alkoholeinfluss: der Zustand der Veränderung, bestimmt durch das Vorliegen eines Alkoholspiegels im Blut von über 0,8 g/l.

Persönliche Gegenstände: audiovisuelle Geräte und Videospiele, die nicht fest im Fahrzeug angebracht sind, Mobiltelefone, Tablets, PCs, Wertgegenstände (mit Ausnahme von Bargeld).

Informationsbroschüre: die gesamten Informationsunterlagen, die dem potentiellen Kunden ausgehändigt werden müssen, bestehend aus: Informationsschreiben einschließlich Glossar, Versicherungsbedingungen und Datenschutzinformation.

Kombinierte Versicherungsform: ein Versicherungspaket mit vorgegebenen Garantien und Versicherungssummen, das der Versicherungsnehmer gewählt hat und in der Police angegebene ist.

Versicherung in freier Form: Diese Versicherungsform ermöglicht es, den Versicherungsschutz mit Garantien und Versicherungssummen nach eigenem Ermessen des Versicherungsnehmers individuell zusammenzustellen.

Selbstbehalt: der Teil des Schadens, den die Entschädigung nicht abdeckt und der für die bleibende Invalidität in Prozentpunkten, für die Entschädigungen in Tagen oder für die Kostenrückerstattung in feststehenden Zahlen ausgedrückt ist.

Diebstahl: Entwendung der beweglichen Sachen des Besitzers, um sich unrechtmäßig zu bereichern.

Mit besonderer Geschicklichkeit begangener Diebstahl: mit besonderem Geschick ausgeübter Diebstahl, sodass dieser der Wachsamkeit der beraubten Person oder anderer Anwesenden entgeht.

Wettkämpfe mit Spezialregeln: Wettbewerbe mit Motorfahrzeugen oder Wasserfahrzeugen mit Motor, bei denen nicht die Geschwindigkeit, mit der die verschiedenen Sektoren, in die die Strecke unterteilt ist (Kontrolle der Uhrzeiten), und bestimmte Teilabschnitte der Strecken (Klassifizierungsrennen) zurückgelegt werden, sondern die Einhaltung vorgegebener Zeiten der ausschlaggebende Faktor für die Klassifizierung ist.

Immobilisierung: vorübergehende teilweise oder vollständige körperliche Unfähigkeit, seinen Beschäftigungen nachzugehen, infolge von Knochenbrüchen oder Verletzungen von Kapseln und Bändern, die nach ärztlicher Verordnung eine nicht selbst abnehmbare, steife und äußerlich angebrachte Stützprothese erfordern. Dazu gehören: Schalen, Schienen, Gipsverbände oder andere orthopädische Stützmittel zur Ruhigstellung, die ausschließlich in klinischen Einrichtungen von Ärzten oder medizinischem Fachpersonal angebracht und wieder entfernt werden. Dazu gehören auch abnehmbare Stützmittel und alle gebrauchsfertigen Orthesen, insofern sie starr und außen angebracht sind (ausgenommen weiche Halskrausen und orthopädische Stützkorsette), vorausgesetzt, sie sind von Ärzten der klinischen Einrichtung verordnet worden und auf den in der ärztlichen Bescheinigung angegebenen Anwendungszeitraum begrenzt.

Entschädigung: dem Versicherten im Schadensfall vom Unternehmen geschuldete Summe.

Unfall: vom Willen unabhängiges Ereignis infolge einer gewaltsamen und äußeren Ursache, das objektiv fest-

stellbare Verletzungen hervorruft und den Tod, eine bleibende Invalidität und/oder eine der vertragsmäßig garantierten Leistungen zur Folge hat.

Chirurgischer Eingriff: medizinisches Verfahren zu direkten therapeutischen Zwecken, bei dem der Zugang über einen Gewebeschnitt oder durch Verwendung einer mechanischen bzw. Wärme- oder Laserquelle erfolgt, sowie manuelle Verfahren zur Richtung von Knochenbrüchen oder Luxationen. Als chirurgische Eingriffe gelten ebenfalls invasive diagnostische Verfahren, bei denen Gewebe für histologische Untersuchungen operativ entnommen wird, und solche, bei denen ein Einschnitt im Gewebe vorgenommen wird, um geeignete Instrumente in den Körper einzuführen.

Bleibende Invalidität: endgültiger und unwiederbringlicher Verlust bzw. Einschränkung der körperlichen Fähigkeit des Versicherten, jegliche gewinnbringende Arbeit unabhängig vom ausgeübten Beruf auszuführen.

Gesundheitseinrichtung:

Krankenhäuser, Kliniken oder Universitätskliniken, Pflegeheime, die anhand der gesetzlichen Anforderungen von den zuständigen Behörden für die Erbringung von Krankenhausleistungen und zur Behandlung Kranker, auch in Form einer Tagesklinik, zugelassen sind. Ausgenommen sind Thermalbäder, Kur- und Genesungseinrichtungen sowie Kliniken zur Behandlung von Patienten aus rein ästhetischen oder diätetischen Gründen.

IVASS: Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen. Diese Bezeichnung wurde von der ISVAP am 1. Januar 2013 übernommen.

Sportboot: jedes Sportrunderboot; jedes Sportboot mit einer Rumpflänge von 10 Metern oder weniger, die nach harmonisierten Standards (ISO 8666) gemessen wurde.

Im Haushalt lebende Familienangehörige: die Personen, die (zum Datum des Schadensfalls) aus der Familienstandsbescheinigung des Versicherungsnehmers/ Versicherten hervorgehen.

Versicherungszeitraum - Versicherungsjahr: Bei einer

Vertragsdauer von 365 Tagen ist dies der Zeitraum, der ab 24.00 Uhr des Tages beginnt, an dem die Versicherungspolice wirksam wird, und mit Vertragsauslauf endet.

Bei einer Vertragsdauer von über 365 Tagen beginnt der erste Zeitraum ab 24.00 Uhr des Tages, an dem der Vertrag wirksam wird, und endet um 24.00 Uhr des jährlichen Fälligkeitsdatums. Die nachfolgenden Versicherungszeiträume haben eine Dauer von 365 Tagen (bzw. von 366 Tagen in Schaltjahren), ab Ablauf des vorhergegangenen Zeitraums.

Police: alle Dokumente, aus denen sich die Versicherung zusammensetzt.

Prämie: die vom Versicherungsnehmer an das Versicherungsunternehmen entrichtete Summe für die Versicherung.

Wertgegenstände: Schmuckstücke, Stücke aus Gold oder Platin, Edelsteine und Natur- oder Zuchtperlen, einschließlich der jeweiligen Fassungen.

Erstrisikoversicherung: Form der Versicherung, bei der die Entschädigung bis zum Erreichen der Versicherungssumme geleistet wird, ohne dass die in Art. 1907 des italienischen Zivilgesetzbuches vorgesehene Verhältnismäßigkeitsregel zur Anwendung kommt, unabhängig vom Gesamtwert der versicherten Sachen zum Schadenszeitpunkt.

Raub: Entwendung einer beweglichen Sache Anderer mithilfe von Gewalt und Drohung gegen die Person.

Rücktritt: einseitige Auflösung der Vertragsbindung, die gesetzlich und vertraglich vorgesehen ist.

Stationärer Aufenthalt: Durch eine Krankenakte dokumentierter Aufenthalt, der die Übernachtung in einer Gesundheitseinrichtung mit sich bringt.

Risiko: Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Schadens.

Versicherungsschein/Police: Dokument, das die Versicherung nachweist.

Kraftanstrengung: Einsatz von längerer konzentrier-

ter Muskelenergie durch den Versicherten – auch freiwillig – deren Intensität seine normalen Lebens- und Arbeitsgewohnheiten übersteigt.

Schadensfall/Versicherungsfall: Eintreten des Schadensereignisses, für das die Versicherung geleistet wird.

Raubüberfall: Entwendung der beweglichen Sachen Anderer, bei dem der Täter die Sache aus den Händen des Besitzers reißt.

Unternehmen: das Versicherungsunternehmen Uni-polSai Assicurazioni S.p.A.

Versicherungssumme: die im Versicherungsschein (Police) angegebene Summe, die für jede Garantie den Höchstbetrag der Entschädigung im Schadensfall darstellt.

Komatöser Zustand: Zustand tiefer Bewusstlosigkeit, auch medikamentös herbeigeführt, bei dem das Wahrnehmungsvermögen sowie die Fähigkeit zur aktiven Bewegung nicht vorhanden sind, der mit gestörten vegetativen Funktionen einhergeht und dessen Ursache direkt auf einen Verkehrsunfall zurückzuführen ist.

Der Zustand der Bewusstlosigkeit geht mit keinerlei Reaktion auf äußere Reize und körpereigene Bedürfnisse einher. Zudem kann der komatöse Patient nicht einmal mit entsprechenden Reizen geweckt werden, und es sind außerdem dauerhafte und kontinuierliche Geräte notwendig, um den Patienten künstlich am Leben zu erhalten.

Irreversibler komatöser Zustand: komatöser Zustand, der seit 180 aufeinanderfolgenden Tagen ununterbrochen andauert.

Organisationsstruktur/Einsatzzentrale: Struktur der UniSalute, bestehend aus Mitarbeitern, Ärzten, medizinischem Fachpersonal und Technikern, die das ganze Jahr über rund um die Uhr tätig ist und die in der Garantie "Assistenz" und "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" vorgesehenen Leistungen erbringt, wobei die Kosten zulasten des Versicherungsunternehmens gehen.

Erdbeben: heftige und plötzliche Bewegung der Erdkruste, die endogene Ursachen hat. Die registrierten Nachbeben in den darauffolgenden 72 Stunden nach jedem Erdbeben, das zum entschädigungsfähigen Versicherungsfall geführt hat, werden auf dasselbe Ereignis zurückgeführt, weshalb die betreffenden Schäden als "einzigiger Versicherungsfall" anzusehen sind.

An die UniSalute vertraglich gebundene Gesundheitseinrichtung/Struktur:

klinische Einrichtung, Ärztehäuser, fachärztliche Zentren und deren Ärzte und Chirurgen, mit denen UniSalute eine Vereinbarung zur direkten Zahlung der Leistungen abgeschlossen hat.

UniSalute: die Versicherungsgesellschaft UniSalute S.p.A mit Sitz in 40138 Bologna - Via Larga, 8, die mit der Verwaltung, Bearbeitung und Auszahlung der Schadensfälle in Bezug auf die "Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen" und die "Assistenz" beauftragt ist.

Sportboot: alle Boote jeglicher Art und mit beliebigem Antrieb, die für die Sportschifffahrt bestimmt sind.

Neuwertversicherung: Garantief orm, bei welcher der Wert der versicherten Sachen dadurch bestimmt wird, indem man die nötigen Kosten zur Wiederbeschaffung schätzt, um sie durch neue, gleiche oder gleichwertige Sachen hinsichtlich der Verwendung, Qualität, Leistungsmerkmale und Funktionalität zu ersetzen.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ist für die Korrektheit und Vollständigkeit der in diesem Informationsschreiben enthaltenen Daten und Angaben verantwortlich.

Ausgabe 15/03/2015

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Geschäftsführendes Verwaltungsratsmitglied
(Carlo Cimbrì)



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Rechtssitz: Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italien) - Tel. +39 051 5077111 - Fax +39 051 375349, vollständig eingezahltes Stammkapital 1.996.129.451,62 Euro - Handelsregister Bologna, Steuernummer und Ust-IdNr. 00818570012 - Nummer der Eintragung in das Verzeichnis der Wirtschafts- und Verwaltungsdaten 511469 - Gesellschaft, die der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit durch die Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. unterliegt, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Sektion I unter der Nr. 1.00006 und zur Versicherungsgruppe Gruppo Assicurativo Unipol gehört, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungsgruppen unter der Nummer 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol

2

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Für die nachfolgend verwendeten Begriffe gelten die im Glossar enthaltenen Begriffsbestimmungen.

Informationsbroschüre - Versicherungsvertrag - Unfallversicherung

A

BESTIMMUNGEN ÜBER DIE VERSICHERUNG ALLGEMEIN

1. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE VERSICHERUNG ALLGEMEIN

Es gelten die nachfolgenden Versicherungsbedingungen, insofern sie nicht ausdrücklich aufgehoben werden.

Art. 1.1 - Erklärungen bezüglich der Umstände des Risikos

Unzutreffende Erklärungen oder das Verschweigen von Umständen durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten, die die Risikobewertung beeinflussen, können gemäß der Artikel 1892, 1893 und 1894 des italienischen Zivilgesetzbuches zum völligen oder teilweisen Verlust des Rechts auf Entschädigung sowie zur Auflösung der Versicherung führen.

Art. 1.2 - Änderungen der Versicherung

Etwaige Änderungen der Versicherung müssen in schriftlicher Form genehmigt werden.

Art. 1.3 - Gültigkeitsbeginn der Versicherung

Die Versicherung tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, der in der Police angegeben ist, wenn die Prämie oder die erste Prämienrate gezahlt wurden. Andernfalls tritt die Versicherung um 24.00 Uhr am Tag der Zahlung in Kraft.

Wenn der Versicherungsnehmer die Prämie oder die Raten der Folgeprämien nicht zahlt, wird die Versicherung ab 24.00 Uhr des fünfzehnten auf die Fälligkeit folgenden Tages ausgesetzt und tritt um 24.00 Uhr des Tages wieder in Kraft, an dem die Prämie gezahlt wird. Die späteren Fälligkeiten und das Recht des Versicherungsunternehmens auf Zahlung der fällig gewordenen Prämien bleiben gemäß Art. 1901 des italienischen Zivilgesetzbuches davon unberührt.

Art. 1.4 - Verlängerung der Versicherung, Versicherungszeitraum und Nachlass für mehrjährige Verträge

Wird der Vertrag mit stillschweigender Verlängerung abgeschlossen, wird er mangels Kündigung einer der

Parteien mindestens 30 Tage vor Versicherungsablauf durch Einschreibebrief oder per Fax jeweils für ein Jahr verlängert.

Der Versicherungszeitraum wird auf die Dauer von einem Jahr festgelegt, es sei denn, die Versicherung wurde mit einer kürzeren Laufzeit abgeschlossen. In diesem Fall stimmt der Versicherungszeitraum mit der Vertragsdauer überein.

Wird die Versicherung mit mehrjähriger Dauer abgeschlossen (d.h. für mindestens 2 Jahre), wird die Prämie unter Anwendung einer prozentualen Tarifierduzierung berechnet, die im Versicherungsschein angegeben ist. Hat der Vertrag eine Dauer von über fünf Jahren, kann der Versicherungsnehmer im Sinne von Artikel 1899, Absatz 1 des italienischen Zivilgesetzbuches daher sein Recht auf Rücktritt vom Vertrag erst nach den ersten fünf Jahren der Geltungsdauer ausüben. Gilt der Vertrag für eine Dauer von fünf Jahren oder weniger, kann der Versicherungsnehmer nicht vorzeitig vom Vertrag zurücktreten, und er muss den vorgesehenen Vertragsablauf abwarten. Die im Versicherungsschein angegebene Prämie enthält bereits die genannte Reduzierung.

Art. 1.5 - Zahlung der Prämie

Die Prämien sind an das Versicherungsunternehmen oder an den Versicherungsagenten zu zahlen, dem der Vertrag übertragen wurde. Die steuerlichen Pflichten bezüglich der Versicherung gehen zulasten des Versicherungsnehmers.

Art. 1.6 - Ratenzahlung der Prämie

Es wird vorausgeschickt, dass die Jahresprämie nicht teilbar ist, das Versicherungsunternehmen kann jedoch die Ratenzahlung gewähren. Werden die Prämienraten nicht gezahlt, ist das Versicherungsunternehmen nach Ablauf von fünfzehn Tagen ab der jeweiligen Fälligkeit von allen sich daraus ableitenden Verpflichtungen entbunden, wobei das Recht auf vollständige Eintreibung der Prämie uneingeschränkt vorbehalten bleibt. Die Versicherung wird ab 24.00 Uhr des Tages wieder wirksam, an dem die ausstehende Prämie ge-

zahlt wird.

Art. 1.7 - Zahlung der Prämienraten über das S.D.D.-Lastschriftverfahren (nur wirksam, wenn in der Versicherungspolice die monatliche Rate angegeben ist)

Das Unternehmen und der Versicherungsnehmer können vereinbaren, für die Zahlung der Prämie das nachfolgend beschriebene Verfahren anzuwenden.

1. Nutzung des SEPA Direct Debit-Lastschriftverfahren zur monatlichen Zahlung der Prämie

1.1. Das Unternehmen ermöglicht es, dass der Versicherungsnehmer die vereinbarte Jahresprämie in Raten zahlt, und zwar ohne zusätzliche Gebühren für die Ratenzahlung und mit den Modalitäten, die in den nachfolgenden Absätzen angegeben sind.

1.2. Bei Abschluss des Versicherungsvertrags muss der Versicherungsnehmer (i) in der Agentur für die Vorauszahlung einer Summe in Höhe von drei Zwölfteln (zzgl. des eventuellen Monatsanteils) der vereinbarten Prämie sorgen, (ii) sich verpflichten, die restliche Prämie in Höhe von neun Zwölfteln mit monatlichen Raten in Höhe von jeweils einem Zwölftel zu zahlen, und (iii) sich verpflichten, die monatlichen Folgeraten zu zahlen, wenn der Vertrag stillschweigend erneuert wird, indem er eine entsprechende Einzugsermächtigung für das SEPA Direct Debit-Lastschriftverfahren (S.D.D.) unterzeichnet und somit seine Bank ermächtigt, die entsprechenden Abbuchungsaufträge des Versicherungsunternehmens anzunehmen.

1.3. Die Zahlung bei Fälligkeit einer jeden Monatsrate wird vom Unternehmen unter dem Vorbehalt der Prüfung und des tatsächlichen Eingangs der Zahlung akzeptiert.

