



UNIPOLSAI PREMIUM-UNFALLVERSICHERUNG

Unfall- und Gesundheitsversicherung

Sehr geehrter Kundin, sehr geehrte Kunde,
folgende Dokumente sind in dieser Informationsmappe enthalten:

- **Vorvertragliches Produktinformationsblatt für Sachversicherungen („DIP DANNI“)**
- **Produktinformationsblatt mit ergänzenden Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen**
- **VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN, einschließlich Glossar**
- **DATENSCHUTZERKLÄRUNG**

Das Produkt wurde gemäß den Richtlinien des "runden Tisches" über die Vereinfachung von Verträgen erstellt.

Unfall- und Gesundheitsversicherung

Vorvertragliches Produktinformationsblatt für Sachversicherungen



Versicherungsunternehmen: UnipolSai Assicurazioni S.p.A. **Versicherungsprodukt: „UNIPOLSAI PREMIUM-UNFALLVERSICHERUNG“**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Steuernummer 00818570012 und USt-IDNr. 03740811207 - Das Versicherungsunternehmen ist in Sektion I des Verzeichnisses der Versicherungsunternehmen der IVASS unter der Nr.1.00006 eingetragen und 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. UnipolSai ist eine Gesellschaft, die der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit der Unipol Gruppo S.p.A. unterliegt und Teil der Versicherungsgruppe "Gruppo Assicurativo Unipol" ist, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungsunternehmen der IVASS unter der Nr.046.

Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen zum Versicherungsprodukt sind in anderen Dokumenten enthalten.

Um was für eine Versicherung handelt es sich?

Der Vertrag bietet einen Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und/oder Freizeitunfälle. Mit diesem Versicherungsschutz können die Garantien Krankheit, Prämienchutz und Assistenz kombiniert werden.



Was ist versichert?

✓ **UNFÄLLE:** direkte und ausschließliche Folgen eines Unfalls des Versicherten bei der Ausführung von beruflichen und/oder außerberuflichen Tätigkeiten gemäß der ausgewählten Versicherungsform, wie u. a. Freizeit und Arbeit, Arbeit, Freizeit, mit Zahlung einer Entschädigung in den folgenden Fällen:

- **Todesfall:** Auszahlung der Versicherungssumme an die benannten Begünstigten oder - falls keine Begünstigten benannt wurden - an die Erben des Versicherten.
- **Bleibende Invalidität durch einen Unfall:** Auszahlung der Entschädigung, die vom festgestellten Prozentsatz der bleibenden Invalidität abhängt, wobei zur Bewertung nach den angewandten Entschädigungstabellen zwischen diversen Invaliditätspunkten unterschieden wird.

Immer wirksame Garantien:

- **Schutz der Kinder:** Höhere Bewertung zum Schutz der Zukunft/ Verlust eines Schuljahres/Bleibende Invalidität von nicht versicherten minderjährigen Kindern/Bleibende Invalidität von versicherten minderjährigen Kindern.
- **Komatöser Zustand:** Pauschalentschädigung für den komatösen Zustand.

✓ **KRANKHEIT:** Zahlung einer täglichen Entschädigung (Tagessatz) zugunsten des Versicherten bei einer durch Krankheit notwendig gewordenen stationären Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung oder Tagesklinik.

Die Garantie wird je nach der getroffenen Auswahl folgendermaßen geleistet:

- **Entschädigung für die stationäre Behandlung:** UnipolSai zahlt nach beendeter klinischer Heilung den in der Police angegebenen Tagessatz für jeden Tag des Klinikaufenthalts aus.
- **Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit:** Zusätzlich zur Entschädigung für die stationäre Behandlung zahlt UnipolSai zudem eine Entschädigung für die Genesungszeit nach einem Unfall.

✓ **PRÄMIENSCHUTZ:** Entschädigung in Höhe der letzten Jahresbruttoprämie pro Schadensfall und pro Versicherungszeitraum beim Eintreten verschiedener Ereignisse, wie z. B. ein Unfall oder der Verlust der Beschäftigung.

✓ **ASSISTENZ:** Leistung einer Soforthilfe, wie z. B. die Zusendung von Ärzten, Krankenpflegepersonal, Physiotherapeuten oder die Entsendung eines Krankenwagens und viele andere Hilfsmaßnahmen, falls sich der Versicherte in den vertraglich vorgesehenen Situationen in Schwierigkeiten befindet.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (nachfolgend „UnipolSai“ genannt) leistet die Garantien bis zu dem in der Police festgesetzten Höchstbetrag (die sog. Höchstsumme/Versicherungssumme).

GARANTIEOPTIONEN

Zusatzgarantien [gegen Zahlung einer Zusatzprämie]:

UNFÄLLE: Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall / Entschädigung für einen Unfall (Entschädigung für stationäre Behandlung - Entschädigung für stationäre Behandlung und Genesungszeit - Entschädigung für die Immobilisierung / Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall (vollständige Arbeitsunfähigkeit - teilweise Arbeitsunfähigkeit - völlige Arbeitsunfähigkeit).