1.4. Das Versicherungsunternehmen sorgt in jedem Fall für die Benachrichtigung in Bezug auf die Zahlung der Monatsraten und den Versicherungsschutz der in der Police vorgesehenen Garantien, indem das Unternehmen dem Versicherungsnehmer die folgende Nachricht übermittelt, welche die Ausstellung einer Quittung ersetzt: «Wir haben die Zahlung per S.D.D.-Lastschrift in Höhe von xxxx,xx € in Bezug auf die Rate für den [TT

Monat JJJJ] der Police Nr. xx/xx/xxxx erhalten. Hiermit bestätigen wir den Versicherungsschutz. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Diese Nachricht wird vom Unternehmen folgendermaßen zugesendet:

- per SMS an folgende Mobilfunknummer [*].

2. Nicht erfolgte Abbuchung der Prämienzahlung

2.1. Innerhalb von zehn Tagen ab Fälligkeit der Rate teilt die Bank des Versicherungsnehmers dem Versicherungsunternehmen die eventuell nicht erfolgte Abbuchung des geschuldeten Betrags mit, wenn das Konto bei der Abbuchung über kein ausreichendes Guthaben verfügt.

2.2. In diesem Fall wird das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer unmittelbar danach den negativen Ausgang der Zahlung und die dementsprechende Aussetzung des Versicherungsschutzes durch Zusendung einer Nachricht mit den unter Punkt 1.4 angegebenen Modalitäten mitteilen: «Die Abbuchung per S.D.D.-Lastschriftverfahren von xxxx,xx € in Bezug auf die Rate für den TT/MM/JJJJ der Police Nr. xxx/ xxxxxxxx wurde von Ihrer Bank zurückgewiesen. Daher sind die vertraglich geleisteten Garantien ab dem TT/MM/JJJJ ausgesetzt. Bitte wenden Sie sich an Ihre Agentur, um die Zahlung zu regulieren. UnipolSai Assicurazioni».

3. Widerruf/Änderung der Abbuchung durch das S.D.D.-Lastschriftverfahren

3.1. Damit die Abbuchungsaufträge problemlos vonstatten gehen und die Zahlung der Prämie regelmäßig erfolgt, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, dem Unternehmen allfällige Änderungen seiner Bankkoordinaten oder den eventuell von ihm angewiesenen Widerruf der Abbuchung durch das S.D.D.-Lastschriftverfahren unverzüglich mitzuteilen.

3.2. Beim Ersatz des Versicherungsvertrags, wenn der Versicherungsnehmer auch beim neuen Vertrag weiterhin die Zahlung per S.D.D.-Lastschriftverfahren in Anspruch nehmen möchte und der ersetzte Vertrag diese Möglichkeit vorsieht, muss der Versicherungsnehmer zudem eine neue Einzugsermächtigung für das S.D.D.-Lastschriftverfahren unterzeichnen.

- 3.3. Bei Beendigung oder Ersatz des Versicherungsvertrags wird das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer eine Nachricht mit den unter Punkt 1.4 angegebenen Modalitäten zusenden: «Hiermit teilen wir Ihnen die Aufhebung/den Ersatz der Police Nr. xx/xx/xxxx und den Widerruf der Abbuchung der Zahlung per S.D.D.-Lastschrift ab dem [TT/MM/JJJJ] mit. Bitte wenden Sie sich an Ihre Agentur, um Ihre Position zu regulieren. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.».
- 3.4. Bei Widerruf der Abbuchung per S.D.D.-Lastschriftverfahren durch den Versicherungsnehmer wird ihm das Versicherungsunternehmen eine Nachricht mit den unter Punkt 1.4 angegebenen Modalitäten zusenden: «Nach dem von Ihnen angewiesenen Widerruf der Abbuchung per S.D.D.-Lastschriftverfahren der Prämie für die Police Nr. xxx/xxxxxxxx, teilen wir Ihnen mit, dass die vertraglich geleisteten Garantien ausgesetzt sind. Bitte wenden Sie sich an Ihre Agentur, um die Zahlung der Prämie ab dem GG/MM/JJJJ zu regulieren. UnipolSai Assicurazioni».
- 3.5. Grundsätzlich hat der Versicherte im Fall des Widerrufs oder der Änderung des S.D.D.-Lastschriftverfahrens in der Agentur für die Zahlung der geschuldeten Prämienraten zu sorgen, und er muss mit der Agentur eine andere Zahlungsmodalität vereinbaren, indem er sich für eine von denen entscheidet, die in den geltenden Gesetzesnormen vorgesehen sind und in der Agentur eingerichtet wurden. Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die Begünstigung in Bezug auf die Ratenzahlung der Prämie vom Unternehmen nur bei Zahlung per S.D.D.-Lastschriftverfahren gewährt wird.

Der Versicherungsnehmer muss das Unternehmen ausdrücklich zur Übermittlung von Mitteilungen zum Vertrag oder zu Leistungen an die angegebene E-Mail-Adresse oder Mobilfunknummer ermächtigen, wobei er sich verpflichtet, allfällige Änderungen umgehend mitzuteilen.

Art. 1.8 Angleichung der Versicherungssummen und der jeweiligen Prämien

Insofern in der Police nicht der Verzicht auf die auto-

matistische Angleichung vereinbart wurde, werden die in absoluten Zahlen angegebenen Versicherungssummen, Entschädigungsgrenzen und Prämien bei jeder jährlichen Erneuerung um 3% erhöht.

Die Selbstbehalte, die in Tagen angegebenen Höchstgrenzen und die in Prozent angegebenen Werte werden nicht angepasst.

Art. 1.9 – Erhöhung des Risikos

Es sind keine Fälle einer Erhöhung des Risikos vorgesehen.

Art. 1.10 – Verringerung des Risikos

Es sind keine Fälle einer Verringerung des Risikos vorgesehen.

Art. 1.11 – Form der Mitteilungen

Alle Mitteilungen, zu denen der Versicherte, der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen verpflichtet sind, müssen per Einschreiben oder per Fax zugesendet werden.

Art. 1.12 – Rücktritt bei einem Schadensfall

Nach jedem Schadensfall und bis zum sechzigsten Tag ab Zahlung oder Ablehnung der Entschädigung kann jede Vertragspartei vom Versicherungsvertrag zurücktreten, indem der Gegenpartei dies vorab per Einschreiben mitgeteilt wird.

Die diesbezügliche, per Einschreiben oder per Fax zugestellte Mitteilung ist rechtswirksam:

- nach 30 Tagen ab dem Zustellungsdatum auf dem Poststempel, wenn die Mitteilung vom Unternehmen zugesendet wurde;
- ab dem Datum auf dem Poststempel oder auf dem Faxbericht, wenn die Mitteilung vom Versicherungsnehmer zugesendet wurde.

Das Versicherungsunternehmen wird innerhalb von 30 Tagen ab dem Wirksamkeitsdatum des Rücktritts den Teil der Prämie, abzgl. Steuern, zurückerstatten, der sich auf den nicht abgelaufenen Risikozeitraum bezieht.

Die etwaige Einnahme der fällig gewordenen Prämien nach Schadensmeldung und die Ausstellung der entsprechenden Quittung können nicht als Verzicht des Versicherungsunternehmens angesehen werden, das Rücktrittsrecht in Anspruch zu nehmen.

Art. 1.13 – Zahlung der Entschädigung

Nach Erhalt der notwendigen Unterlagen und Bewertung der zustehenden Entschädigung sorgt das Versicherungsunternehmen innerhalb von 30 Tagen für die Auszahlung, vorausgesetzt, dass keine Einwände erhoben werden und keiner der in den Vertragsausschlüssen vorgesehenen Fälle vorliegt.

Art. 1.14 – Klausel über die Nichterneuerbarkeit des Vertrags

Wird eine Nichterneuerbarkeit vereinbart, endet der Vertrag zum Vertragsablauf ohne die Pflicht, diesen zu kündigen.

Art. 1.15 – Pflichtversicherungen

Die vorliegende Versicherung ersetzt keine eventuellen gesetzlichen Pflichtversicherungen, sondern gilt zusätzlich zu diesen.

Art. 1.16 - Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags

Folgende Personen können mit dem vorliegenden Vertrags nicht versichert werden:

- unabhängig von der konkreten Bewertung des Gesundheitszustandes die Personen, die an chronischem Alkoholismus, manifester AIDS-Erkrankung und an damit verbundenen Syndromen oder an Drogenabhängigkeit leiden. Die Versicherung verliert gegenüber diesem Versicherten ihre Gültigkeit, wenn einer der genannten Erkrankungen eintritt, ohne dass die eventuelle Einnahme der fällig gewordenen Prämien nach diesem Umstand entgegengesetzt werden kann. In diesem Fall werden solche Prämien dem Versicherungsnehmer, abzüglich der steuerlichen Abgaben, zurückerstattet.

Art. 1.17 - Veräußerung, Diebstahl oder Verschrottung des im Vertrag angegebenen Fahrzeugs bzw. Wasserfahrzeugs

Wenn bei einem Vertrag für ein angegebenes Fahrzeug bzw. Wasserfahrzeug abgeschlossen wird (die sogenannte Fahrzeugwahl) und das genannte Fahrzeug bzw. Wasserfahrzeug veräußert oder durch ein anderes ersetzt werden sollte, teilt der Versicherungsnehmer dies dem Versicherungsunternehmen mit und beantragt, dass selbiges Fahrzeug im Vertrag ersetzt wird. Das Versicherungsunternehmen behält sich die Annahme dieses Antrags vor. Wenn der Antrag

angenommen wurde, gilt der Ersatz an dem Tag als wirksam, an dem der Versicherungsnehmer dem Versicherungsunternehmen die Mitteilung zugesendet hat. Wird das Fahrzeug bzw. Wasserfahrzeug im Anschluss an die Veräußerung nicht ersetzt (oder der Ersatz vom Versicherungsunternehmen nicht angenommen), fallen die entsprechenden Garantien beim Diebstahl oder der Verschrottung des Fahrzeugs bzw. Wasserfahrzeugs am darauffolgenden Tag weg, nachdem der Versicherungsnehmer die Mitteilung über diese Ereignisse an das Versicherungsunternehmen zugesendet hat. Dem Versicherungsnehmer wird im Anschluss daran der Teil der nicht genutzten Prämie, abzgl. der steuerlichen Abgaben, zurückerstattet.

Sollten im Vertrag andere bezeichnete Fahrzeuge/Wasserfahrzeuge enthalten sein, wird demzufolge die Gesamtprämie vom Unternehmen zur ersten darauffolgenden jährlichen Fälligkeit geändert.

Den oben genannten Mitteilungen müssen geeignete Unterlagen beigelegt werden, die die Erklärungen des Versicherungsnehmers nachweisen.

Art. 1.18 – Andere Versicherungen

Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte sind verpflichtet, dem Unternehmen mitzuteilen, wenn eventuell Versicherungen bei anderen Versicherern für dasselbe Risiko und dieselben mit dem vorliegenden Vertrag versicherten Garantien bestehen oder im Nachhinein abgeschlossen werden, wobei die Versicherungssummen anzugeben sind.

Bei abgeschlossenen Verträgen, in denen ein oder mehrere Fahrzeuge benannt sind, hat die Mitteilung nur durch den Versicherungsnehmer zu erfolgen. Die vorsätzliche Unterlassung der o. g. Mitteilung führt zur Verwirkung des Rechts auf Entschädigung.

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ist in folgenden Fällen von der Pflicht zur Meldung bestehender oder im Nachhinein abgeschlossener Versicherungen für dasselbe Risiko befreit:

- bei Policen zugunsten derselbigen Versicherten, die vom Arbeitgeber in Erfüllung der betrieblichen Arbeitsverträge sowie der nationalen oder ergänzenden Vereinbarungen abgeschlossen worden sind, es sei denn, der Versicherungsnehmer solcher Policen ist auch der Versicherungsnehmer im vorliegenden Vertrag;
- bei Unfallgarantien, die automatisch auf den Besitz von Kreditkarten oder Bankgirokonten oder

auf andere Deckungen aufgrund des Kaufs von Gütern oder Dienstleistungen, die nicht unter die Versicherungsbranche fallen, zurückzuführen sind;

- beim Versicherungsschutz Assistenz und Sicher unterwegs.

Im Schadensfall muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte gemäß Artikel 1910 des italienischen

Zivilgesetzbuchs alle Versicherer benachrichtigen und jedem von ihnen die Namen der übrigen Versicherer bekanntgeben.

Art. 1.19 - Verweis auf gesetzliche Bestimmungen

Für alles, was hier nicht anders geregelt ist, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

2. Abschnitt UNFÄLLE

Art. 2.1 – Gegenstand der Versicherung

Das Unternehmen verpflichtet sich, innerhalb der Grenzen der in der Police angegebenen Garantien und Versicherungssummen die Unfälle zu entschädigen, die der Versicherte durch den Verkehr erleidet.

Die Versicherung ist basierend auf der Wahl des Versicherungsnehmers wirksam, die im Versicherungsschein angegeben ist:

- **Personenwahl:** Die Versicherung wird zugunsten der Personen geleistet, die im Versicherungsschein benannt wurden.
- **Familienwahl:** Die Versicherung wird geleistet zugunsten des Versicherungsnehmers und der zum Haushalt gehörenden Personen, die zum Schadenszeitpunkt aus der Familienstandsbescheinigung hervorgehen, sowie zugunsten der Personen, die in die Garantie eingeschlossen oder davon ausgeschlossen werden können und ausdrücklich in der Versicherungspolice angegeben sind.
- **Fahrzeugwahl:** Die Versicherung wird zugunsten eines beliebigen Fahrers von Fahrzeugen/Führers von Wasserfahrzeugen geleistet, der im Versicherungsschein benannt wurde.

Das Versicherungsunternehmen verpflichtet sich, je nach ausgewählter Form die Unfälle zu entschädigen, die der Versicherte im Verkehr erleidet, und zwar:

Personen- und Familienwahl:

a) als Fahrer/Führer von:

- Pkws
- Kraftfahrzeugen zur Mischnutzung
- Lkws mit einer Masse über 3500 kg
- Campern (Wohnmobilen)
- Zweirädern
- Motorfahrzeugen
- Motorrädern
- Sportbooten.

b) als beförderter Fahrgast/Passagier in/auf:

- Kraftfahrzeugen
- Campern (Wohnmobilen)
- Zweirädern, die über die geeignete gesetzliche Zulassung und Ausrüstung für die Beförderung

von Personen verfügen;

- Motorfahrzeugen
- Motorrädern
- Sportbooten
- öffentlichen oder privaten Transportmitteln (auf der Straße, auf dem Meer, der See und auf Flüssen)
- Flugzeugen (unter Ausschluss von Segelfliegern, Motorsegelflugzeugen, Heißluftballons und Luftschiffen) während Flügen zu touristischen Zwecken oder Transferflügen durch beliebige Fluggesellschaften, mit Ausnahme von Luftsportflügen und Flügen, die nicht zur öffentlichen Personenbeförderung bestimmt sind.

c) als Fußgänger, der von einem beliebigen Fahrzeug angefahren wird.

Die Versicherung beinhaltet zudem die vom Versicherten erlittenen Unfälle:

- beim Ein- oder Aussteigen in ein/aus einem der o. g. Transportmittel;
- bei der Ausführung der notwendigen Vorgänge, um das stehen gebliebene Fahrzeug, das von ihm geführt oder in dem er befördert wurde, in die Lage zu versetzen, die Fahrt wieder aufzunehmen.

• Fahrzeugwahl:

a) als Fahrer/Führer von:

- Pkws
- Kraftfahrzeugen zur Mischnutzung
- Lkws mit einer Masse über 3500 kg
- Campern (Wohnmobilen)
- Motorfahrzeugen
- Motorrädern
- Sportbooten
- landwirtschaftlichen Maschinen, Arbeitsmaschinen, Straßenzugmaschinen (bei der kombinierten Form ausgeschlossen gemäß Art. 2.6.1 "Kombinierte Versicherungsform");
- Lkws mit einer Masse über 3500 kg (bei der kombinierten Form ausgeschlossen gemäß Art. 2.6.1 "Kombinierte Versicherungsform");
- Lastzügen, Sattelschleppern (ausgeschlossen

bei der kombinierten Form gemäß Art. 2.6.1 "Kombinierte Versicherungsform").

Die Versicherung beinhaltet zudem die vom Versicherten erlittenen Unfälle:

- beim Ein- oder Aussteigen in ein/aus einem von ihm geführten Fahrzeug;
- bei der Ausführung der notwendigen Vorgänge, um das von ihm geführte und stehen gebliebene Fahrzeug in die Lage zu versetzen, die Fahrt wieder aufzunehmen.

Im Rahmen der Wirksamkeit der in der gewählten Form vorgesehenen Garantien sind auch folgende Ereignisse versichert:

- a) nicht krankheitsbedingter Erstickungsanfall
- b) akute Vergiftung durch die unbeabsichtigte Einnahme oder Aufnahme von Substanzen
- c) Infektion oder Vergiftung durch Tierbisse, Insekten- und Pflanzenstiche, mit Ausschluss von Malaria und Tropenkrankheiten;
- d) Sonnenstich oder Hitzschlag, Blitzschlag
- e) Ertrinken
- f) Erfrieren und Unterkühlung
- g) Achillessehnenriss nach den Entschädigungskriterien, die in Art. 5.5.2 "Achillessehnenriss" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen vorgesehen sind, und Verletzungen durch Kraftanstrengungen, unter Ausschluss jeder Form des Herzinfarkts;
- h) Durch Kraftanstrengung verursachte traumatische Bauchhernien, unter Ausschluss jeder anderen Form einer Hernie, nach den Entschädigungskriterien, die in Art. 5.5.1 "Durch Kraftanstrengung verursachte traumatische Bauchhernien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen vorgesehen sind;
- i) Unfälle, die sich durch Unwohlsein, plötzliche Unpässlichkeit oder Bewusstlosigkeit oder als Folge davon ereignen;
- j) Unfälle, die durch schwere Schuld, mangelnde Erfahrung oder Fahrlässigkeit herbeigeführt werden.

Gebietserweiterung

Die Versicherung gilt weltweit, unbeschadet der Bestimmungen im nachfolgenden Art. 2.2 "Erweiterung der Versicherung: Besondere Risiken" Buchstabe A) "Risiko Krieg, Aufstände im Ausland".

Art. 2.2 – Erweiterung der Versicherung: Besondere Risiken

Entschädigungsfähig sind ebenfalls die Unfälle im Verkehr, die auf folgende Risiken zurückzuführen sind:

A) Risiko Krieg, Aufstände im Ausland

Unter teilweiser Abweichung von Artikel 1912 des italienischen Zivilgesetzbuches werden diese Garantien erweitert auf Unfälle aufgrund von Kriegshandlungen, auch bei nicht erklärtem Krieg, Volksaufständen und militärischer Besetzung, die der Versicherte außerhalb des Territoriums der Republik Italien, der Republik S. Marino und der Vatikanstadt erleidet, für einen maximalen Zeitraum von 14 Tagen ab Eintritt der genannten Ereignisse, wenn der Versicherte vom Ausbruch dieser Ereignisse überrascht wird, während er sich im ausländischen Staat aufhält.

B) Risiko Unruhen und terroristische Akte

Die Garantien gelten auch für erlittene Unfälle bei Unruhen, terroristischen Akten, Aufruhr und gewalttätigen Handlungen allgemein, an denen der Versicherte nicht aktiv teilgenommen hat, es sei denn, um sich selbst zu verteidigen.

C) Risiko Naturkatastrophen

Unter teilweiser Abweichung von Artikel 1912 des italienischen Zivilgesetzbuches gelten diese Garantien, nur begrenzt auf den Todesfall und die bleibende Invalidität, auch für Unfälle durch folgende Naturkatastrophen: Erdbeben, Vulkanausbrüche, Seebeben, Überschwemmungen und Hochwasser.

Es gilt als vereinbart, dass die geschuldete Entschädigung - begrenzt auf die Konsequenzen dieser Ereignisse - auf 50% der jeweils versicherten Vermögenswerte und anhand der Entschädigungskriterien berechnet wird, die in Art. 5.5.3 "Naturkatastrophen" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen vorgesehen sind.

Art. 2.3 - Ausschlüsse

Die Versicherung gilt nicht für Unfälle durch:

- a) das Fahren von Bussen und Gelenkbussen, Taxis und/oder Miettaxis;
- b) das Fahren und die Verwendung von Wasserskootern, Motorschlitten, Pistenraupen, Quads (wobei als solche Fahrzeuge mit vier Rädern mit einem Leergewicht von 550 kg gelten), Militärfahrzeugen,

Dienstfahrzeugen der Einsatzkräfte in Bezug auf die öffentliche Ordnung/Notfälle/Rettungsdienste, Überführungskennzeichen;

- c) das Fahren und die Verwendung von (begrenzt auf die Personen- und Familienwahl): landwirtschaftlichen Maschinen, Arbeitsmaschinen, Straßenzugmaschinen, Lkws mit einer Masse über 3500 kg, Lastzügen, Sattelschleppern;
- d) das Fahren/Führen eines beliebigen Fahrzeugs oder Wasserfahrzeugs, wenn der Versicherte gemäß den geltenden Bestimmungen nicht dazu ermächtigt war, es sei denn, der Führerschein ist abgelaufen und wird vor Definition des Schadensfalls erneuert bzw. er wird aus Gründen nicht erneuert, die direkt und ausschließlich auf die Verletzungen des Fahrers/Führers als Folge des Unfalls zurückzuführen sind;
- e) die Teilnahme mit einem beliebigen Fahrzeug oder Wasserfahrzeug an Wettbewerben und Wettkämpfen und an den diesbezüglichen Trainingsfahrten, die von einem beliebigen Veranstalter organisiert werden, mit Ausnahme der Wettkämpfe mit Spezialregeln;
- f) das Fahren von Fahrzeugen auf Rennstrecken, auch ohne Teilnahme an Wettkämpfen, mit Ausnahme von Fahrsicherheitskursen;
- g) Vergehen, die der Versicherte mit Vorsatz begangen oder versucht hat, ein solches zu begehen;
- h) Alkoholrausch, Missbrauch von Psychopharmaka, Einnahme von Drogen oder Halluzinogenen, Herzinfarkt oder bereits bestehende Erkrankungen, begrenzt auf den Versicherten, der den Unfall in einem solchen Zustand verursacht und erlitten hat;
- i) Krieg und Aufstand, unbeschadet der Bestimmungen im vorangegangenen Art. 2.2 - Erweiterung der Versicherung: Besondere Risiken Buchstabe A) "Risiko Krieg, Aufstände im Ausland";
- j) Atomkernumwandlungen, Strahlungen durch die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen, Exposition gegenüber Ionenstrahlung, chemische und biologische Kontaminationen (darunter ist die Vergiftung mit nuklearen, biologischen oder chemischen Substanzen zu verstehen);
- k) Folgen von chirurgischen Eingriffen, von ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die nicht durch einen entschädigungsfähigen Unfall notwendig geworden sind;
- l) Handlungen oder Verhalten des Versicherten, die

im direkten Zusammenhang mit folgenden Erkrankungen stehen: hirnorganisches Psychosyndrom, Epilepsie, Schizophrenie, manisch-depressive Krankheitsformen oder paranoide Zustände.**Art.**

2.4 - Geleistete Garantien

(nur geltend, insofern diese in der Versicherungspolice ausdrücklich angegeben sind)

Art. 2.4.1 - Grundgarantie

A) Todesfall

Die Garantie betrifft den Unfall, infolge dessen der Versicherte verstirbt.

Die Garantie wird auch geleistet, wenn der Versicherte nach Vertragsauslauf verstirbt, **der Tod jedoch innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag eintritt.**

Die Entschädigung für den Todesfall kann nicht auf die zustehende Entschädigung für die bleibende Invalidität angerechnet werden.

Wurde die Entschädigung für die bleibende Invalidität ausgezahlt und der Versicherte verstirbt jedoch als Folge des Unfalls innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag, steht den Begünstigten oder bei mangelnder Bezeichnung den Erben die Differenz zwischen der ihnen zustehenden Summe für das Ableben des Versicherten und der bereits an den Versicherten für die bleibende Invalidität ausgezahlten Entschädigung zu, wenn diese niedriger ausfiel. Im gegenteiligen Fall sind sie nicht verpflichtet, die Differenz zurückzuerstatten.

A.1) Höhere Bewertung zum Schutz der Zukunft

Verstirbt der Versicherte als Folge desselben Ereignisses gemeinsam mit seinem Ehepartner oder seinem eheähnlich zusammenlebenden Partner, auch wenn dieser nicht im vorliegenden Vertrag mitversichert war, werden die den minderjährigen oder körperlich beeinträchtigten Kindern vertraglich zustehenden Entschädigungsanteile verdoppelt. Es versteht sich jedoch dabei, dass der Maximalbetrag für das Versicherungsunternehmen **keinesfalls eine Gesamtsumme von 200.000,00 € überschreiten darf,** und zwar unabhängig von der Anzahl der minderjährigen oder körperlich beeinträchtigten Begünstigten.

A.2) Irreversibler komatöser Zustand:

Bei einem Verkehrsunfall, der zu einem irreversiblen komatösen Zustand führt, der seit 180 aufeinanderfolgenden Tagen ununterbrochen andauert,

zahlt das Versicherungsunternehmen die für den Todesfall vorgesehene Entschädigung nach den angegebenen Kriterien in Art. 5.3.2 "Auszahlung der Entschädigung für den Todesfall bei einem irreversiblen komatösen Zustand" aus.

B) Bleibende Invalidität

Die Garantie betrifft den Unfall, der eine bleibende Invalidität zur Folge hat, die nach den angegebenen Kriterien in Art. 5.4 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen festgestellt wurde.

Die Garantie wird auch geleistet, wenn die bleibende Invalidität nach Vertragsauslauf, jedoch in jedem Fall innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag eintritt.

Art. 2.4.2 - Wählbare Zusatzgarantien C) Erstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen

Bei einem Unfall während des Gültigkeitszeitraums des Vertrags versichert das Unternehmen gemäß den unter Punkt C.1) "Modalitäten für die Leistungserbringung" angegebenen Modalitäten und Grenzen die Rückerstattung der Behandlungskosten, die durch den Unfall binnen zwei Jahren ab dem Unfalltag notwendigerweise angefallen sind. Und zwar für:

- diagnostische Untersuchungen;
- die Honorare für allgemeinärztliche und/oder fachärztliche Untersuchungen sowie bei einem chirurgischen Eingriff die Honorare der Chirurgen, des Hilfspersonals, der Assistenzärzte und jeder anderen am Eingriff beteiligten Fachkraft, einschließlich der Kosten für den OP, das Material und die während des Eingriffs eingesetzten Implantate;
- Arzneimittel, physiotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen und Thermalkuren (wobei Hotelkosten in jedem Fall ausgeschlossen sind) bis zu einem Höchstbetrag in Höhe von 50% der Versicherungssumme;
- plastische chirurgische Eingriffe und Schönheitsoperationen sowie für die durchgeführten Therapien und Anwendungen, um die Folgen eines durch den Unfall entstandenen ästhetischen Schadens zu begrenzen oder zu beseitigen, bis zu einer Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme;
- die Gebühren für den Krankenhausaufenthalt;
- den Kauf oder die Miete von orthopädischen Rollstühlen oder anderen Hilfs- und Stützmitteln, die

von Ärzten verschrieben wurden, um den Heilungsprozess zu begünstigen;

- die Rückerstattung der Kosten für Zahnprothesen, beschränkt auf die Zahnelemente, die tatsächlich verloren oder beschädigt wurden, und nur dann, wenn die Zahnprothese innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalldatum eingesetzt wird. Es versteht sich jedoch dabei, dass die Rückerstattung von Kosten für zahnärztliche Behandlungen und Parodontopathien davon stets ausgeschlossen sind.
- den Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen, der speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung eingesetzt wird, bis zu einer Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme.

C.1) Modalitäten für die Leistungserbringung

Um die Garantie in Anspruch nehmen zu können, ist eine ärztliche Verordnung mit der Diagnose erforderlich, die diese Leistung notwendig gemacht hat. In Bezug auf fachärztliche Untersuchungen müssen die Kostenbelege (Rechnungen, Quittungen) die Angabe der Spezialisierung des Facharztes enthalten, die zwecks Rückerstattung im Zusammenhang mit der angezeigten Erkrankung stehen muss.

a) Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebundenen sind.

Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die Vertragspartner der UniSalute sind, wird diese für die direkte Zahlung der Kosten sorgen. Die Zahlung erfolgt innerhalb der maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der in der Police angegebenen Versicherungssumme, die um 1.000,00 € erhöht wird, ohne Anwendung eines Selbstbehalts.

Für die Leistungen gemäß Art. 2.4.2 "Wahlweise Zusatzgarantien" und ausschließlich in Bezug auf Thermalkuren, Arzneimittel, den Kauf oder die Miete von orthopädischen Rollstühlen oder andere orthopädischen Hilfs- und Stützmittel sowie den Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen, der speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung eingesetzt wird, ist der mit UniSalute bestehende Vertragsservice nicht wirksam.

b) Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.

Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, kann der Versicherte eine private oder öffentliche Struktur auswählen, wobei er die anfallenden Kosten vorstreckt. Im Anschluss daran beantragt der Versicherte bei der UniSalute die Rückerstattung der Kosten innerhalb der maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der in der Police angegebenen Versicherungssumme, mit Anwendung des Selbstbehalts von 50,00 € für jeden Unfall.

c) Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes

Nimmt der Versicherte Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes in direkter oder indirekter Form bzw. in einer anderer Form der Gesundheitsbetreuung (Sozialversicherungsanstalten, Krankenkassen usw.) in Anspruch, erstattet UniSalute die Zuzahlung sowie die zulasten des Versicherten verbliebenen Gesundheitsausgaben bis zum Erreichen der jährlichen Versicherungssumme, die bei der Inanspruchnahme von vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtungen vorgesehen ist, und zwar ohne Anwendung der Selbstbehalte.

Die in der Versicherungspolice angegebene Versicherungssumme gilt im Lauf des Versicherungsjahres als einzige Summe für die Leistungen unter der Buchstaben a), b) und c). Daher kann der Versicherte die Erhöhung der Entschädigung gemäß Buchstabe a) in Höhe von 1.000,00 € bei Leistungen in vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtungen erst in Anspruch nehmen, nachdem die in der Versicherungspolice angegebene Versicherungssumme erschöpft ist.

D) Tagessätze bei einem Unfall

D.1) Entschädigung für die stationäre Behandlung

Bei einer stationären Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung oder auch in einer Tagesklinik, die durch den Unfall notwendig wird, erstattet das Unternehmen im Anschluss an die klinische Heilung: -den in der Versicherungspolice angegebenen Tagessatz für jeden Tag des Klinikaufenthalts;

-50% der in der Versicherungspolice vorgesehene Entschädigung für jeden Tag des Aufenthalts in einer Tagesklinik.

Die Entschädigung wird für maximal 365 Tage pro einzelnen Unfall gezahlt.

Zur Berechnung der Tage des Klinikaufenthalts wird vereinbart, dass der Tag der Entlassung aus der Klinik zwecks Gültigkeit dieser Garantie nicht mitgezählt wird.

Bei einem Unfall des Versicherten außerhalb des Territoriums der Republik Italien, der Vatikanstadt und der Republik San Marino, der einen Aufenthalt in einer Klinik im Ausland mit sich bringt, zahlt das Unternehmen den Tagessatz für die stationäre Behandlung für die gesamte Aufenthaltsdauer, der um 50% erhöht wird.

D.2) Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit

Zusätzlich zu dem, was im Fall der stationären Behandlung vorgesehen ist, zahlt das Unternehmen eine Entschädigung für die Genesungszeit mit einem Tagessatz in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jener, der für die stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik vorgesehen ist, insofern der Aufenthalt mindestens zwei aufeinanderfolgende Tage andauert, und zwar ohne eine ärztliche Bescheinigung vorlegen zu müssen und in jedem Fall für einen maximalen Zeitraum von 90 Tagen pro Unfall.

D.3) Entschädigung für die Immobilisierung

Bei einem Unfall, der zur Immobilisierung geführt hat, zahlt das Unternehmen den im Versicherungsschein angegebenen Tagessatz.

Die Entschädigung wird auch bei der Anwendung abnehmbarer Stützmittel und gebrauchsfertigen Orthesen ausgezahlt, insofern sie starr und außen angebracht sind (ausgenommen weiche Halskrausen und orthopädische Stützkorsette) und vorausgesetzt:

- sie sind von einer zum Krankenhaus gehörenden Notaufnahme ohne stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik verordnet worden;
- sie sind bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik von Ärzten während

der stationären Behandlung verordnet wurden. Die Auszahlung der Entschädigung wird für jeden Tag der Immobilisierung zuerkannt, bis das orthopädische Stützmittel abgenommen wird und in jedem Fall für einen maximalen Zeitraum von 60 Tagen pro Unfall.

sicherten geführt hat. Die Entschädigung wird ausgezahlt, wenn der komatöse Zustand innerhalb von 5 Tagen ab dem Unfallereignis eingetreten ist und nach Ablauf von 5 Tagen nach dem Unfall weiterhin andauert, wie von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt.

Art. 2.5 – Zusatzgarantien (immer wirksam)

Art. 2.5.1 - Komatöser Zustand

Nach den in Art. 5.8 "Auszahlung der Pauschalentschädigung für einen komatösen Zustand" angegebenen Kriterien zahlt das Unternehmen eine pauschale Entschädigung in Höhe von 10.000,00 € für einen Verkehrsunfall, der zu einem komatösen Zustand des Ver-

Es wird vereinbart, dass der Tag, an dem der komatöse Zustand eintritt und endet, als ein Tag berücksichtigt wird, unabhängig von der Uhrzeit des Eintritts und des Endes des pathologischen Zustands.

Sollte der Versicherte aus dem komatösen Zustand erwachen, verzichtet das Unternehmen auf Rückerstattung der bereits gezahlten Entschädigungssummen.

Art. 2.6 - Versicherungsform

Art. 2.6.1 - Kombinierte Versicherungsform

Mit Bezug auf jede einzelne Wahl (Personen-, Familien- oder Fahrzeugwahl) wird der Versicherungsschutz für die Garantien und die Versicherungssummen geleistet, die in der vom Versicherungsnehmer ausgewählten Kombination vorgesehen sind. Die Kombination ist im Versicherungsschein angegeben.

KOMBINATIONEN (Beträge in €)								
	1	2	3	4	5	6	7	8
Todesfall	30.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	100.000	150.000
Bleibende Invalidität	50.000	50.000	75.000	75.000	100.000	100.000	100.000	250.000
Rückerstattung der Behandlungskosten	-	-	-	2.500	-	2.500	-	5.000
Tagessätze	-	-	-	Stationäre Behandlung und Genesungszeit: 40 Immobilisierung: 20	-	Stationäre Behandlung und Genesungszeit: 40 Immobilisierung: 20	-	Stationäre Behandlung und Genesungszeit: 80 Immobilisierung: 40
Komatöser Zustand	immer wirksam							
Assistenz	immer wirksam							

Wenn die Personen- oder Fahrzeugwahl wirksam ist, gelten die in der ausgewählten Kombination vorgesehenen Versicherungssummen für jede versicherte Person. Wenn die Familienwahl wirksam ist, werden die in der ausgewählten und im Versicherungsschein angegebenen Kombination vorgesehenen Versicherungssummen wie folgt zugewiesen:

- Dem Versicherungsnehmer werden immer 100% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert.
- Jedem einzelnen Mitglied der im Haushalt lebenden

Familie, unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der im Haushalt lebenden Familienmitglieder, werden 50% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert.