Sonderbedingungen [gegen Zahlung einer Zusatzprämie]:

UNFÄLLE: Anwendung der INAIL-Tabelle, bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt, bleibende Invalidität ohne Selbstbehalt, bleibende Invalidität mit Selbstbehalt UnipolSai Plus, bleibende Invalidität mit gestaffelten Selbstbehalten, spezielle höhere Bewertung für anatomische Bereiche, höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invalidität, Pauschalentschädigung für Frakturen (Knochenbrüche), Pauschalentschädigung nach längerer oder mehrmaliger stationärer Behandlung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit, Pauschalentschädigung für die Immobilisierung, bleibende Invalidität durch einen ästhetischen Schaden, zusätzliche Entschädigung für den Todesfall infolge eines Verkehrsunfalls, Leistungssport, Extremsportarten, Motorsport und Motorsport, Flugsport, Erweiterung auf die im Haushalt lebende Familie.

[Nähere Informationen finden Sie im Produktinformationsblatt mit ergänzenden Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen]



Was ist nicht versichert?

✗ Nicht versicherbar sind Personen, die an chronischem Alkoholismus, manifester AIDS-Erkrankung und damit verbundenen Syndromen oder an Drogenabhängigkeit leiden.

Ferner gilt Folgendes:

✗ **UNFÄLLE:** Nicht unter den Versicherungsschutz fallen die Folgen von Krankheiten bzw. von zufällig herbeigeführten Ereignissen durch eine gewaltsame und äußere Ursache, oder Ereignisse, die keine objektiv feststellbaren Verletzungen verursachen und/oder nicht den Tod oder eine bleibende Invalidität und/oder keine der vertraglich garantierten Leistungen zur Folge haben.

✗ **KRANKHEIT:** Nicht versichert sind indirekte Schäden, die nicht die wesentliche Form der versicherten Sachen betreffen.

✗ **ASSISTENZ:** Ausgeschlossen sind Leistungen, die in nicht dringlichen oder schwierigen Situationen angefordert werden.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Bei allen mit diesem Vertrag angebotenen Versicherungsdeckungen - sowohl bei den Grundgarantien wie auch bei den Zusatzgarantien - werden die in den Versicherungsbedingungen und/oder in der Police angegebenen ungedeckten Beträge (in Prozentanteilen des entschädigungsfähigen Schadens) und Selbstbehalte (in feststehenden Zahlen) angewendet, die zu einer Reduzierung oder Nichtauszahlung der Entschädigung führen können. Darüber hinaus sind bei denselben Versicherungsdeckungen bestimmte Ausschlüsse vorgesehen (insofern sie nicht durch Garantien oder Zusatzoptionen aufgehoben werden), wie zum Beispiel in folgenden Fällen:

! **UNFÄLLE:** das Fahren/Führen eines beliebigen Fahrzeugs oder Wasserfahrzeugs mit Motor, wenn der Versicherte gemäß den geltenden Bestimmungen nicht dazu ermächtigt war; Alkoholausschlag des Versicherten bei der Fahrt mit Fahrzeugen allgemein sowie bei Unfällen infolge eines Missbrauchs von Psychopharmaka, die Einnahme von Drogen oder Halluzinogenen (insofern diese nicht zu therapeutischen Zwecken von Ärzten verschrieben wurden), beschränkt auf den Versicherten, der den Unfall in einem solchen Zustand verursacht hat; chirurgische Eingriffe, Untersuchungen und medizinische Behandlungen, die nicht durch einen Unfall notwendig geworden sind; die Ausübung von Profi- und Leistungssport.

! **KRANKHEIT:** Krankheiten, die zum Wirksamkeitsdatum der Garantien bereits bestanden haben und dem Versicherten bekannt waren; Geisteskrankheiten und psychische Beschwerden allgemein, einschließlich neurotischer Erkrankungen, Angstsyndromen und/oder Depressionen; Krankheiten im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen und Halluzinogenen und dem Missbrauch von Alkohol und psychotropen Substanzen; Leistungen und Behandlungen allgemein, die diätetische Zwecke haben, sowie Leistungen und Therapien, die nicht von der gelehrten Medizin anerkannt werden.

! **PRÄMIENSCHUTZ:** (Garantie „Verlust der Beschäftigung“) begründete Entlassung oder Kündigung aufgrund disziplinarischer Vergehen; Kündigungen unter Familienangehörigen, auch zwischen Eltern und Kindern; Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei regulärem Ablauf des befristeten Arbeitsvertrags, Eingliederungsverträge, Ausbildungsverträge, Verträge in Bezug auf Arbeitskräfteüberlassung (ehemalige Zeitarbeitsverträge) und Arbeitsverträge auf Abruf.