Zudem wird Folgendes vereinbart: Bei Versicherten, die zum Schadenszeitpunkt unter 18 Jahre alt sind, wird die Versicherungssumme für den Todesfall in Bezug auf die garantierte Summe für jede versicherte Person um 50% gekürzt, wohingegen die Versicherungssumme für die bleibende Invalidität in Bezug auf die garantierte Summe für jede versicherte

Person um 50% erhöht wird.

Sind vom selben Ereignis mehrere versicherte Personen betroffen, wird Folgendes vereinbart

- Dem Versicherungsnehmer werden immer 100% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert.
- Ist neben dem Versicherungsnehmer nur ein weiterer Versicherter betroffen, werden Letzterem 50% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert.
- Bei zwei oder mehreren Versicherten, die vom gleichen Ereignis betroffen sind, werden die in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen anteilmäßig zur Anzahl der Familienmitglieder, ausgenommen des Versicherungsnehmers, aufgeteilt.

Art. 2.6.2 - Versicherung in freier Form

Alternativ zur kombinierten Versicherungsform und für jede einzelne Wahl (Personen-, Familien- oder Fahrzeugwahl) kann der Versicherungsschutz mit Garantien und Versicherungssummen nach freier Wahl individuell angepasst werden. Unbeschadet davon bleibt die Garantie "Assistenz", die immer zwingend kombiniert ist. Wenn die Familienwahl wirksam ist, werden die in der ausgewählten und im Versicherungsschein angegebenen Kombination vorgesehenen Versicherungssummen mit denselben Kriterien wie in Art. 2.6.1 "Kombinierte Versicherungsform" zugewiesen.

Art. 2.7 - Besondere Bedingungen

(nur gültig für die Versicherung in freier Form und für jede einzelne Wahl - Personen-, Familien- oder Fahrzeugwahl, wenn ausdrücklich im Versicherungsschein angegeben)

A) Anwendung der INAIL-Tabelle

In teilweiser Abweichung von den Bestimmungen in Art. 5.4 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" wird der Invaliditätsgrad bestimmt unter Anwendung der Prozentsätze gemäß Anhang 1, Teil I (Tabelle zur

Bewertung des prozentualen Grades der bleibenden Invalidität für die Industrie) zum Einheitstext der Bestimmungen über die Pflichtversicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, der mit dem Dekret des Präsidenten der Republik D.P.R. Nr.1124 vom 30/06/1965 verabschiedet wurde, wobei das Unternehmen auf die Anwendung des im genannten Gesetz vorgesehenen Selbstbehalts verzichtet.

B) Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt

Der Art. 5.5 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen gilt als annulliert und wie folgt ersetzt: Die Entschädigung für die bleibende Invalidität, die nach den Kriterien und der Bewertungstabelle in Art. 5.4 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle festgestellt wurde, insofern wirksam, wird prozentual zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität nach folgendem Kriterium ausbezahlt:

- Es wird keine Entschädigung für die bleibende Invalidität ausbezahlt, wenn der Invaliditätsgrad insgesamt 3% nicht übersteigt.
- Ist der Invaliditätsgrad hingegen höher als dieser Prozentsatz, wird die Entschädigung nur für den darüber liegenden Teil ausbezahlt.

Wenn die festgestellte bleibende Invalidität:

- insgesamt 25% übersteigt, zahlt das Unternehmen die Entschädigung ohne Abzug der Selbstbehalte;
- insgesamt bei 50% oder mehr liegt, zahlt das Unternehmen die Entschädigung zu 100% aus.

C) Höhere Bewertung der bleibenden Invalidität

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität, die nach den in der Police geltenden Liquidationskriterien berechnet ist, wird nach Abzug des eventuell vorgesehenen Selbstbehalts in Bezug auf den festgestellten Invaliditätsgrad um die unten angeführten Prozente erhöht. D.h.:

Festgestellter Grad der bleibenden Invalidität	Erhöhung der Entschädigung
1% bis 10%	10%
11% bis 25%	20%
26% bis 50%	30%
51% bis 100%	50%

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZE

	Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte und ungedeckte Beträge
Todesfall	In der Police angegebene Versicherungssumme	-
Irreversibler komatöser Zustand	Versicherungssumme für den Todesfall	-
Bleibende Invaliddität	In der Police angegebene Versicherungssumme	-
Risiko Naturkatastrophen	Entschädigung in Höhe von 50% der versicherten Vermögenswerte für den Todesfall und die bleibende Invaliddität	Selbstbehalt 10% Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invaliddität über 50%
Rückerstattung der Behandlungskosten	In der Police angegebene Versicherungssumme <ul style="list-style-type: none"> • Arzneimittel, physiotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen und Thermalkuren: bis zu einem Höchstbetrag in Höhe von 50% der Versicherungssumme; • plastische chirurgische Eingriffe und Schönheitsoperationen sowie für die durchgeführten Therapien und Anwendungen, um die Folgen eines durch den Unfall entstandenen ästhetischen Schadens zu begrenzen oder zu beseitigen, bis zu einer Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme; • den Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen, der speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung eingesetzt wird, bis zu einer Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme; 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Selbstbehalt bei Inanspruchnahme von vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtungen oder Inanspruchnahme des staatlichen Gesundheitsdienstes in direkter oder indirekter Form bzw. in anderen Formen der Gesundheitsbetreuung; • Absoluter Selbstbehalt in Höhe von 50,00 € für jeden Unfall bei Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.
Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit	ENTSCHÄDIGUNG FÜR DIE STATIONÄRE BEHANDLUNG In der Police angegebene Versicherungssumme Bei stationärer Behandlung in einer Tagesklinik 50% der in der Police angegebene Entschädigung Maximal 365 Tage für jeden Unfall. Bei einem Klinikaufenthalt im Ausland der Tagessatz, erhöht um 50% ENTSCHÄDIGUNG FÜR DIE STATIONÄRE BEHANDLUNG UND DIE GENESUNGSZEIT Zusätzlich zu dem, was im Fall der stationären Behandlung vorgesehen ist, die Entschädigung in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jene für die Krankenhauseinlieferung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik, insofern der Aufenthalt mindestens 2 aufeinanderfolgende Tage andauert. Maximal 90 Tage für jeden Unfall	-
Entschädigung für Immobilsierung	In der Police angegebene Versicherungssumme. Maximal 60 Tage für jeden Unfall	-
Pauschalentschädigung für den komatösen Zustand	10.000,00 Euro	-
Familienwahl	Versicherungssummen <ul style="list-style-type: none"> • Dem Versicherungsnehmer werden immer 100% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert. • Jedem anderen Mitglied der im Haushalt lebenden Familienmitglieder werden immer 50% der in der ausgewählten Kombination angegebenen Summen garantiert. Für Minderjährige wird die Versicherungssumme für den Todesfall um 50% gekürzt , wohingegen die Versicherungssumme für die bleibende Invaliddität um 50% erhöht wird.	-

3. Abschnitt SICHER UNTERWEGS (nur wirksam, insofern in der Versicherungspolice angeführt)

Art. 3.1 - Grundgarantie Versicherungsgegenstand

Das Unternehmen entschädigt die direkten Sachschäden durch die Entwendung der persönlichen Dinge, die der Versicherte bei sich getragen hat, die ihm weltweit durch Diebstahl, mit besonderer Geschicklichkeit begangenen Diebstahl, Raubüberfall oder Raub als Folge eines Verkehrsunfalls entstanden sind und zu Folgendem geführt haben:

- den Einsatz des Notarzt- und Rettungsdienst (118) oder eines ähnlichen Notdienstes im Ausland, um den verunglückten Versicherten Hilfe zu leisten; oder
- den Einsatz der gesetzlich vorgesehenen Organe der Verkehrspolizei, in deren Protokollen ausdrücklich angegeben ist, dass sich der verunglückte Versicherte in eine Notaufnahme begeben hat.

Die in der Police angegebene Versicherungssumme für jeden Versicherten/jedes Fahrzeug stellt, unabhängig von der Anzahl der Unfälle, den maximalen Entschädigungsbetrag pro Versicherungsjahr dar. Innerhalb dieser Höchstgrenze erstattet das Unternehmen zudem, bis maximal 30% der Versicherungssumme, die getragenen und dokumentierten Kosten, wenn die Schlüssel und/oder die persönlichen Dokumente unter den gleichen Umständen entwendet worden sind. Die Kosten werden erstattet für:

- den Austausch der Schlösser am üblichen Wohnsitz mit Schlössern vom gleichen Typ;
- die Duplikate oder Neuausstellung der persönlichen Dokumente des Versicherten.

Wenn die Familienwahl wirksam ist, wird jedem Versi-

cherten die im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme mit denselben Kriterien wie in Art. 2.6.1 "Kombinierte Versicherungsform" zugewiesen.

Art. 3.2 - Ausschlüsse

Folgende Schäden sind ausgeschlossen:

- a) indirekte Schäden, die nicht die wesentliche Form der versicherten Sachen betreffen;
- b) Schäden in Bezug auf Sachen, die der Versicherte zur Ausübung beruflicher Tätigkeiten bei sich hatte;
- c) Schäden in Bezug auf audiovisuelle Geräte, die fest im Fahrzeug angebracht sind;
- d) Schäden in Bezug auf Gegenstände, Kreditscheine, und Pfanddokumente, die nicht den versicherten Personen gehören, sowie in jedem Fall die Entwendung von Bargeld;
- e) Schäden in Bezug auf den Verlust von Kraftfahrzeugen, Motorfahrzeugen, Krafträdern; Zweirädern, Wasserfahrzeugen;
- f) Schäden infolge von Unruhen, Streiks, Aufruhr, Terrorakten oder Sabotage;
- g) Schäden als Folge von Kriegshandlungen und Aufständen;
- h) Schäden infolge von Atomkernumwandlungen, Strahlungen durch die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen, Exposition gegenüber Ionenstrahlung, chemischer und biologischer Kontaminationen (darunter ist die Vergiftung mit nuklearen, biologischen oder chemischen Substanzen zu verstehen);
- i) Schäden, die vom Versicherten oder im Haushalt lebenden Familienangehörigen vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt oder begünstigt werden.

4. Abschnitt ASSISTENZ

Art. 4.1 - Grundgarantie

Das Unternehmen verpflichtet sich, dem Versicherten innerhalb der Grenzen der einzelnen Leistungen und zu den nachfolgenden Bedingungen eine sofortige Hilfe zur unmittelbaren Verfügung zu stellen, wenn sich der Versicherte infolge des Eintritts eines der Ereignisse in Schwierigkeiten befindet, die in den beschriebenen Leistungen innerhalb des erworbenen Pakets angegeben sind und aus der Versicherungspolice hervorgehen.

Art. 4.2 - Leistungen

Folgende Leistungen werden von der Einsatzzentrale der UniSalute erbracht, die das ganze Jahr über rund um die Uhr tätig ist und auf die in Art. 5.16 "Modalitäten für die Anforderung von Assistenzleistungen und Schadensmeldung" beschriebene Art und Weise kontaktiert werden kann:

In Italien und im Ausland erbrachte Leistungen

1) Telefonische Informationen in Bezug auf medizinische Fragen

Die Einsatzzentrale erteilt medizinische Informationen über:

- öffentliche und private Gesundheitseinrichtungen: Lage, Spezialisierungen;
- Arzneimittel: Zusammensetzung, Anwendungsgebiete und Gegenanzeigen;
- die Vorbereitung auf diagnostische Untersuchungen;
- die durchzuführende Prophylaxe bei geplanten Auslandsreisen.

2) Sofortige ärztliche Meinungen

Benötigt der Versicherte infolge eines Unfalls eine dringende telefonische Beratung durch einen Arzt, erteilt die Einsatzzentrale die notwendigen Informationen und erbetenen Ratschläge.

3) Entsendung eines Arztes

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls an Arbeitstagen in der Zeit von 20.00 bis 8.00 Uhr und innerhalb der 24 Stunden an Sonn- und Feiertagen einen Arzt benötigt und keinen erreichen kann, wird das Unternehmen die Notwendigkeit der Leistung prüfen und auf eigene Kosten einen der Vertragsärzte entsen-

den. Sollte es keinem der Vertragsärzte möglich sein, persönlich Hilfe zu leisten, wird die Einsatzzentrale ersatzweise den Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen in ein geeignetes, naheliegendes Ärztezentrum organisieren.

4) Entsendung eines Krankenwagens

Benötigt der Versicherte nach der Einlieferung in die Notfallambulanz infolge des Unfalls einen Kranken-transport zu seinem Wohnsitz, sorgt das Unternehmen nach Stellungnahme des Arztes der Einsatzzentrale für die Entsendung eines Krankenwagens, wobei das Unternehmen die entsprechenden Kosten bis zu einer Strecke von maximal 300 km und bis maximal 300,00 € pro Schadensfall und pro Versicherten trägt.

5) Entsendung einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers zum Wohnsitz

Bei einer stationären Behandlung infolge der genannten Frakturen (Knochenbrüche):

- Fraktur des Oberschenkelknochens
 - Frakturen der Wirbel
 - Schädelfrakturen mit Verletzungen des Gehirns und/oder der Hirnhäute
 - Frakturen, bei denen die Ruhigstellung mindestens einer Gliedmaße notwendig wird
 - Beckenfraktur
- sowie der sich daraus ergebenden Immobilisierung, die diagnostiziert, in der ärztlichen Verordnung dokumentiert und im Entlassungsschreiben des Krankenhauses angegeben ist und die Notwendigkeit krankenpflegerischen Leistungen mit sich bringt, sorgt das Unternehmen in den 10 Folgetagen nach dem Krankenhausaufenthalt oder der Gipsabnahme für die Entsendung einer/eines vertraglich gebundenen Krankenschwester/Krankenpfleger, wobei das Unternehmen das Honorar für maximal 1 Stunde täglich für 7 Tage übernimmt.

Um die Garantie in Anspruch zu nehmen, muss der Versicherte der Einsatzzentrale die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der Leistung mindestens 3 Tage vor dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus mitteilen oder sobald er die Verordnung für diese Behandlungen erhalten hat.

6) Entsendung eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz

Bei einer stationären Behandlung infolge der genannten

ten Frakturen (Knochenbrüche):

- Fraktur des Oberschenkelknochens
- Frakturen der Wirbel
- Schädelfrakturen mit Verletzungen des Gehirns und/oder der Hirnhäute
- Frakturen, bei denen die Immobilisierung mindestens einer Gliedmaße notwendig wird
- Beckenfraktur

sowie der sich daraus ergebenden Immobilisierung, die diagnostiziert, in der ärztlichen Verordnung dokumentiert und im Entlassungsschreiben des Krankenhauses angegeben ist und die Notwendigkeit physiotherapeutische Leistungen mit sich bringt, sorgt das Unternehmen in den 10 Folgetagen nach dem Krankenhausaufenthalt oder der Gipsabnahme für die Entsendung eines vertraglich gebundenen Physiotherapeuten, wobei das Unternehmen das Honorar für maximal 1 Stunde täglich für 7 Tage übernimmt.

Um die Garantie in Anspruch zu nehmen, muss der Versicherte der Einsatzzentrale die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der Leistung mindestens 3 Tage vor dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus mitteilen oder sobald er die Verordnung für diese Behandlungen erhalten hat.

7) Beratung durch einen Psychologen oder Psychotherapeuten

a) Verkehrsunfall mit Todesfolge

Wenn der Versicherte in einen Verkehrsunfall verwickelt wird, bei dem eine Person verstirbt, veranlasst die Einsatzzentrale auf eigene Kosten die Entsendung eines vertraglich gebundenen Psychotherapeuten mit Fachausbildung in Notfallpsychologie und Psychotraumatologie an den Wohnsitz des Versicherten (oder in die Gesundheitseinrichtung, in die er eingeliefert wurde), um den psychischen Zustand des Versicherten und gegebenenfalls auch den seiner Familienangehörigen zu bewerten und ihnen psychologischen Beistand zu leisten.

Wenn der Sachverständige nach dem ersten Gespräch die Notwendigkeit dazu feststellt, können eine psychiatrische Untersuchung und/oder der Beginn der Behandlung der posttraumatischen Störung (Trauertherapie) in der Praxis eines vertraglich an UniSalute gebundenen Psychotherapeuten folgen.

Die Behandlung wird bis zur Heilung der posttrau-

matischen Störung, aber nicht länger als sechs Monate ab dem Datum des Behandlungsbeginns fortgesetzt. Die diesbezüglichen Kosten werden vollständig vom Unternehmen getragen.

Die Entscheidung, mit einer eventuellen Behandlung oder einer psychiatrischen Untersuchung fortzufahren, wird vom Psychotherapeuten getroffen, der das erste Gespräch geführt hat.

Falls der Versicherte eine psychotherapeutische Behandlung in den unmittelbar auf den Unfall folgenden Tagen nicht für notwendig erachtet, kann er deren Beginn innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten ab dem Unfalldatum beantragen.

b) Verkehrsunfall mit "schweren Verletzungen" des Versicherten

Wenn der Versicherte in einen Verkehrsunfall verwickelt wird, bei dem er schwere Verletzungen erleidet (siehe Verzeichnung unter Punkt b.1), veranlasst die Einsatzzentrale auf eigene Kosten die Entsendung eines vertraglich an UniSalute gebundenen Psychotherapeuten mit Fachausbildung in Notfallpsychologie und Psychotraumatologie an den Wohnsitz des Versicherten oder in die Gesundheitseinrichtung, in die er eingeliefert wurde.

Der Psychotherapeut wird den psychischen Zustand des Versicherten und gegebenenfalls auch den seiner Familienangehörigen bewerten und ihnen den psychologischen Beistand leisten.

Wenn der Sachverständige nach dem ersten Gespräch die Notwendigkeit dazu feststellt, können eine psychiatrische Untersuchung und/oder der Beginn der Behandlung der posttraumatischen Störung in der Praxis eines vertraglich an UniSalute gebundenen Psychologen oder Psychotherapeuten folgen. Die Behandlung wird bis zur Heilung der posttraumatischen Störung und in jedem Fall nicht länger als zwölf Monate ab dem Datum des Behandlungsbeginns fortgesetzt, und zwar sowohl für die Person, die die zuvor erwähnten Verletzungen erlitten hat, als auch gegebenenfalls für dessen versicherte Familienmitglieder. Die Kosten bezüglich der Behandlung gehen vollständig zu Lasten des Unternehmens. Die Entscheidung, mit einer eventuellen Behandlung oder einer psychiatrischen Untersuchung fortzufahren, wird vom Psychotherapeuten getroffen, der das erste Gespräch geführt hat.

Falls der Versicherte eine psychotherapeutische Behandlung in den unmittelbar auf den Unfall folgenden Tagen nicht für notwendig erachtet, bleibt die Garantie für eine Zeitraum von drei Monaten ab dem Datum des Ereignisses gültig.

b.1) Verzeichnis der schweren, bleibenden und irreparable Verletzungen

AMPUTATIONEN:

von Gliedmaßen und Teilen davon, mit Ausnahme einzelner Finger, und in jedem Fall mit Totalverlust der Funktion. Der schwere Funktionsverlust der Gliedmaße oder die Versteifung ist mit einer Amputation vergleichbar.

GENITALIEN:

traumatischer Verlust eines Organs oder Organteils sowohl beim Mann als auch bei der Frau, insbesondere, wenn dies den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit bedeutet. Posttraumatischer Abort.

NARBEN:

schwer entstellende Hautnarben im Gesicht oder anderswo.

ZUSTAND NACH WIRBELFRAKTUREN MIT VERLETZUNGEN DES KNOCHENMARKS:

mit darausfolgenden schweren neurologischen Defiziten. Gleichgestellt sind die neurologischen und somit funktionalen Defizite infolge von Nervenverletzungen, auch jene, die nicht von der Wirbelsäule ausgehen oder nicht auf Frakturen zurückzuführen sind.

FOLGEN EINES SCHWEREN POLYTRAUMAS:

multiple Verletzungen, die in ihrer Gesamtheit zu einer schwerwiegenden Invaldität mit Auswirkungen auf die Selbstständigkeit und den Lebensstil führen.

FOLGEN EINES SCHÄDELTRAUMAS:

schwerwiegende Folgen eines Schädeltraumas mit darausfolgendem Verlust der Selbstständigkeit. Im Fall des Verlusts oder der beträchtlichen Einschränkung der geistigen Funktionen richtet sich der psychologische Beistand nur an die Familienangehörigen.

VERLETZUNG DER INNEREN ORGANE:

zum Beispiel Milz, Nieren, Leber mit der Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs zur Organentnahme oder mit schwerer Funktionsbeeinträchtigung.

VERLUST DES SEH- ODER HÖRVERMÖGENS

Totalverlust des Gehörs oder der Sehkraft oder Teilverlust der Sehkraft (>7/10 des Sehvermögens).

Leistungen, die in Italien, in der Republik San Marino oder im Staat Vatikanstadt erbracht werden.

8) Entsendung eines Babysitters

Bei einer stationären Behandlung mit einer Fraktur, die zu einer Immobilisierung geführt hat, sorgt das Unternehmen während der stationären Behandlung oder in den 30 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Gipsabnahme für die Entsendung eines Babysitters, wobei das Unternehmen die Vergütung für maximal 6 Stunden pro Woche und für maximal 14 Tage lang übernimmt.

Die Leistung wird nur erbracht, wenn zur Familie ein minderjähriges Kind unter 15 Jahren gehört und kein volljähriges Familienmitglied im Haushalt lebt.

9) Entsendung einer Pflegekraft

Bei einer stationären Behandlung mit einer Fraktur, die zu einer Immobilisierung geführt hat, sorgt das Unternehmen während der stationären Behandlung oder in den dreißig Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Gipsabnahme für die Entsendung einer Pflegekraft, wobei das Unternehmen die Vergütung für maximal 6 Stunden pro Woche und für maximal 14 Tage lang übernimmt.

Um die Garantie in Anspruch zu nehmen, muss der Versicherte der Einsatzzentrale die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der Leistung mindestens 3 Tage vor dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus mitteilen oder sobald er die entsprechende Bescheinigung erhalten hat.

Art. 4.3 - Ausschlüsse

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- 1) Kriegshandlungen, Aufstände, Unruhen, Aufruhr, Terrorakte, Sabotage, militärische Besetzung, Invasionen;
- 2) Vulkanausbrüche, Erdbeben, Orkane, Überschwemmungen und/oder Hochwasser;
- 3) direkte und indirekte Folgen einer Atomkernumwandlung, Folgen von Strahlungen durch künstliche Beschleunigung von atomaren Teilchen und der Exposition gegenüber Ionenstrahlung;
- 4) vorsätzliches Handeln des Versicherten.

5. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE LIQUIDATION VON SCHADENSFÄLLEN

Bestimmungen zum Abschnitt UNFÄLLE

Art. 5.1 – Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte oder dessen Anspruchsberechtigte müssen dem Unternehmen oder der Agentur, dem der Vertrag anvertraut wurde, einen Schadensfall innerhalb von 10 Tagen ab dem Unfall oder ab dem Tag, an dem sie die Möglichkeit dazu haben, schriftlich anzeigen.

Der vom Versicherten oder von seinen Anspruchsberechtigten (im Fall der Unmöglichkeit des Versicherten aufgrund der nach sich gezogenen Konsequenzen) unterzeichneten Schadensmeldung muss eine ärztliche Bescheinigung beigefügt werden. In dieser Bescheinigung müssen der Ort, der Tag und die Uhrzeit des Unfalls sowie eine eingehende Beschreibung des Unfallhergangs angegeben sein.

Der Verlauf der Verletzungen muss durch weitere ärztliche Bescheinigungen dokumentiert werden.

Der Versicherte oder im Todesfall die benannten Begünstigten oder Erben müssen die vom Unternehmen für notwendig erachteten Untersuchungen, Bewertungen und Ermittlungen zulassen.

Der Versicherte ist ferner verpflichtet, sich den vom Unternehmen geforderten medizinischen Untersuchungen und Kontrollen in Italien zu unterziehen und die gesamten medizinischen Unterlagen als Original vorzulegen. Diesbezüglich entbindet der Versicherte die Ärzte und die Gesundheitseinrichtungen vom Berufsgeheimnis.

Die Nichterfüllung der o. g. Pflichten kann zum völligen oder teilweisen Verlust des Rechts auf Entschädigung führen, wie in Art. 1915 des italienischen Zivilgesetzbuches vorgesehen.

In Bezug auf die nachstehenden Unfallgarantien gelten folgende Bestimmungen:

- Tagessätze für die alleinige stationäre Behandlung oder für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit: Der Antrag auf Entschädigung,

dem die Nachweisdokumente beigefügt sind, die die Ursache, die Dauer des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik belegen, muss innerhalb des 120. Tages nach dem Datum, an dem die stationäre Behandlung beendet wurde, beim Unternehmen eingereicht werden.

- Tagessätze für die Immobilisierung: Der Antrag auf Entschädigung, dem die Nachweisdokumente beigefügt sind, die die Ursache und die Dauer der Immobilisierung belegen, muss innerhalb des 120. Tages nach dem Datum, an dem das orthopädische Stützmittel oder der Gips abgenommen wurde, beim Unternehmen eingereicht werden.

Art. 5.2 - Körperliche Beeinträchtigungen und zuvor bestehende Erkrankungen

Das Unternehmen zahlt die Entschädigung für die direkten, ausschließlichen und objektiv feststellbaren Folgen des Unfalls, die nicht mit körperlichen Beeinträchtigungen und zuvor bestehenden Erkrankungen zusammenhängen. Daher sind der Einfluss des Unfalls auf einen solchen Zustand und die Beeinträchtigung, die diese Erkrankungen auf den Ausgang der durch den Unfall hervorgerufenen Verletzungen haben können, indirekte und demzufolge nicht entschädigungsfähige Folgen.

Bei zuvor bestehenden Verstümmelungen, körperlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen wird die Entschädigung für die bleibende Invalidität ebenfalls nur für die reinen Unfallfolgen ausgezahlt, die der Versicherte davongetragen hat, so als würde eine vollkommen gesunde Person davon betroffen sein, ohne den größeren Nachteil aufgrund der zuvor bestehenden Erkrankungen zu berücksichtigen.

Art. 5.3 – Liquidation der Garantie Todesfall

Falls der Unfall den Tod zur Folge hat, zahlt das Unternehmen die Versicherungssumme nach Erhalt des Totenscheins oder der weiteren, für notwendig erachteter Unterlagen zu gleichen Teilen an die bezeichneten Begünstigten oder bei mangelnder Bezeichnung an die Erben des Versicherten aus.

Wenn der Versicherte nach Auszahlung der Entschädigung für die bleibende Invalidität als Folge des

erlittenen Unfalls innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag verstirbt, zahlt das Unternehmen den Begünstigten oder den Erben die Differenz zwischen der ihnen zustehenden Summe für das Ableben des Versicherten und der bereits an den Versicherten für die bleibende Invalidität ausgezahlten Entschädigung aus, wenn diese niedriger ausfiel.

Basierend auf den Elementen und Umständen des Unfalls kann das Unternehmen die gesamte folgende Dokumentation oder einen Teil davon verlangen:

- Totenschein;
- Ersatzerklärung zum Notorietätsakt;
- Familienstandsbescheinigung (ursprüngliche und aktuelle Bescheinigung);
- Autopsiebericht;
- Bescheinigung, dass die überlebende Ehefrau nicht schwanger ist.

Art. 5.3.1 - Todeserklärung

Falls der Körper des Versicherten infolge eines im Sinne des Vertrags entschädigungsfähigen Unfalls nicht aufgefunden wird und man davon ausgeht, dass er verstorben ist, zahlt das Unternehmen die Versicherungssumme für den Todesfall zu gleichen Teilen an die bezeichneten Begünstigten oder bei mangelnder Bezeichnung an die Erben aus.

Die Zahlung erfolgt nach Ablauf von sechs Monaten ab Einreichung des Antrags auf Todeserklärung (Artikel 60, Satz 3 und Artikel 62 des italienischen Zivilgesetzbuchs) nach den Modalitäten gemäß der Artikel 726 und 727 der italienischen Zivilprozessordnung. Bei Versinken, Schiffbruch oder Flugzeugabsturz erfolgt die Zahlung nach Ablauf von sechs Monaten ab dem Unfalldatum nur dann, wenn der Versicherte als Folge des Unfalls für verschollen erklärt wird, nachdem die Anwesenheit des Versicherten an Bord von der zuständigen Behörde festgestellt wurde (Artikel 211 und 838 des italienischen Luft- und Schifffahrtsgesetzes). Weiterhin gilt, dass das Unternehmen das Recht auf die Rückerstattung der ausgezahlten Summe hat, wenn der Versicherte nach der Zahlung der Entschädigung nicht verstorben sein sollte bzw. nicht infolge des entschädigungsfähigen Unfalls verstorben ist. Nach erfolgter Rückerstattung kann der Versicherte seine Rechte in Bezug auf die eventuell verbleibende Invalidität geltend machen.

Art. 5.3.2 – Auszahlung der Entschädigung für den Todesfall bei einem irreversiblen komatösen Zustand

Die Versicherungssumme für den Todesfall wird auch dann ausgezahlt, wenn der komatöse Zustand irreversibel wird, da er seit 180 aufeinanderfolgenden Tagen ununterbrochen andauerte. Unbeschadet davon bleibt die zusätzliche Schadensmeldung, die das Fortbestehen des komatösen Zustands für den o.g. Zeitraum nachweist, wie von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt.

Nach Auszahlung der Entschädigung zu gleichen Anteilen an die benannten Begünstigten oder wenn diese nicht benannt wurden, an den nicht getrennt lebenden Ehepartner des Versicherten, an seine Kinder und Nachkommen, oder wenn keine der o.g. Personen existiert, an die Vorfahren endet die Versicherung gegenüber dem Versicherten, der den Unfall erlitten hat. Unberührt davon bleiben die nachfolgenden Bestimmungen.

Wenn der Versicherte nach Auszahlung der Entschädigung laut diesem Artikel aus dem Koma erwacht, gilt Folgendes:

- Dem Versicherten steht die eventuelle Differenz zu zwischen der zustehenden Entschädigung für die bleibende Invalidität und der Versicherungssumme für den Todesfall, die den Begünstigten bereits ausgezahlt wurde, wenn der entschädigungsfähige Unfall beim Versicherten eine bleibende Invalidität hinterlässt, die zur Auszahlung einer höheren Summe als jener, die bereits für den Todesfall gezahlt worden ist, führt. Andernfalls verzichtet das Unternehmen auf Rückerstattung der bereits gezahlten Summen.
- Der Versicherte verzichtet auf jegliche Eintreibung und/oder Regressansprüche gegenüber dem Versicherungsunternehmen, wobei diesbezüglich nur die tatsächlichen Empfänger der Versicherungssummen als passiv legitimiert berücksichtigt werden.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Grundgarantie gemäß Art. 2.4.1, Buchstabe A1) "Höhere Bewertung zum Schutz der Zukunft" nicht auf die Fälle eines irreversiblen komatösen Zustands anwendbar ist.

Art. 5.4 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität

Die Bewertung der bleibenden Invalidität durch einen Unfall erfolgt anhand der Prozentsätze in der nachstehenden BEWERTUNGSTABELLE und mit folgenden Kriterien:

- Führt die Verletzung zu einer Beeinträchtigung und nicht zum vollständigen anatomischen oder funktionalen Verlust, werden die in der Tabelle angegebenen Prozentsätze im Verhältnis zur verlorenen Funktion gekürzt.
- In Fällen, die nicht genauer in der Tabelle angegeben sind, wird die Entschädigung mit Bezug auf die Prozentsätze der angegebenen Fälle festgelegt, wobei die verminderte Arbeitsfähigkeit allgemein unabhängig vom Beruf des Versicherten berücksichtigt wird.
- Bei einem teilweisen oder vollständigen anatomischen oder funktionalen Verlust mehrerer Organe oder Gliedmaßen wird ein Invaliditätsgrad angewendet, welcher der Summe der einzelnen, für jede

Verletzung anerkannten Prozentsätze entspricht, bis maximal 100%.

- Wenn der Unfall zu Beeinträchtigungen an mehr als einem der anatomischen Bereiche und/oder Gelenke einer einzelnen Gliedmaße führt, wird die Bewertung nach dem Kriterium der rechnerischen Summe durchgeführt, bis maximal der Wert erreicht ist, der dem anatomischen Gesamtverlust der betreffenden Gliedmaße entspricht.
- Im Fall von anatomischem oder funktionalem Verlust eines bereits beeinträchtigten Organs oder Gliedmaße werden die vorstehend angegebenen Prozentsätze unter Berücksichtigung des bereits zuvor bestehenden Invaliditätsgrads herabgesetzt.
- Bei der Bewertung von Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens wird die Höhe des Invaliditätsgrades unter Berücksichtigung der Anwendbarkeit von Seh- und Hörhilfen zur Korrektur bestimmt.

BEWERTUNGSTABELLE

Gliedermaße/Organ		% der bleibenden Invalidität bei vollständigem oder teilweisem anatomischen oder funktionalen Verlust
Ein Arm		70%
Eine Hand oder ein Unterarm		60%
Ein Daumen		18%
Ein Zeigefinger		14%
Ein Mittelfinger		8%
Ein Ringfinger		8%
Ein kleiner Finger		12%
Ein Fingerglied des Daumens		9%
Ein Fingerglied eines anderen Fingers		1/3 des Fingers
Ein Fuß		40%
Beide Füße		100%
Eine große Zehe		5%
Eine andere Zehe des Fußes		1%
Ein Glied der großen Zehe		2,5%
Ein Bein oberhalb des Knies		60%
Befund einer Verletzung des medialen Meniskus, unabhängig von der anwendbaren Behandlung		2%
Ein Bein in Höhe oder unterhalb des Knies		50%
Ein Auge		25%
Beide Augen		100%
Eine Niere		15%
Volltaubheit auf einem Ohr		10%
Volltaubheit auf beiden Ohren		40%
Totalverlust der Stimme		30%
Folgen einer verschobenen Rippenfraktur		1%
Folgen einer Fraktur ohne neurologische Schäden mit keilförmiger Deformation:	eines Halswirbels	12%
	eines Rückenwirbels	5%
	12° dorsal	10%
	eines Lendenwirbels	10%
Folgeerscheinungen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule mit Muskelkontraktion und Einschränkung der Kopfbewegung		1%
Zustand nach Verletzung des seitlichen Meniskus, unabhängig von der anwendbaren Behandlung		3%
Instabilität des Knies durch vollständige Läsion des vorderen Kreuzbandes		9%

Art. 5.5 Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität durch einen Unfall wird basierend auf der nachstehenden **ENTSCHÄDIGUNGSTABELLE** ausgezahlt, indem auf die Versicherungssumme für die vollständige bleibende

de Invalidität der zu liquidierende Prozentsatz angewendet wird, der dem gemäß den Kriterien in Art. 5.4 festgestellten Invaliditätsgrad entspricht.