! **ASSISTENZ:** Vulkanausbrüche, Erdbeben, Orkane, Überschwemmungen und/oder Hochwasser, vorsätzliches Handeln des Versicherten.



Wo gilt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz gilt generell dort, wo das Risiko besteht, mit folgenden Präzisierungen:

- ✓ UNFÄLLE: Die Versicherung gilt weltweit.
- ✓ KRANKHEIT: Die Versicherung gilt weltweit.
- ✓ ASSISTENZ: Die Versicherung gilt in Italien und im Ausland. (bei bestimmten Leistungen nur in Italien, in der Republik San Marino oder im Staat Vatikanstadt).



Welche Pflichten habe ich?

Wenn Sie den Vertrag unterzeichnen, sind Sie verpflichtet, wahrheitsgetreue, genaue und vollständige Angaben über das zu versichernde Risiko zu machen. Zudem müssen Sie während der Vertragslaufzeit etwaige Änderungen mitteilen, die zu einer Erhöhung des versicherten Risikos führen. Falsche, ungenaue oder verschwiegene Angaben oder die unterlassene Mitteilung über die Risikoerhöhung können die Vertragsauflösung und die Verweigerung oder Reduzierung der Entschädigung bei einem Schadensfall zur Folge haben.



Wann und wie kann ich die Prämie zahlen?

Die Zahlung der Prämie erfolgt jährlich. Die Versicherungsprämie, die bereits die Steuern beinhaltet, muss bei Aushändigung der Police bezahlt werden. Die Versicherungsprämie kann in bar sowie mit den anderen gesetzlich zugelassenen und beim Vermittler aktivierten Zahlungsmitteln innerhalb der in den geltenden Gesetzesbestimmungen vorgesehenen Grenzen gezahlt werden. Die Prämie kann in halbjährliche Raten aufgeteilt oder in einem einzigen Betrag bei Vertragsabschluss und anschließend bei jeder jährlichen Fälligkeit bezahlt werden. Wenn dies vorher mit UnipolSai vereinbart wird, kann die Prämie in monatliche Raten aufgeteilt werden, die direkt vom Girokonto abgebucht werden. Es können Prämiennachlässe gewährt werden. Wird ein Versicherungsvertrag mit mehrjähriger Dauer abgeschlossen, wird die Prämie gegenüber jener, die für eine jährliche Dauer vorgesehen ist, unter Anwendung einer Reduzierung berechnet, die in der Police angegeben ist.



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Die Versicherung hat die in der Police angegebene Dauer. 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 wurde. 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 Uhr des 15. auf die Fälligkeit folgenden Tages ausgesetzt und tritt um 24 Uhr des Tages wieder in Kraft, an dem die Prämie gezahlt wird. Die späteren Fälligkeiten und der Anspruch von UnipolSai auf Zahlung der fällig gewordenen Prämien bleiben vorbehalten. Die Versicherung endet zu dem in der Police angegebenen Datum. Der Vertrag wird entweder mit oder ohne stillschweigende Verlängerung angeboten. Bei der stillschweigenden Verlängerung wird der Versicherungsvertrag mangels einer Kündigung jeweils um ein Jahr verlängert. Ohne die stillschweigende Verlängerung endet die Versicherung automatisch bei Vertragsablauf. Falls die stillschweigende Erneuerung vereinbart wurde und das Versicherungsunternehmen ggf. eingetretene Tarifänderungen mitteilt, hat eine Nichtzahlung der Prämie zur Folge, dass der Vertrag wegen Kündigung zum Auslaufdatum als aufgehoben gilt.



Wie kann ich die Versicherung kündigen?

Sie können bei einem Schadensfall und bis zum sechzigsten Tag ab Zahlung oder Ablehnung der Entschädigung vom Versicherungsvertrag zurücktreten, indem Sie dies dem Unternehmen UnipolSai vorab schriftlich mitteilen. Wird der Vertrag mit stillschweigender Erneuerung abgeschlossen, muss die Kündigung mindestens dreißig Tage vor dem jährlichen Auslauf des Versicherungsvertrags zugesendet werden. Wird der Vertrag mit einer mehrjährigen Dauer abgeschlossen, haben Sie nur dann das Recht, nach den ersten fünf Jahren der Vertragsdauer ohne Aufwendungen mit einer Kündigungsfrist von dreißig Tagen vom Vertrag zurücktreten, wenn die Versicherung eine Geltungsdauer von über fünf Jahren hat. Gilt der Vertrag für eine Dauer von fünf Jahren oder weniger, können Sie nicht vorzeitig vom Vertrag zurücktreten, und Sie müssen den vorgesehenen Vertragsablauf abwarten. Wird eine Nichterneuerbarkeit vereinbart, endet der Vertrag zum Vertragsablauf ohne die Pflicht, diesen zu kündigen.