ENTSCHÄDIGUNGSTABELLE Grundbedingungen

Festgestellter Invaliditätsgrad	Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz Grundgarantie	Festgestellter Invaliditätsgrad	Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz Grundgarantie
1	1	51	100
2	2	52	100
3	3	53	100
4	4	54	100
5	5	55	100
6	6	56	100
7	7	57	100
8	8	58	100
9	9	59	100
10	10	60	100
11	11	61	100
12	12	62	100
13	13	63	100
14	14	64	100
15	15	65	100
16	16	66	100
17	17	67	100
18	18	68	100
19	19	69	100
20	20	70	100
21	21	71	100
22	22	72	100
23	23	73	100
24	24	74	100
25	25	75	100
26	26	76	100
27	27	77	100
28	28	78	100
29	29	79	100
30	30	80	100
31	31	81	100
32	32	82	100
33	33	83	100
34	34	84	100
35	35	85	100
36	36	86	100
37	37	87	100
38	38	88	100
39	39	89	100
40	40	90	100
41	41	91	100
42	42	92	100
43	43	93	100
44	44	94	100
45	45	95	100
46	46	96	100
47	47	97	100
48	48	98	100
49	49	99	100
50	100	100	150

Art. 5.5.1 - Durch Kraftanstrengung verursachte traumatische Bauchhernien

Die bleibende Invalidität infolge einer durch Kraftanstrengung verursachten traumatischen Bauchhernie wird folgendermaßen entschädigt:

- Ist die Hernie nach ärztlicher Meinung operierbar, zahlt das Versicherungsunternehmen keinerlei Entschädigung.
- Ist die Hernie nach ärztlicher Meinung inoperabel, zahlt das Versicherungsunternehmen die Entschädigung auf der Basis des eventuell verbleibenden Invaliditätsgrad, der in jedem Fall nicht höher als 10% der bleibenden Invalidität insgesamt bewertet wird.

Bei Beanstandungen über die Operierbarkeit und die Art der Hernie kann die Entscheidung einem Ärztekollegium übertragen werden, wie in Art. 5.11 "Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung" vorgesehen.

Art. 5.5.2 - Achillessehnenriss

Bei einem Achillessehnenriss gilt die in Art. 5.5 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" angeführte Entschädigungstabelle als unwirksam.

Das Versicherungsunternehmen erkennt unabhängig vom verbleibenden Invaliditätsgrad eine Pauschalentschädigung in Höhe von 2% der für bleibende Invalidität vorgesehenen Versicherungssumme und maximal bis 1.000,00 € an.

Art. 5.5.3 - Naturkatastrophen

Die unter dem vorangegangenen Art. 5.5 "Bleibende Invalidität - Entschädigungskriterien" aufgeführte Tabelle gilt nicht für Unfälle, die durch folgende Naturkatastrophen hervorgerufen wurden: Erdbeben, Vulkanausbrüche, Seebeben, Überschwemmungen und Hochwasser.

Die Entschädigung in Bezug auf den festgestellten Grad der bleibenden Invalidität wird mit Abzug eines absoluten Selbstbehalts in Höhe von 10% ausgezahlt. Bei einer festgestellten bleibenden Invalidität über 50% zahlt das Unternehmen die Entschädigung ohne Abzug der Selbstbehalte.

Art. 5.6 - Entschädigungskriterien der Garantie "Rückerstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen"

Das Versicherungsunternehmen hat die Gesellschaft

UniSalute S.p.A. (nachfolgend "UniSalute") mit der Verwaltung, Bearbeitung und Auszahlung der Schadensfälle in Bezug auf die Rückerstattung der Unfallkosten für medizinische Behandlungen beauftragt.

Art. 5.6.1 - Schadensmeldung und Pflichten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten

Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind, muss der Versicherte die rund um die Uhr besetzte Einsatzzentrale der UniSalute S.p.A. unter der gebührenfreien Rufnummer 800 212477 in Italien bzw. unter der Rufnummer +39 051 6389048 aus dem Ausland kontaktieren und die geforderte Leistung genau angeben.

Nach Bewertung des Antrags wird die Einsatzzentrale einen Termin mit der Gesundheitseinrichtung vereinbaren und dem Versicherten die Angaben zum Termin mitteilen.

Sollte es aufgrund der von der Gesundheitseinrichtung bescheinigten Dringlichkeit nicht möglich sein, sich vorab an die Einsatzzentrale zu wenden, werden die Kosten gemäß den Bestimmungen in den folgenden Artikeln 5.6.2 "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind", 5.6.3 "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen oder bei Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind" oder 5.6.4 "Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes" liquidiert.

Nimmt der Versicherte Leistungen einer vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtung in Anspruch, ohne zuvor die Einsatzzentrale kontaktiert zu haben und demzufolge die vereinbarten Tarife nicht angewendet werden können, erfolgt die Rückerstattung der getragenen Kosten mit den Modalitäten in Art. 5.6.3 "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen oder bei Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind" und in Art. 2.4.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Buchstabe C1) "Modalitäten für die Leistungserbringung", Buchstabe b) "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind".

5.6.2 - Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind.

Der Versicherte muss der Vertragsstruktur bei der Durchführung der Leistung ein Ausweisdokument sowie die Verschreibung des behandelnden Arztes mit

Angabe der Art der Erkrankung und der angeforderten diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen vorlegen.

Bei einer stationären Behandlung muss der Versicherte zudem bei seiner Einweisung in das Krankenhaus die Verpflichtungserklärung und bei seiner Entlassung die Kostenbelege als Nachweis der erhaltenen Leistungen unterzeichnen.

Bei einer ambulanten Leistung muss der Versicherte die Ausgabenbelege zur Bescheinigung der erhaltenen Leistungen unterschreiben.

UniSalute wird der Vertragsstruktur die Gebühren für die genehmigten medizinischen Leistungen direkt vergüten. Zu diesem Zweck ermächtigt der Versicherte die UniSalute zur Zahlung des Gesamtbetrags für die aufgewandten und von der Garantie abgedeckten medizinischen Ausgaben an die Vertragsstrukturen/ Vertragsärzte.

Die Gesundheitseinrichtung kann jedoch weder Zahlungen vom Versicherten fordern noch ihm gegenüber Regressansprüche geltend machen, mit Ausnahme von Forderungen in Bezug auf Kosten für Leistungen, die nicht in den vertraglichen Garantien vorgesehen sind, die die Versicherungssumme übersteigen oder nicht genehmigt wurden.

Falls während der stationären oder ambulanten Behandlung in einer Vertragsstruktur die Leistung eines Arztes erbracht wird, der nicht vertraglich an die UniSalute gebunden ist, werden sämtliche Kosten mit den Modalitäten beglichen, die in Art. 5.6.3 "Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind" und in Art. 2.4.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Punkt C1) "Modalitäten für die Leistungserbringung", Buchstabe b) "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind" beschrieben sind.

Werden Leistungen erbracht, die nicht im Vertrag vorgesehen sind und/oder nicht von UniSalute genehmigt wurden, sorgt der Versicherte direkt im vertraglich gebundenen Gesundheitszentrum für deren Zahlung.

5.6.3 - Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.

Für die Rückerstattung der aufgewendeten Kosten muss der Versicherte der UniSalute S.p.A. unter nachstehender Anschrift die nachfolgend angegebenen Unterlagen zusenden: - Rimborsi UnipolSai -

c/o CMPBO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO";

- das ordnungsgemäß und in all seinen Teilen ausgefüllte und unterzeichnete Formular für die Schadensmeldung

- bei einer stationären Aufnahme die mit dem Original übereinstimmende Krankenakte und bei ambulanten Behandlungen die Kopie der ärztlichen Verschreibungen.

Der Versicherte muss in die von UniSalute eventuell angeforderten ärztlichen Kontrolluntersuchungen einwilligen und dieser alle medizinischen Informationen in Bezug auf die angezeigte Krankheit übermitteln, wobei er die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben, vom diesbezüglichen Berufsgeheimnis entbindet.

Die Zahlung der Summe, die dem Versicherten zusteht, erfolgt, nachdem bei der UniSalute innerhalb von 45 Tagen ab Empfang der notwendigen und vollständigen Unterlagen zur Bewertung des Schadensfalls die Fotokopie der Dokumente für die getragenen Kosten (Kostenaufstellung und Belege) eingereicht wurden, aus denen die entsprechende Zahlungsquittierung hervorgeht.

Hat der Versicherte bei anderen Versicherern einen Antrag auf Rückerstattung für denselben Versicherungsfall eingereicht und diese Rückerstattung tatsächlich erhalten, wird dem Versicherten ausschließlich der Betrag ausgezahlt, der zu seinen Lasten geht. Die Auszahlung des genannten Betrags erfolgt nach den Modalitäten gemäß Art 2.4.2 "Wählbare Zusatzgarantien" Punkt C1) "Modalitäten für die Leistungserbringung", Buchstabe b) "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind", abzüglich der Summe, die Dritten bereits zurückerstattet wurde, deren Höhe dokumentiert und bescheinigt sein muss.

Art. 5.6.4 - Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes

Für die stationären und ambulanten Behandlungen in Einrichtungen des staatlichen Gesundheitsdienstes oder in akkreditierten Gesundheitseinrichtungen erfolgt die Liquidation der aufgewendeten Kosten nach den Modalitäten in den Artikeln 5.6.2 "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind" oder 5.6.3 "Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind".

Art. 5.6.5 - Verwaltung der Kostenunterlagen

a) Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind.

Die Kostenunterlagen für medizinische Leistungen in Vertragsstrukturen, die von UniSalute genehmigt wurden, werden dem Versicherten direkt von der Gesundheitseinrichtung ausgehändigt.

b) Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.

Um den Versicherten in Bezug auf den Stand seiner Anträge auf Rückerstattung auf dem Laufenden zu halten, wird ihm UniSalute folgende Zusammenstellungen zusenden:

- monatliche Aufstellung der Anträge auf Rückerstattung in Erwartung der Dokumentation, die im vergangenen Monat ausgezahlt oder nicht liquidiert wurden;
- jährliche Aufstellung der gesamten Kostenunterlagen, die während des gesamten Jahres eingereicht wurden, mit Angabe des geforderten Betrags, des ausgezahlten Betrags und des allfälligen Kostenanteils, der zulasten des Versicherten verbleibt.

Art. 5.6.6 - Pflicht zur Rückzahlung von ungeschuldet gezahlten Beträgen

Wenn bei medizinischen Leistungen in einer Gesundheitseinrichtung, sei diese nun ein Vertragspartner oder nicht, festgestellt werden sollte, dass die Versicherung nicht greift oder unwirksam ist, wird dies dem Versicherten mitgeteilt. Im Sinne und kraft Artikel 2033 des italienischen Zivilgesetzbuchs muss der Versicherte der UniSalute alle Beträge zurückzahlen, die der Gesundheitseinrichtung ungeschuldet gezahlt bzw. dem Kunden zurückerstattet wurden.

Art. 5.7 - Entschädigungskriterien der Garantien "Tagessätze für den Unfall"

Für die Entschädigung der garantierten Leistungen in den Garantien "Tagessätze für den Unfall" gemäß Art. 2.4.2 "Wählbare Zusatzgarantien" gelten die in den einzelnen Garantieabschnitten vorgesehenen Bestimmungen.

Art. 5.8 - Auszahlung der Pauschalentschädigung für einen komatösen Zustand

Das Unternehmen zahlt die vorgesehene Pauschalentschädigung nach Erhalt der geeigneten medizinischen Unterlagen der zuständigen Krankenhausbehörde, die den infolge des Unfalls eingetretenen komatösen Zustand nachweisen.

Die Versicherung wird an den Versicherten ausgezahlt, insofern dies möglich ist. Andernfalls erfolgt die Auszahlung zu gleichen Anteilen an die benannten Begünstigten oder wenn diese nicht benannt wurden, an den nicht getrennt lebenden Ehepartner des Versicherten, an seine Kinder und Nachkommen, oder wenn keine der o.g. Personen existiert, an die Vorfahren. Wenn der Versicherte nach Auszahlung der Entschädigung aus dem Koma erwacht, verzichtet er auf jegliche Eintreibung und/oder Regressansprüche gegenüber dem Versicherungsunternehmen, wobei diesbezüglich nur die tatsächlichen Empfänger der Versicherungssummen als passiv legitimiert berücksichtigt werden.

Art. 5.9 - Entschädigungsvorschuss

A) Bleibende Invalidität

Nach 120 Tagen ab dem Einreichungsdatum der Schadensmeldung kann der Versicherte die Zahlung eines Vorschusses in Höhe von 50% der voraussichtlichen Entschädigung verlangen. Der Vorschuss wird bis maximal 50.000 € gewährt und bei endgültiger Schadensliquidation verrechnet. Dieser Vorschuss wird unter folgenden Bedingungen gewährt:

- 1) Es bestehen keine Zweifel über die Entschädigungsfähigkeit des Unfalls.
- 2) Anhand einer geeigneten Bescheinigung eines Rechtsmediziners ist ein Invaliditätsgrad von über 5% zu erwarten.

Das Versicherungsunternehmen sorgt für die Auszahlung innerhalb von 30 Tagen ab dem Zeitpunkt, in dem das Vorliegen der Bedingungen geprüft werden konnte, die das Recht auf einen Vorschuss begründen. Unbeschadet davon bleibt das Recht des Unternehmens auf Rückerstattung, wenn Umstände eintreten, die zu einer auch nur teilweisen Unwirksamkeit der Versicherungsgarantie führen.

B) Entschädigung für die stationäre Behandlung bzw. für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit

Bei einem Unfall, der zu einer durch geeignete medizinische Unterlagen dokumentierten stationären

Behandlung von mindestens 60 Tagen ohne Unterbrechung führt, kann der Versicherte eine Vorauszahlung in Höhe von 30 Tagen als Vorschuss auf die zustehende Entschädigung beantragen.

Die Vorauszahlung stellt keine endgültige Anerkennung des Rechts auf die vereinbarte Entschädigung dar. Sollte im Anschluss festgestellt werden, dass die Voraussetzungen für das Recht auf Entschädigung nicht erfüllt sind, verpflichtet sich der Versicherte daher, die Summe zurückzuerstatten, die er als Vorschuss erhalten hat.

Art. 5.10 – Verzicht auf Regressnahme

Das Unternehmen verzichtet auf jegliche Regressnahme für die gezahlten Entschädigungen, sodass die Rechte des Versicherten oder seiner Anspruchsberechtigten gegenüber möglichen Verantwortlichen des Unfalls vollständig erhalten bleiben.

Art. 5.11 - Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung

Streitigkeiten medizinischer Natur über die Entschädigungsfähigkeit des Schadensfalls und über die Ursache, die Art und die Folgen des Unfalls können die Parteien mit schriftlicher Mitteilung an ein Kollegium bestehend aus drei Ärzten übertragen, wobei jeweils einer der Ärzte durch eine der Parteien und der dritte Arzt im gegenseitigen Einvernehmen bestellt wird. Bei Uneinigkeit wird der dritte Arzt durch die Ärztekammer benannt, die für den Ort zuständig ist, an dem das Ärztekollegium zusammentreten soll.

Das ärztliche Kollegium hat seinen Sitz in der Gemeinde mit rechtsmedizinischer Stelle, die am nächsten zum Wohnort des Versicherten liegt, selbst wenn der Versicherte nicht der Versicherungsnehmer sein sollte.

Jede Partei trägt die Ausgaben für den eigenen Rechtsmediziner. Die Kosten des dritten Gutachters gehen zulasten der unterliegenden Partei.

Die Entscheidungen des Ärztekollegiums erfolgen unter Befreiung von allen gesetzlichen Formalitäten mit der Mehrheit der Stimmen, die für die Parteien bindend sind, welche bereits vorab auf jede Anfechtung verzichten, mit Ausnahme der Fälle von Verletzungen, Schuld, Fehlern sowie Verletzung vertraglicher Abmachungen. In jedem Fall können das Unternehmen und der Versicherungsnehmer gerichtliche Schritte in Bezug auf die Entschädigungsfähigkeit des Schadens-

falls einleiten.

Die Ergebnisse der gutachterlichen Tätigkeiten müssen in einem Protokoll aufgezeichnet werden, das in zwei Ausfertigungen – jeweils eine für jede der Parteien – abzufassen ist. Dieses Gutachten ist auch dann gültig, wenn es von einem der Ärzte nicht unterzeichnet worden sein sollte.

Die Entscheidungen des Ärztekollegiums sind für die Parteien bindend, auch wenn einer der Ärzte sich weigert, das entsprechende Protokoll zu unterzeichnen. Diese Weigerung muss von den Schlichtern im Schlussprotokoll bescheinigt werden.

Bestimmungen zum Abschnitt SICHER UNTERWEGS

Art. 5.12 – Pflichten im Schadensfall

Der Versicherte muss:

- der Agentur, der der Vertrag zugewiesen ist, oder der Direktion des Versicherungsunternehmens das Datum und den Ort des Schadensfalls, die vermutliche Ursache, die zu diesem Ereignis geführt hat, die sofort feststellbaren Folgen, den Schadenshergang sowie die geschätzte Schadenshöhe innerhalb von 10 Tagen ab dem Schadensdatum oder ab dem Tag, an dem er die Möglichkeit dazu hatte, schriftlich mitteilen.

Zudem muss der Versicherte den Schadensfall den zuständigen Behörden melden und eine Kopie der Anzeige an die Agentur oder die Direktion des Versicherungsunternehmens übermitteln.

Die Nichterfüllung dieser Pflicht kann zum völligen oder teilweisen Verlust des Rechts auf Entschädigung führen, wie in Art. 1915 des italienischen Zivilgesetzbuches vorgesehen.

Art. 5.13 - Vorsätzliche Übertreibung der Schadenshöhe

Der Versicherte, der vorsätzlich die Schadenshöhe übertreibt, indem er gestohlene Sachen angibt, die bei Schadenseintritt in Wirklichkeit nicht vorhanden waren, nicht gestohlene Sachen verbirgt, unterschlägt oder verändert, unwahre oder betrügerische Mittel oder Unterlagen als Beweismittel nutzt, materielle Indizien für die Straftat, Spuren und Überreste des Schadens verfälscht, verliert jeglichen Anspruch auf Entschädigung.