Unfall- und Gesundheitsversicherung



Produktinformationsblatt mit ergänzenden Informationen zum
vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.

VERSICHERUNGSPRODUKT: UNIPOLSAI PREMIUM-UNFALLVERSICHERUNG

Datum 15/03/2019 - Dieses Produktinformationsblatt mit ergänzenden Informationen zum
vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen ist die neueste veröffentlichte Version.

Das vorliegende Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für die Sachversicherungen (DIP Danni), um dem potenziellen Versicherungsnehmer die Produkteigenschaften, die vertraglichen Verpflichtungen und die Vermögenssituation des Unternehmens verständlich und detailliert darzulegen.

Der Versicherungsnehmer muss sich die Versicherungsbedingungen vor Unterzeichnung des Versicherungsvertrags durchlesen.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., nachfolgend kurz als „UnipolSai“ bezeichnet, mit Rechtssitz in Italien, Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna - Telefonnummer: 051.5077111, Webseite: www.unipolsai.it, E-Mail: info-danni@unipolsai.it, zertifizierte E-Mail (PEC): unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it. Das Versicherungsunternehmen ist in Sektion I des Verzeichnisses der Versicherungsunternehmen der IVASS unter der Nr. 1.00006 eingetragen und 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. Die Gesellschaft unterliegt der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit der Unipol Gruppo S.p.A. und ist Teil der Versicherungsgruppe „Unipol“, eingetragen im Verzeichnis der Versicherungsunternehmen der IVASS unter der Nr. 046.

Unter Bezugnahme auf den letzten genehmigten Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2017 beläuft sich das Eigenkapital des Unternehmens auf € 5.752,83 mit einem Gesellschaftskapital in Höhe von € 2.031,46 und einem Gesamtbetrag der Vermögensrücklagen von € 3.223,47. Bezugnehmend auf den Bericht über die Solvabilität und Finanzlage (SFCR), der auf der Internetseite www.unipolsai.com veröffentlicht ist, wird im Sinne der am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Richtlinie über die Eigenkapitalausstattung von Versicherungsunternehmen (die sogenannte „Solvabilität-II-Richtlinie“) erklärt, dass die Solvabilitätskapitalanforderung (SCR) in Bezug auf das Geschäftsjahr 2017 € 2.925,92 und die Mindestkapitalanforderung (MCR) € 1.316,66 beträgt, zu deren Deckung das Unternehmen über Eigenkapital von jeweils € 7.693,45 und € 7.060,99 verfügt, woraus sich zum 31. Dezember 2017 ein Solvabilitätsindex ergibt, der 2,63 Mal der Solvabilitätskapitalanforderung entspricht. Die Solvabilitätskapitalanforderungen wurden anhand des internen Teilmodells berechnet, wobei das Unternehmen am 7. Februar 2017 von der Aufsichtsbehörde IVASS die Genehmigung zu dessen Anwendung ab dem 31. Dezember 2016 erhalten hat.

Der Vertrag unterliegt 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 Pflichtversicherungen des italienischen Rechts.



Was ist versichert?

Der Vertrag bietet innerhalb der in der Police und in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Grenzen einen Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und/oder Freizeitunfälle. Mit diesem Versicherungsschutz sind die Garantien Krankheit, Prämienschutz und Assistenz kombinierbar.

Formen des Versicherungsschutzes

A) FREIZEIT UND ARBEIT

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet, die in der Police angegeben ist, sowie für Unfälle bei der Ausübung jeder anderen nicht berufsbedingten Tätigkeit.

B) ARBEIT

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet, die in der Police angegeben ist, einschließlich der Wegeunfälle, die auf dem Weg zwischen der Wohnung des Versicherten und dem Ort der in der Police angegebenen beruflichen Tätigkeit eintreten.

C) FREIZEIT

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung jeder nicht berufsbedingten Tätigkeit erleidet, einschließlich der Wegeunfälle, die auf dem Weg zwischen der Wohnung des Versicherten und dem Ort der beruflichen Tätigkeit eintreten.

Es wird darauf hingewiesen, dass alle Versicherungsdeckungen innerhalb der Höchstbeträge und/oder Versicherungssummen angeboten werden, die mit dem Versicherungsnehmer vereinbart worden sind.

Welche Optionen/individuelle Garantien kann ich aktivieren?