Art. 5.14 - Kriterien zur Bewertung des Schadens

Vorausgeschickt, dass die Versicherung in der Form der Erstrisikoversicherung abgeschlossen wird und die Garantieförm den Neuwert betrifft, erfolgt die Feststellung des liquidierbaren Schadens auf folgende Weise:

- Der liquidierbare Schaden beläuft sich auf die Höhe der Kosten zur Wiederbeschaffung der verlorengegangenen Sachen, um sie durch neue, gleiche oder gleichwertige Sachen in Bezug auf die Verwendung, Qualität, Leistungsmerkmale und Funktionalität zu ersetzen, abzüglich der Wiedererlangungskosten. Bei beschädigten Sachen entspricht der liquidierbare Schaden hingegen den Reparaturkosten, oder wenn dies kostengünstiger ist, den wie oben festgelegten Kosten für die Wiederbeschaffung.

Zudem wird Folgendes vereinbart:

- Da die Versicherung in der Form der Erstrisikoversicherung abgeschlossen wird, übernimmt das Unternehmen die Schäden bis zum Erreichen der Versicherungssumme, ohne Anwendung der Verhältnismäßigkeitsregel, unabhängig davon, welchen Gesamtwert die versicherten Sachen zum Schadenszeitpunkt hatten.
- Bei jedem Schadensfall erkennt das Unternehmen jedoch keine Summen an, die die Versicherungssumme übersteigen. Unbeschadet davon bleiben die Bestimmungen in Artikel 1914 des italienischen Zivilgesetzbuchs in Bezug auf die Rettungskosten und die anderslautenden Vereinbarungen im Vertrag.

Art. 5.15 - Wiedererlangung der gestohlenen Sachen

Wenn die gestohlenen Sachen ganz oder teilweise wiedererlangt werden, muss der Versicherte das Versicherungsunternehmen benachrichtigen, sobald er Kenntnis davon bekommen hat. Die wiedererlangten Sachen werden Eigentum des Versicherungsunternehmens, wenn es den Schaden vollständig ersetzt hat. Hat das Unternehmen den Schaden nur teilweise ersetzt, wird der Wert der wiedererlangten Sachen

zu gleichen Anteilen zwischen dem Versicherten und dem Unternehmen aufgeteilt.

Der Versicherte hat die Möglichkeit, die wiedererlangten Sachen zu behalten, wenn der dem Unternehmen den als Entschädigung erhaltenen Betrag für diese Sachen zurückerstattet.

Der Versicherte hat das Recht, gestohlene Sachen dem Unternehmen zu überlassen, die erst nach **60 Tagen** ab dem Datum der Schadensmeldung wieder aufgefunden wurden.

Bestimmungen zum Abschnitt ASSISTENZ

Art. 5.16 - Modalitäten für die Anforderung von Assistenzleistungen und Schadensmeldung

Bei jeder Anforderung von Assistenzleistungen muss der Versicherte unverzüglich die rund um die Uhr besetzte Einsatzzentrale der UniSalute S.p.A. unter der gebührenfreien Rufnummer 800 212477 in Italien bzw. unter der Rufnummer +39 051 6389048 aus dem Ausland kontaktieren und dabei Folgendes angeben.

- die Personalien der Person, für die die Assistenzleistung beantragt wird;
- Angaben zum Ort, an dem die Hilfeleistung benötigt wird;
- die Nummer der Police (des Versicherungsscheins);
- den Namen des Versicherungsnehmers;
- das eventuelle Fahrzeugkennzeichen;
- welche Garantie der Versicherte in Anspruch nehmen möchte.

Das Unternehmen ist zum Zweck der Auszahlung berechtigt, zusätzlich zu den im Vertrag vorgesehenen Dokumenten weitere Unterlagen anzufordern. Der Versicherte verpflichtet sich darüber hinaus, auf Anfrage des Unternehmens alle Unterlagen einzureichen, die das Recht auf die Leistungen belegen.

Texte der Paragraphen aus dem italienischen Zivilgesetzbuch, dem italienischen Luft- und Schifffahrtsgesetz und der italienischen Zivilprozessordnung

ITALIENISCHES ZIVILGESETZBUCH

Art. 58 - Todeserklärung für eine verschollene Person

Sind seit dem Tag der letzten Nachricht vom Verschollenen zehn Jahre vergangen, kann das gemäß Artikel 48 zuständige Gericht auf Antrag der Staatsanwaltschaft oder einer der in den Absätzen des Artikels 50 angegebenen Personen durch Urteil den Tod der verschollenen Person und als Todestag jenen erklären, auf den die letzte Nachricht zurückgeht.

Auf keinen Fall darf das Urteil ergehen, wenn nicht neun Jahre seit dem Erreichen der Volljährigkeit der verschollenen Person vergangen sind.

Die Todeserklärung kann auch dann ausgesprochen werden, wenn keine Verschollenheitserklärung erfolgt ist.

Art. 60 – Sonstige Fälle eines Antrags auf Todeserklärung

Neben dem in Artikel 58 angeführten Fall kann die Todeserklärung in folgenden Fällen ausgesprochen werden:

1) wenn jemand vermisst wird, der an kriegerischen Handlungen teilgenommen hat, sei es als Angehöriger bewaffneter Verbände oder in deren Gefolge, oder bei solchen jedenfalls anwesend war, und über den Vermissten keine Nachrichten mehr eingegangen sind und seit Inkrafttreten des Friedensvertrags zwei Jahre vergangen sind oder wenn in Ermangelung eines Friedensvertrags seit dem Ende des Jahres, in dem die Feindseligkeiten eingestellt wurden, drei Jahre verstrichen sind;

2) wenn jemand in feindliche Gefangenschaft geraten oder vom Feind interniert oder sonst wie ins Ausland verschleppt worden ist und seit Inkrafttreten des Friedensvertrags zwei Jahre vergangen sind oder wenn in Ermangelung eines solchen seit dem Ende des Jahres, in dem die Feindseligkeiten eingestellt wurden, drei Jahre vergangen sind, ohne dass nach dem Inkrafttreten des Friedensvertrags oder nach der Einstellung der Feindseligkeiten Nachrichten über ihn eingegan-

gen sind;

3) wenn jemand infolge eines Unglücks vermisst wird und über ihn zwei Jahre seit dem Tag des Unglücks oder, wenn dieser Tag nicht bekannt ist, zwei Jahre seit dem Ende des Monats oder, wenn auch der Monat nicht bekannt ist, seit dem Ende des Jahres, in dem sich das Unglück ereignet hat, keine Nachrichten mehr eingegangen sind.

Art. 62 – Bedingungen und Formen des Antrags auf Todeserklärung

In den in Artikel 60 genannten Fällen kann die Todeserklärung beantragt werden, wenn die vom Gesetz für die Ausstellung des Totenscheins verlangten Ermittlungen nicht umgesetzt werden konnten. Diese Erklärung wird auf Antrag der Staatsanwaltschaft oder einer der in den Absätzen des Artikels 50 bezeichneten Personen mit einem Urteil des Gerichts ausgesprochen.

Ist das Gericht der Ansicht, dem Antrag auf Todeserklärung nicht stattgeben zu können, so kann es die Verschollenheit des Vermissten erklären.

Art. 1341 - Allgemeine Vertragsbedingungen

Die durch einen der Vertragspartner vorgesehenen allgemeinen Vertragsbedingungen sind gegenüber dem anderen wirksam, wenn dieser sie zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses kannte oder bei Anwendung der gewöhnlichen Sorgfalt hätte kennen müssen.

Wenn sie nicht ausdrücklich schriftlich angenommen werden, sind die Bedingungen zugunsten der Vertragspartei, die sie im voraus aufgestellt hat, in jedem Fall unwirksam, die Haftungsbeschränkungen vorsehen oder das Recht vom Vertrag zurückzutreten oder seine Ausführung auszusetzen sowie jene Bedingungen, die zulasten der anderen Vertragspartei Verwirkungen, Beschränkungen der Befugnis zur Erhebung von Einwendungen, die Einschränkung der Vertragsfreiheit in den Beziehungen zu Dritten, die stillschweigende Verlängerung oder Erneuerung des Vertrages, Schiedsklauseln oder Abänderungen der Zuständigkeit der Gerichte vorsehen.

Art. 1342 - Vertragsabschluss unter Verwendung von Formblättern oder Vordrucken

Bei Verträgen, die durch Unterzeichnung von Formblättern oder Vordrucken abgeschlossen werden, die zur einheitlichen Regelung bestimmter Vertragsverhältnisse im voraus aufgestellt worden sind, haben die dem Formblatt oder dem Vordruck hinzugefügten Klauseln den Vorrang vor solchen Klauseln im Formblatt oder Vordruck, mit denen sie unvereinbar sind, selbst wenn letztere nicht ausgestrichen worden sind. Außerdem ist die Bestimmung im zweiten Absatz des vorhergehenden Artikels zu beachten.

Art. 1892 – Unzutreffende Erklärungen und Verschweigen von Tatsachen aus Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit

Unrichtige Erklärungen und das Verschweigen von Umständen durch den Versicherungsnehmer, aufgrund derer der Versicherer bei Kenntnis des wahren Sachverhalts in den Vertrag überhaupt nicht oder nicht zu denselben Bedingungen eingewilligt hätte, sind ein Grund für die Nichtigkeit des Vertrages, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt hat.

Der Versicherer verliert das Recht auf die Anfechtung des Vertrages, wenn er nicht innerhalb von drei Monaten von dem Tag an, an dem er von der Unrichtigkeit der Erklärung oder der Verschweigung der Tatsachen erfahren hat, dem Versicherungsnehmer gegenüber erklärt, die Anfechtung auszuüben.

Der Versicherer hat Anspruch auf die Prämien für den laufenden Versicherungszeitraum, in den der Zeitpunkt fällt, an dem er die Nichtigkeit geltend gemacht hat. In jedem Fall hat er Anspruch auf die für das erste Jahr vereinbarte Prämie. Wenn der Schadensfall vor Ablauf der im vorhergehenden Absatz genannten Frist eintritt, ist er nicht zur Zahlung der Versicherungssumme verpflichtet. Wenn die Versicherung mehrere Personen oder mehrere Sachen betrifft, ist der Vertrag hinsichtlich jener Personen oder jener Sachen gültig, die von der unrichtigen Erklärung oder vom Verschweigen von Tatsachen nicht betroffen sind.

Art. 1893 – Unzutreffende Erklärungen und Verschweigen von Tatsachen ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit

Wenn der Versicherungsnehmer ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit gehandelt hat, sind die unrichti-

gen Erklärungen und das Verschweigen von Tatsachen kein Grund für eine Nichtigkeitserklärung des Vertrages, jedoch kann der Versicherer von diesem Vertrag durch eine Erklärung zurücktreten, die er dem Versicherten gegenüber innerhalb von drei Monaten ab jenem Tag mitzuteilen hat, an dem er von der Unrichtigkeit der Erklärung oder dem Verschweigen einer Tatsache Kenntnis erhalten hat.

Wenn der Schadensfall eintritt, bevor die Unrichtigkeit der Erklärung oder das Verschweigen einer Tatsache dem Versicherer bekannt geworden ist oder bevor dieser seinen Rücktritt vom Vertrag erklärt hat, wird die geschuldete Summe anteilmäßig zur Differenz zwischen der vereinbarten Prämie und jener Summe gekürzt, die bei Kenntnis des wahren Sachverhaltes berechnet worden wäre.

Art. 1894 – Versicherung im Namen oder auf Rechnung Dritter

Bei Versicherungen im Namen oder auf Rechnung Dritter, wenn diese von der Unrichtigkeit der Erklärungen oder vom Verschweigen der das Risiko betreffenden Tatsachen Kenntnis haben, sind zugunsten des Versicherers die Bestimmungen der Artikel 1892 und 1893 anzuwenden.

Art. 1897 – Verringerung des Risikos

Wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer Änderungen mitteilt, die eine derartige Verringerung des Risikos bewirken, dass sie, sofern sie im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre, zur Vereinbarung einer niedrigeren Prämie geführt hätte, darf der Versicherer ab Fälligkeit der Prämie oder der Prämienrate, die auf die vorgenannte Mitteilung folgt, nur mehr die niedrigere Prämie verlangen; er ist jedoch befugt, innerhalb von zwei Monaten ab dem Tag, an dem die Mitteilung an ihn ergangen ist, vom Vertrag zurückzutreten.

Die Erklärung des Rücktritts vom Vertrag erlangt nach einem Monat Wirkung.

Art. 1898 – Erhöhung des Risikos

Der Versicherungsnehmer hat die Pflicht, den Versicherer sofort Änderungen mitzuteilen, die das Risiko derart erhöhen, sodass der Versicherer einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt oder nur gegen eine höhere Prämie zugestimmt hätte, wenn der neue Sachverhalt zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses

schon bestanden hätte und dem Versicherer bekannt gewesen wäre.

Der Versicherer kann vom Vertrag zurücktreten, indem er dies dem Versicherten innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem er die Benachrichtigung erhalten hat oder von der Erhöhung des Risikos auf andere Weise Kenntnis erlangt hat, schriftlich mitteilt.

Der Rücktritt des Versicherers hat sofortige Wirkung, wenn die Risikoerhöhung derart ist, dass der Versicherer einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt hätte. Der Rücktritt wird nach fünfzehn Tagen wirksam, wenn die Risikoerhöhung derart ist, dass für die Versicherung eine höhere Prämie verlangt worden wäre. Dem Versicherer stehen die Prämien für den Versicherungsabschnitt zu, in den der Zeitpunkt der Mitteilung der Rücktrittserklärung fällt. Wenn der Schadensfall vor Ablauf der Fristen für die Mitteilung und Wirksamkeit des Rücktritts eintritt, haftet der Versicherer nicht, wenn die Erhöhung des Risikos so beschaffen ist, dass er, sofern der neue Sachverhalt zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hätte, einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt hätte. Andernfalls wird der geschuldete Betrag herabgesetzt, unter Berücksichtigung des Verhältnisses zwischen der im Vertrag festgesetzten Prämie und jener, die festgesetzt worden wäre, wenn das höhere Risiko im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hätte.

Art. 1899 – Dauer der Versicherung

Die Versicherung hat Wirkung ab vierundzwanzig Uhr des Tages, an dem der Vertrag abgeschlossen wurde, bis vierundzwanzig Uhr des letzten Tages der im Vertrag festgesetzten Geltungsdauer. Alternativ zur Versicherung mit einjähriger Dauer kann der Versicherer einen Versicherungsschutz mit mehrjähriger Dauer anbieten, für die er einen Nachlass auf die Prämien gewährt, die für denselben Versicherungsschutz im Jahresvertrag vorgesehen ist. Wenn der Vertrag länger als fünf Jahre besteht, hat der Versicherte in diesem Fall nach Ablauf der fünf Jahre unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechzig Tagen das Recht, vom Vertrag zurücktreten, wobei der Rücktritt am Ende des Versicherungsjahrs rechtskräftig wird, in dem das Rücktrittsrecht ausgeübt wurde.

Der Vertrag kann einmal oder mehrmals stillschweigend verlängert werden, jedoch gilt jede stillschweigende Verlängerung für nicht mehr als zwei Jahre.

Die Vorschriften dieses Artikels finden auf Lebensversicherungen keine Anwendung.

Art. 1901 – Nichtbezahlung der Prämie

Wenn der Versicherungsnehmer die Prämie oder die erste laut Vertrag festgesetzte Prämienrate nicht bezahlt, bleibt die Versicherung bis vierundzwanzig Uhr des Tages ausgesetzt, an dem der Versicherungsnehmer seine Schuld begleicht. Wenn der Versicherungsnehmer die weiteren Prämien zu den vereinbarten Fälligkeiten nicht bezahlt, bleibt die Versicherung ab vierundzwanzig Uhr des fünfzehnten auf die Fälligkeit folgenden Tages ausgesetzt. In den in den vorhergehenden beiden Absätzen vorgesehenen Fällen ist der Vertrag kraft Gesetzes aufgehoben, wenn der Versicherer die Zahlung nicht innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Fälligkeit der Prämie oder der Rate gerichtlich betreibt.

Der Versicherer hat lediglich Anspruch auf Zahlung der Prämie für den laufenden Versicherungszeitraum und auf den Ersatz der Kosten. Diese Bestimmung findet auf Lebensversicherungen keine Anwendung.

Art. 1907 - Unterversicherung

Wenn die Versicherung den Wert, den die versicherte Sache zum Schadenszeitpunkt hatte, nur zu einem Teil abdeckt, haftet der Versicherer für die Schäden im Verhältnis zum genannten Teil, sofern nichts anderes vereinbart worden ist.

Art. 1910 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern

Wenn für ein und dasselbe Risiko gesondert mehrere Versicherungsverträge bei verschiedenen Versicherern abgeschlossen worden sind, muss der Versicherte jeden Versicherer über alle Versicherungsverhältnisse benachrichtigen. Wenn der Versicherte die Benachrichtigung vorsätzlich unterlässt, sind die Versicherer nicht zur Zahlung der Entschädigung verpflichtet. Bei Eintritt eines Schadensfalls muss der Versicherte alle Versicherer gemäß Artikel 1913 benachrichtigen und jedem von ihnen die Namen der übrigen bekanntgeben. Der Versicherte kann von jedem der Versicherer die gemäß dem jeweiligen Vertrag zustehende Entschädigung fordern, solange die insgesamt erhaltenen Beträge den Gesamtbetrag des Schadens nicht übersteigen. Dem Versicherer, der gezahlt hat, steht gegenüber den anderen ein Regressrecht zur Aufteilung

in dem Verhältnis zu, das den gemäß den einzelnen Verträgen geschuldeten Entschädigungen entspricht. Wenn ein Versicherer zahlungsunfähig ist, wird sein Anteil unter den übrigen Versicherern aufgeteilt.