OPTIONEN MIT ZAHLUNG EINER ZUSATZPRÄMIE

UNFÄLLE

Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall	Erstattung der Behandlungskosten, 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 ab dem Unfalldatum aufgewendet werden.
Entschädigung für einen Unfall	- Entschädigung für einen 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 zur Entschädigung, die im Fall der stationären Behandlung vorgesehen ist, wird die vereinbarte Summe für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts bis maximal 90 Tage pro Unfall für die Genesungszeit ausgezahlt, vorausgesetzt der stationäre Aufenthalt dauert mindestens 2 aufeinanderfolgende Tage an); - Entschädigung für die Immobilisierung (mit Zahlung der vereinbarten Summe für jeden Tag der Immobilisierung bis maximal 60 Tage pro Unfall).
Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall	Wahlweise zwischen: - Entschädigung für einen Unfall, einschließlich der vollständigen vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit (mit Zahlung der gesamten vereinbarten Summe für jeden Tag der teilweisen oder völligen körperlichen Unfähigkeit, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen, bis maximal 365 Tage pro Unfall); - teilweise vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (mit Zahlung der vereinbarten Summe zu 100% bei völliger Arbeitsunfähigkeit und zu 50% bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit für jeden Tag der völligen körperlichen Unfähigkeit, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen, bis maximal 365 Tage pro Unfall); - völlige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (mit Zahlung der gesamten vereinbarten Summe für jeden Tag der völligen körperlichen Unfähigkeit, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen, bis maximal 365 Tage pro Unfall).
Anwendung der INAIL-Tabelle	Festlegung der bleibenden Invalidität nach der INAIL-Tabelle gemäß Anhang 1 des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30/06/1965.
Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt	Anwendung eines Selbstbehalts in Höhe von 3% bei dieser Garantie.

Bleibende Invalidität ohne Selbstbehalt	<i>Wegfall des Selbstbehalts bei dieser Garantie.</i>
Bleibende Invalidität mit Selbstbehalt UnipolSai Plus	<i>Minderung der Auswirkung des Selbstbehalts von 5% auf den auszahlenden Prozentanteil der Versicherungssumme bei dieser Garantie.</i>
Bleibende Invalidität mit gestaffelten Selbstbehalten	<i>Bei einer festgestellten bleibenden Invalidität unter 15%: Anwendung der unterschiedlichen Selbstbehalte für jeden der drei Teile, in die die Versicherungssumme unterteilt wird (Selbstbehalt von 0% auf den ersten Teil, 3% auf den zweiten und 5% auf den dritten Teil).</i>
Spezielle höhere Bewertung für anatomische Bereiche	<i>Erhöhung der Prozente der bleibenden Invalidität, die für die Beeinträchtigung bestimmter anatomischer Bereiche anstelle der vertraglich vorgesehenen Bewertungstabelle zuerkannt werden.</i>
Höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invalidität	<i>Höhere Entschädigung, die je nach festgestelltem Invaliditätsgrad der Höhe nach variiert.</i>
Pauschalentschädigung für Frakturen (Knochenbrüche)	<i>Zuerkennung eines Pauschalbetrags bei einer Knochenfraktur, die durch eine Röntgenaufnahme bestätigt ist.</i>
Pauschalentschädigung nach längerer oder mehrmaliger stationärer Behandlung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit	<i>Zuerkennung eines Pauschalbetrags bei einer stationären Behandlung, die länger als 7 aufeinanderfolgende Tage andauert oder bei mehreren stationären Behandlungen mit einer Gesamtdauer von über 30 Tagen.</i>
Pauschalentschädigung für die Immobilisierung	<i>Zuerkennung eines Pauschalbetrags u. a. bei einer Knochenfraktur, die durch eine Röntgenaufnahme bestätigt wird und keinerlei Stützmittel bedarf.</i>
Bleibende Invalidität durch einen ästhetischen Schaden	<i>Erweiterung der Garantie für die bleibende Invalidität auf Unfälle, die einen dauerhaften ästhetischen Schaden zur Folge haben, der basierend auf den Angaben in der entsprechenden Tabelle in Prozent ermittelt und bewertet wird.</i>
Zusätzliche Entschädigung für den Todesfall durch einen Verkehrsunfall	<i>Zuerkennung eines Pauschalbetrags zusätzlich zur Versicherungssumme für den tödlichen Unfall des Versicherten als Fahrer oder als beförderter Fahrgast von/in bestimmten Verkehrsmitteln bzw. als Fußgänger.</i>
Leistungssport	<i>Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Leistungssport, insofern dieser nicht als Profisport ausgeübt wird.</i>
Extremsportarten	<i>Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Extremsportarten, insofern diese nicht als Profisport ausgeübt werden.</i>
Motorsport und Motorbootsport	<i>Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Motorsport und Motorbootsport, insofern dieser nicht als Profisport ausgeübt wird.</i>
Flugsport	<i>Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Flugsportarten, insofern diese nicht als Profisport ausgeübt werden.</i>
Erweiterung auf die im Haushalt lebende Familie	<i>Erweiterung der Versicherung auf die im Haushalt lebenden Familienmitglieder</i>



Was ist NICHT versichert?

Ausgeschlossene Risiken

Neben den im vorvertraglichen Informationsblatt für die Sachversicherungen enthaltenen Angaben sind keine weiteren Informationen enthalten.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

ABSCHNITT „UNFÄLLE“

Bleibende Invalidität „Classic“: Selbstbehalt 5%; keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität von 15% oder mehr.

Bleibende Invalidität „Top Target“: Selbstbehalt 30%.

Bleibende Invalidität - Leibrente: Selbstbehalt 60%.

Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall: Ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungsfähigen Mindestbetrag von 50,00 Euro und einem Höchstbetrag von 250,00 Euro für jeden Unfall bei Inanspruchnahme von Strukturen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind.

Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit: Klinikaufenthalt von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Tagen.

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall: Selbstbehalt von 7 Tagen bis 50 Euro und Selbstbehalt von 15 Tagen für den Teil der Versicherungssumme, der den Betrag von 50 Euro übersteigt. Keinerlei Selbstbehalt bei einer stationären Behandlung von mindestens 2 Tagen oder einem Aufenthalt in einer Tagesklinik mit einem chirurgischen Eingriff.

ABSCHNITT „KRANKHEIT“

Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit: Klinikaufenthalt von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Tagen.

ABSCHNITT „PRÄMIENSCHUTZ“

Unfall: Selbstbeteiligung: 45 Tage;

Verlust der Beschäftigung: Selbstbeteiligung: 45 Tage.

Für folgende Abschnitte sind ebenfalls Garantiausschlüsse vorgesehen:

ABSCHNITT „UNFÄLLE“

Die Versicherung gilt nicht für Unfälle durch:

- die Verwendung und das Führen von Luftfahrzeugen, Drachenfliegern, Ultraleichtflugzeugen, Gleitschirmfliegern, vorbehaltlich der in der Garantierweiterung vorgesehenen Bestimmungen;
- die Ausübung von Extremsportarten, vorbehaltlich dessen, was in den Sonderbedingungen - Erweiterung auf andere Sportarten - vorgesehen ist;
- die Ausübung von Motorsport und Motorbootsport, vorbehaltlich dessen, was in den Sonderbedingungen - Erweiterung auf andere Sportarten - vorgesehen ist;
- die Ausübung von Flugsport, vorbehaltlich dessen, was in den Sonderbedingungen - Erweiterung auf andere Sportarten - vorgesehen ist;
- die Verwendung und das Führen von Unterwasserfahrzeugen;
- Vergehen, die der Versicherte mit Vorsatz begangen hat oder versucht hat, zu begehen, ausgenommen der Handlungen, die als Pflicht zur menschlichen Solidarität oder zur Selbstverteidigung anzusehen sind;
- Krieg, Aufstände oder Terrorakte, vorbehaltlich der Bestimmungen in den Garantierweiterungen;
- 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);
- Handlungen oder Verhalten des Versicherten, die im direkten Zusammenhang mit folgenden Erkrankungen stehen: hirnorganisches Psychosyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Krankheitsformen oder paranoide Zustände.

Ferner ist Folgendes von der Versicherung ausgeschlossen:

- durch jegliche Ursache herbeigeführter Herzinfarkt und Schlaganfall sowie die Ansteckung mit dem HIV- und Hepatitisvirus.

ABSCHNITT „KRANKHEIT“

Die Versicherung gilt nicht für Unfälle durch:

- nicht therapeutisch bedingter Schwangerschaftsabbruch und etwaige Folgen; Therapien zur Behandlung der Unfruchtbarkeit, Sterilität und Impotenz;
- Behandlungen zu ästhetischen Zwecken (ausgenommen plastische chirurgische Eingriffe, kieferorthopädische oder zahnärztliche Eingriffe zur Rekonstruktion als direkte Folge des Unfalls oder Eingriffe zur Reduzierung oder Entnahme eines Organs, die im Sinne der Police entschädigungspflichtig sind);
- stationäre Aufenthalte wegen chronischer Erkrankungen in Gesundheitseinrichtungen zur Langzeitbehandlung (Pflegeheime für chronisch Kranke, Altersheime und andere Institute, die keine Heil Institute sind), auch wenn diese als Kliniken oder medizinische Einrichtung angesehen werden;
- zahnärztliche Behandlungen und die Behandlung von Parodontopathien, wenn diese nicht durch einen im Sinne der Police entschädigungspflichtigen Unfall notwendig geworden sind;

- die direkten oder indirekten Folgen von natürlichen oder künstlich herbeigeführten Umwandlungen des Atomkerns oder Freisetzungen von Atomenergie sowie die Beschleunigung atomarer Teilchen (Kernspaltung oder Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.), es sei denn, es handelt sich um die Folgen von medizinischen Behandlungen, die im Sinne der Police entschädigungspflichtig sind;
- die Folgen von Krieg, Aufständen, Volkserhebungen, gewaltsamen Handlungen und Aggressionen, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat und die politische oder soziale Zwecke verfolgen; die Folgen von Vulkanausbrüchen; HIV-Infektionen und die damit verbundenen Krankheitszustände.