Art. 1912 - Erdbeben, Krieg, Aufstand, Unruhen

Vorbehaltlich einer anderslautenden Vereinbarung haftet der Versicherer nicht für Schäden, die durch Erschütterungen der Erdoberfläche, durch Krieg, durch einen Aufstand oder durch Unruhen verursacht worden sind.

Art. 1913 – Benachrichtigung des Versicherers bei einem Schadensfall

Der Versicherte hat dem Versicherer oder dem zum Abschluss des Vertrags ermächtigten Agenten einen Schadensfall zu melden, und zwar innerhalb von drei Tagen ab jenem Tag, an dem sich der Schadensfall ereignet hat oder der Versicherte davon Kenntnis erlangt hat. Die Benachrichtigung ist nicht notwendig, wenn der Versicherer oder der zum Abschluss des Vertrags ermächtigte Agent innerhalb der genannten Frist an Rettungsmaßnahmen oder an Maßnahmen zur Ermittlung des Schadensfalls teilnimmt. Bei Versicherungen gegen Viehsterben hat die Benachrichtigung vorbehaltlich einer anderslautenden Vereinbarung innerhalb von vierundzwanzig Stunden zu erfolgen.

Art. 1914 – Pflicht zur Rettung

Der Versicherte muss alles ihm Mögliche tun, um den Schaden zu verhindern oder zu reduzieren.

Die vom Versicherten zu diesem Zweck aufgewendeten Kosten gehen nach jenem Verhältnis zulasten des Versicherers, in dem der Versicherungswert zum Wert der versicherten Sache zur Zeit des Schadensfalls steht, selbst wenn ihr Betrag zuzüglich der Schadenssumme die Versicherungssumme übersteigt und der Zweck nicht erreicht worden ist, sofern der Versicherer nicht nachweist, dass die Kosten unüberlegt verursacht worden sind.

Der Versicherer haftet für Sachschäden, die unmittelbar an den versicherten Sachen durch Mittel entstanden sind, die der Versicherte zur Abwendung oder zur Minderung der Schäden eingesetzt hat, sofern er nicht nachweist, dass jene Mittel unüberlegt eingesetzt worden sind.

Das Eingreifen des Versicherers zur Rettung der versicherten Sachen und zu deren Erhaltung beeinträchtigt

nicht dessen Rechte.

Der Versicherer, der an Rettungsmaßnahmen teilnimmt, hat auf Verlangen des Versicherten die Kosten dafür vorzustrecken oder sich an denselben im Verhältnis zum Versicherungswert zu beteiligen.

Art. 1915 – Nichterfüllung der Pflicht zur Benachrichtigung oder Rettung

Der Versicherte, der der Verpflichtung zur Benachrichtigung oder zur Rettung vorsätzlich nicht nachkommt, verliert das Recht auf Entschädigung. Wenn der Versicherte es fahrlässigerweise unterlässt, dieser Verpflichtung nachzukommen, hat der Versicherer das Recht, die Entschädigung im Ausmaß des erlittenen Nachteils zu kürzen.

Art. 2033 - Objektive Nichtschuld

Wer eine nichtgeschuldete Zahlung vorgenommen hat, hat das Recht, das zurückzufordern, was er bezahlt hat. Er hat außerdem Anrecht auf die Erträge und Zinsen vom Tag der Zahlung an, wenn derjenige, der sie erhalten hat, böswillig gehandelt hat, bzw. vom Tag der Geltendmachung an, wenn dieser gutgläubig gehandelt hat.

ITALIENISCHES LUFT- UND SCHIFFFAHRTSGESETZ

Art. 211 - Folgen der Seeverschollenheit.

In den in Artikel 145 der Personenstandsverordnung vorgesehenen Fällen in Bezug auf verschollene Personen an Bord, die ins Meer gestürzt sind, für welche die Todesvoraussetzungen erfüllt sind und deren Leichnam nicht aufgefunden wurde, sowie in den Fällen der Verschollenheit durch Schiffbruch,

bei denen die verschollenen Personen nach Meinung der Schifffahrts- oder Konsularbehörde ums Leben gekommen sind, sorgt die Staatsanwaltschaft nach erhaltender Genehmigung des Gerichts dafür, das Protokoll in das Todesregister übertragen zu lassen. In den anderen Fällen in Bezug auf ins Meer gestürzte und verschollene Personen oder der Verschollenheit durch Schiffbruch wird die Staatsanwaltschaft nach erhaltender Genehmigung des Gerichts das Protokoll an die Behörde übermitteln, die für den Vermerk im Geburtenregister zuständig ist. In solchen Fällen werden die Folgen der Verschollenheit durch die Bestimmungen in Buch I, Teil IV, Abschnitt II des italienischen Zivilgesetzbuchs geregelt, und nach Ablauf von zwei Jahren nach dem Ereignis wird die verschollene Per-

son gemäß Artikel 60, Absatz 3 des genannten ZGB auf Antrag der Staatsanwaltschaft oder einer dazu befugten Personen für tot erklärt.

Art. 838 - Folgen der Verschollenheit.

Die Folgen der Verschollenheit von Bord oder durch Verschwinden des Flugzeugs werden von den Artikeln 211 und 212 geregelt. Die Zuständigkeiten der Schifffahrtsbehörde werden der Behörde für öffentliche Sicherheit zugewiesen.

ITALIENISCHE ZIVILPROZESSORDNUNG

Art. 726 - Antrag auf Todeserklärung

Die Todeserklärung erfolgt auf Antrag, in dem der Vor- und Nachname und der Wohnsitz der mutmaßlichen legitimen Nachfolger der verschollenen Person und seines Handlungsbevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreters, insofern vorhanden, sowie aller anderen Personen angegeben werden müssen, die nach Be-

kanntmachung des Antragstellers durch den Tod der verschollenen Person Rechte verlieren oder durch Verbindlichkeiten belastet werden würden.

Art. 727 - Veröffentlichung des Antrags

Der Vorsitzende des Gerichts ernannt gemäß Artikel 723 einen Richter und ordnet an, dass der Antrag durch den Antragsteller innerhalb der vom Richter festgesetzten Frist als Auszug zweimal hintereinander und in einem Abstand von zehn Tagen im Amtsblatt der Republik und in zwei Zeitungen veröffentlicht wird, mit der Bitte an jeden, der Nachrichten vom Verschollenen hat, diese dem Gericht binnen sechs Monaten ab der letzten Veröffentlichung zukommen zu lassen. Werden alle Anzeigen nicht innerhalb der festgesetzten Frist vorgenommen, gilt der Antrag als fallen gelassen. Der Vorsitzende des Gerichts kann auch andere Formen der Veröffentlichung anordnen.

Ausgabe 15/03/2015

3

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Informationsschreiben für Kunden über die Verwendung seiner Daten und zu seinen Rechten

Art. 13 des Legislativdekret D.Lgs. 196/2003 - Datenschutzgesetz

Sehr geehrter Kundin, sehr geehrte Kunde, um Ihnen die angefragten oder vorgesehenen Versicherungsprodukte und/oder -leistungen zu Ihren Gunsten zu liefern, müssen wir einige Sie betreffende Daten erfassen und verwenden.

Welche Daten erfassen wir?

Es handelt sich um Daten (wie z.B. Vor- und Nachname, Wohnsitz, Geburtsdatum und Geburtsort, Beruf, Telefonnummer und E-Mail-Adresse), die Sie selbst oder andere Personen⁽¹⁾ mitteilen. Diese Daten können auch sensibler Art⁽²⁾ sein, die für die Erbringung der genannten Leistungen und/oder Versicherungsprodukte unbedingt notwendig sind.

In der Regel ist die Weitergabe dieser Daten für den Abschluss des Vertrags und die Verwaltung bzw. Ausführung der Versicherungstätigkeit notwendig. In bestimmten Fällen ist dies gesetzlich oder durch Bestimmungen vorgeschrieben, die von den Justiz- oder Aufsichtsbehörden⁽³⁾ auferlegt werden. Mangels dieser Daten sind wir nicht in der Lage, Ihnen die angefragten Leistungen ordnungsgemäß zu erbringen. Die freiwillige Angabe bestimmter Zusatzdaten (mit Bezug auf Ihre Adressen) kann ferner nützlich sein, um den Versand von Ankündigungen und Dienstmitteilungen zu erleichtern. Ihre Anschrift kann eventuell verwendet werden, um Ihnen per Post Werbe- und Promotionsmaterial über unsere Versicherungsprodukte und Dienstleistungen zuzusenden, die jenen ähneln, die Sie bereits erworben haben, es sei denn, Sie widersetzen sich sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt der Zusendung dieser Mitteilungen (siehe Angaben im Abschnitt "**Welche Rechte haben Sie**").

Warum fragen wir nach Ihren Daten?

Unser Unternehmen verwendet Ihre Daten für Zwecke, die ausschließlich mit der Versicherungstätigkeit und den erbrachten Leistungen⁽⁴⁾ sowie mit den damit zusammenhängenden gesetzlichen Pflichten und der Datenanalyse (ausgenommen sensibler Daten) in Verbindung stehen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach Kriterien in Bezug auf das Produkt, die Merkmale der Police und Informationen über den Schadensverlauf, im Zusammenhang mit statistischen und tariflichen Bewertungen. Sofern dies für die genannten Zwecke und für Verwaltungs- und Rechnungstätigkeiten notwendig ist, können Ihre Daten von anderen Gesellschaften unserer Unternehmensgruppe⁽⁵⁾ erhoben, verwendet und in einem Kundenarchiv der Gruppe

erfasst werden.

Ihre Daten können nur öffentlichen oder privaten Personen außerhalb unseres Unternehmens mitgeteilt werden, die in die Erbringung der Sie betreffenden Versicherungsleistungen bzw. in die erforderlichen Vorgänge zur Erfüllung der Pflichten in Zusammenhang mit der Versicherungstätigkeit⁽⁶⁾ einbezogen sind.

Ihre Daten sensibler Art (wie z. B. Daten über Ihren Gesundheitszustand) dürfen wir nur nach Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeiten.

Wie behandeln wir Ihre Daten?

Ihre Daten werden nicht weitergegeben. Sie werden mit geeigneten Modalitäten und Verfahren, auch mit telematischen Mitteln und Informatiksystemen, verarbeitet, und zwar ausschließlich vom beauftragten Personal der Strukturen unseres Unternehmens, das mit der Lieferung der Sie betreffenden Versicherungsprodukte und Versicherungsleistungen beauftragt ist, sowie von externen Personen unseres Vertrauens, denen wir einige Aufgaben technischer oder organisatorischer Art⁽⁷⁾ anvertrauen.

Welche Rechte haben Sie?

Die Datenschutzbestimmungen (Art. 7-10 D.Lgs. 196/2003) garantieren Ihnen das Recht, jederzeit auf Sie betreffende Daten zuzugreifen und deren Aktualisierung, Ergänzung, Berichtigung oder, falls die Daten rechtswidrig behandelt werden, deren Löschung zu verlangen. Zudem haben Sie das Recht, sich der Verwendung Ihrer Daten zwecks Zusendung von Werbe- und Promotionsmaterial zu widersetzen.

Inhaber der Datenverarbeitung für Ihre Daten ist die UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) mit Sitz in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Zur Ausübung Ihrer Rechte und für nähere Informationen über Personen oder Kategorien von Personen, denen wir die Daten mitteilen oder die von Ihren Daten als Verantwortliche oder Beauftragte Kenntnis erlangen könnten, können Sie sich an den "Verantwortlichen für die Kommunikation mit den betroffenen Personen" bei der UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado Nr. 45 in Bologna (E-Mail privacy@unipolsai.it) wenden.

Zudem können Sie die Internetseite www.unipolsai.it unter dem Abschnitt Datenschutz konsultieren oder sich an Ihren Agenten/Vermittler wenden, wo sie alle Hinweise finden, um jederzeit und ohne Pflichten die Einsendung von Werbe- und Promotionsmaterial für unsere Versicherungsprodukte und Leistungen zu verweigern.

Anmerkungen

- 1) Beispielsweise Versicherungsnehmer von Versicherungen, bei denen Sie als Versicherter oder Begünstigter gelten; eventuelle Mitverpflichtete, andere Versicherungsleister (wie Agenten, Versicherungsunternehmen usw.); Personen, bei denen wir zur Bearbeitung Ihrer Anfragen (z.B. Ausstellung oder Erneuerung eines Versicherungsschutzes, Liquidation eines Schadens usw.) kommerzielle Informationen anfragen; Verbände (z.B. ANIA) und Zusammenschlüsse des Versicherungssektors, sonstige öffentliche Rechtspersonen.
- 2) Es handelt sich um Daten, die nicht nur den Gesundheitszustand betreffen, sondern auch religiöse, weltanschauliche oder andere Überzeugungen, politische Meinungen, die Zugehörigkeit zu Parteien, Gewerkschaftsverbänden, Vereinigungen oder Organisationen religiöser, weltanschaulicher, politischer oder gewerkschaftlicher Art. Als besonders heikle, wenn auch nicht sensible Daten, werden die sogenannten Rechtsangaben über Urteile oder Strafermittlungen angesehen.
- 3) Zum Beispiel: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, die Datenschutzbehörde, oder für die Erfüllung der Pflichten bei Steueruntersuchungen mit den diesbezüglichen Mitteilungen an die Finanzverwaltung, sowie die Pflichten in Bezug auf die Identifizierung, Registrierung und angemessene Kontrolle der Kunden im Sinne der Gesetznorm zur Bekämpfung von Geldwäsche und der Finanzierung von Terrorismus (gesetzesvertretende Verordnung D.Lgs. Nr. 231/07) sowie der Meldung etwaiger verdächtiger Geschäfte an die Meldestelle (UIF) der Banca d'Italia usw.
- 4) Beispielsweise zur Vorbereitung und zum Abschluss von Versicherungsverträgen (einschließlich ausführende Verträge für Zusatzrentenversicherungen sowie der individuelle oder kollektive Beitritt zu Rentenfonds der Gesellschaft), zur Eintreibung der Prämien, die Liquidierung der Schadensfälle, die Zahlung oder Ausführung anderer Leistungen; für Rückversicherungen und Mitversicherungen; zur Verhinderung und Erkennung von Versicherungsbetrug gemeinsam mit den anderen Gesellschaften der Unternehmensgruppe, und für diesbezügliche rechtliche Schritte; für die Erfüllung anderer spezifischer gesetzlicher oder vertraglicher Pflichten; zur Analyse neuer Versicherungsmärkte; für die Verwaltung und interne Kontrolle; für statistische und tarifrechnerische Tätigkeiten.
- 5) Gruppe Unipol mit dem führenden Unternehmen Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., die zur Unternehmensgruppe Unipol gehörenden Unternehmen, denen die Daten mitgeteilt werden können, sind z.B. Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. usw. Die Unternehmen, die zur Gruppe Unipol gehören, sind auf der Internetseite der Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. angegeben: www.unipol.it.
- 6) Insbesondere können Ihre Daten in Italien oder auch im Ausland (insofern verlangt) gegenüber Staaten der Europäischen Gemeinschaft oder Drittstaaten durch Subjekte mitgeteilt oder behandelt werden, die Teil der sogenannten „Versicherungskette“ sind, wie z.B.: andere Versicherer; Mitversicherer und Rückversicherer; Versicherungsagenten für Versicherungen und Rückversicherungen und andere Kanäle der Akquisition von Versicherungsverträgen; Banken; Wertpapiervermittlungsgesellschaften (SIM); Kapitalanlagegesellschaften; Depotbanken für Rentenfonds, Vertrauensärzte, Gutachter, Autowerkstätten, Rechtsbeistände; Dienstleistungsgesellschaften für Zahlungsquittierungen; Vertragskliniken oder Gesundheitseinrichtungen; sowie Körperschaften und Organe auch des Versicherungssektors öffentlicher Natur oder mit Verband zur Erfüllung der gesetzlichen Pflichten und zur Überwachung, sonstige Datenbanken, denen die Daten mitgeteilt werden müssen, wie z.B. die zentrale Datenbank für Unfälle (das vollständige Verzeichnis steht in unserem Sitz oder beim Verantwortlichen für die Kommunikation zur Verfügung).
- 7) Beispielsweise IT-Unternehmen für informationstechnische und telematische Dienste oder Archivierung; Dienstleistungsgesellschaften, denen die Verwaltung, die Liquidierung und die Zahlung der Schadensfälle anvertraut wird; Hilfgesellschaften für die Verwaltungstätigkeiten, einschließlich der Gesellschaften für Postdienste; Gesellschaften für Wirtschaftsprüfung und Beratung; Gesellschaften für kommerzielle Informationen zu finanziellen Risiken; Dienstleistungsgesellschaften zur Betrugskontrolle; Inkassogesellschaften.
- 8) Sowie basierend auf den versicherten Garantien, die von Ihnen eventuell erworben wurden und begrenzt auf die Abwicklung und Liquidation von Schadensfällen in Bezug auf Erkrankungen, UniSalute S.p.A mit Sitz in Bologna, Via Larga, 8.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Rechtsitz: Via Stalingrado, 45 - 40126 Bologna (Italia) - Tel. +39 051 5077111 - Fax +39 051 375349, vollständig eingezahltes Stammkapital 1.996.129.451,62 Euro - Handelsregister Bologna, Steuernummer und Ust-IdNr. 00818570012 - Nummer der Eintragung in das Verzeichnis der Wirtschafts- und Verwaltungsdaten 511469 - Gesellschaft, die der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit durch die Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. unterliegt, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Sektion I unter der Nr. 1.00006 und zur Versicherungsgruppe Gruppo Assicurativo Unipol gehört, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungsgruppen unter der Nummer 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it