ABSCHNITT „PRÄMIENSCHUTZ“

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- bei Arbeitsverträgen, die nicht durch das italienische Gesetz geregelt sind;
- bei Kündigungen aufgrund des Erreichens des Alters für den Anspruch auf „Altersrente“;
- bei Auflösungen des Arbeitsverhältnisses, auch einvernehmlich, die nach Prozessen der Unternehmensumstrukturierung erfolgen, aufgrund derer zusätzliche Ruhestandsbezüge vorgesehen sind;
- wenn der Arbeitnehmer auf die Mobilitätsliste gesetzt wird, der während der Mobilitätszeit den Anspruch auf Altersrente oder Beitragsaltersrente erreicht;
- bei Arbeitslosigkeit, die zu einem Anspruch auf Entschädigung durch die Lohnausgleichskasse für Beschäftigte oder des Bauwesens oder Sonderausgleichskassen führt;
- bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses während der Probezeit.

ABSCHNITT „ASSISTENZ“

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- bei Kriegshandlungen, Erhebungen, Volksaufständen, Aufruhr, Terrorakten, Sabotage, militärischer Besetzung, Invasionen;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate all'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti.



Welche Pflichten habe ich? Welche Pflichten hat das Versicherungsunternehmen?

Was ist im Schadensfall zu tun?

Schadensmeldung:

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte oder dessen Anspruchsberechtigte müssen dem Unternehmen UnipolSai 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 Schadensmeldung, die vom Versicherten oder im Fall der Unmöglichkeit aufgrund der nach sich gezogenen Konsequenzen von seinen Anspruchsberechtigten unterzeichnet wurde, muss eine ärztliche Bescheinigung beigelegt 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 von UnipolSai für notwendig erachteten Untersuchungen, Bewertungen und Ermittlungen zulassen.

Der Versicherte ist ferner verpflichtet, sich den von UnipolSai geforderten medizinischen Untersuchungen und Kontrollen in Italien zu unterziehen und die gesamten medizinischen Unterlagen als Original und als Fotokopie vorzulegen. Diesbezüglich entbindet der Versicherte die Ärzte und die Gesundheitseinrichtungen von der entsprechenden Schweigepflicht.

In Bezug auf den Abschnitt UNFÄLLE muss der Versicherte folgende Dokumente einreichen:

- Auszahlung der Entschädigung für die bleibende Invalidität zugunsten der Erben: die Dokumentation, die die Stabilisierung der bleibenden Folgen nachweist, mit den gesamten medizinischen Unterlagen über den Schadensfall, falls diese noch nicht eingereicht wurden, einschließlich der Krankenakte im Fall eines Krankenhausaufenthalts, falls der Versicherte vor der von UnipolSai angeordneten rechtsmedizinischen Untersuchung aus nicht unfallbedingten Gründen verstirbt.
- Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit: Vorlage der Dokumente, die die Ursache und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ab 24.00 Uhr des ordnungsgemäß gemeldeten Unfalltages nachweist.
Falls der Versicherte keine ärztlichen Folgebescheinigungen zugesendet hat, erfolgt die Auszahlung der Entschädigung, indem als Datum der Heilung jenes berücksichtigt wird, das auf der letzten, ordnungsgemäß zugesendeten Bescheinigung angegeben ist. Zwecks Anerkennung dieser Versicherungsleistung behält sich UnipolSai in allen Fällen das Recht vor, die Übereinstimmung der bescheinigten Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit anhand der vorgelegten Dokumentation nachzuprüfen.
- Entschädigung für die alleinige stationäre Behandlung oder für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit: der Antrag auf Entschädigung, dem die Nachweisdokumente beigelegt sind, die die Ursache und die Dauer des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik belegen.

Was ist im Schadensfall zu tun?	• Entschädigung für die Immobilisierung: Der Antrag auf Entschädigung, dem die Nachweisdokumente beigelegt sind, die die Ursache und die Dauer der Immobilisierung belegen, muss innerhalb des 120. Tages nach dem Datum, an dem das Stützmittel/der Gips abgenommen wurde, beim Unternehmen eingereicht werden. In Bezug auf die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ muss der Versicherte bei der Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind, die Organisationsstruktur der UniSalute S.p.A. kontaktieren, die nach Bewertung des Antrags einen Termin mit der Gesundheitseinrichtung vereinbaren und dem Versicherten die Angaben zum Termin mitteilen wird. In Bezug auf den Abschnitt KRANKHEIT: Bei einer stationären Behandlung muss der Versicherte die mit dem Original übereinstimmende Kopie der Krankenakte zusenden. Der Versicherte muss in die vom Versicherungsunternehmen eventuell angeforderten ärztlichen Kontrolluntersuchungen einwilligen und dem Versicherungsunternehmen alle medizinischen Informationen über die angezeigte Krankheit übermitteln, wobei er die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben, von der diesbezüglichen Schweigepflicht entbindet. Die Kosten für ärztliche Bescheinigungen und alle weiteren medizinischen Unterlagen verbleiben zulasten des Versicherten. In Bezug auf den Abschnitt PRÄMIENSCHUTZ muss ein Schadensfall vom Versicherten oder von dessen Anspruchsberechtigte innerhalb von 10 Tagen ab dem Tag, an dem sie die Möglichkeit dazu haben, bei der UnipolSai bzw. bei der Agentur, die mit dem Vertrag betraut wurde, schriftlich anzeigen werden. Für alle Zahlungen von UnipolSai muss die entsprechende Dokumentation vorgelegt werden, um das tatsächliche Bestehen der Zahlungspflicht zu prüfen und gegebenenfalls die Anspruchsberechtigten zu ermitteln. Folgende Dokumente sind für jede Garantie unbedingt vorzulegen (vorbehaltlich weiterer, von UnipolSai geforderter Unterlagen): • Verlust der Beschäftigung: geeignete Dokumentation, um die objektiv begründete Kündigung und die weiterhin bestehende Arbeitslosigkeit nachzuweisen; • Unfall: von der Notaufnahme oder vom Krankenhaus ausgestellte Bescheinigung, auf der die Heilungsprognose in Bezug auf den erlittenen Unfall angegeben ist. In jedem Fall behält sich UnipolSai das Recht vor, den Versicherten ärztlichen Untersuchungen unterziehen zu lassen. Es können nur dann etwaige zusätzliche Unterlagen gefordert werden, wenn die o.g. Dokumentation nicht ausreicht, um das tatsächliche Bestehen der Zahlungspflicht zu prüfen und gegebenenfalls die Anspruchsberechtigten zu ermitteln bzw. wenn besondere Anforderungen in Bezug auf die Ermittlungen bestehen, wie z. B. nach eingetretenen Gesetzesänderungen. Der Versicherte bzw. seine Anspruchsberechtigten müssen zudem: • die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbinden; • eventuell notwendige Ermittlungen, ärztliche Untersuchungen und Tests zulassen, die durch beratende Ärzte des Vertrauens von UnipolSai erfolgen und deren Kosten das Unternehmen vollständig übernimmt. Die Schadensmeldungen werden nur dann als vollständig angesehen, wenn das Unternehmen die gesamte geforderte Dokumentation erhalten hat. In Bezug auf den Abschnitt „ASSISTENZ“: Der Versicherte muss unverzüglich die Organisationsstruktur der UniSalute S.p.A. kontaktieren und folgende Angaben machen: die Personalien der Person, für die die Assistenz beantragt wird; Angaben zum Ort, an dem die Hilfeleistung benötigt wird; die Nummer der Police; den Namen des Versicherungsnehmers; welche Garantie der Versicherte in Anspruch nehmen will. 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 den Anspruch auf die Leistungen belegen. Direkte Assistenz/Assistenz durch Vertragspartner: Die medizinischen Leistungen werden über ein Netz mit vertraglich gebundenen Gesundheitseinrichtungen erbracht, die dem Versicherten von UniSalute über die Organisationsstruktur zur Verfügung gestellt werden. Leistungen durch anderen Unternehmen: Mit der Abwicklung der Schadensfälle in Bezug auf den Abschnitt ASSISTENZ wurde das Unternehmen UniSalute S.p.A mit Sitz in 40138 Bologna, Via Larga 8 beauftragt. Verjährung von Ansprüchen: Die sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Rechte, die nicht die Ratenzahlung der Versicherungsprämie betreffen, verjähren innerhalb von zwei Jahren ab dem Zeitpunkt, in dem sich der Vorfall ereignet hat, aus dem sich der Anspruch ergibt.
Falsche, ungenaue oder verschwiegene Angaben	Neben den im vorvertraglichen Informationsblatt für die Sachversicherungen enthaltenen Angaben sind keine weiteren Informationen enthalten.
Pflichten des Versicherungsunternehmens	Nach erfolgter Bewertung des Schadensfalls sorgt UnipolSai innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Eingangs der ordnungsgemäß vom Versicherten unterzeichneten Quittung für die Auszahlung der Entschädigung. Bei der Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ zahlt UnipolSai die Entschädigung innerhalb von 45 Tagen ab Erhalt der notwendigen und vollständigen Unterlagen zur Bewertung des Schadensfalls.



Wann und wie kann ich die Prämie zahlen?

Versicherungssprämie	Insofern nicht der Verzicht auf die automatische Angleichung der Versicherungssummen und der entsprechenden Prämien vereinbart wurde, wird die Prämie bei jeder jährlichen Erneuerung um 3% erhöht.
Rückerstattung	UnipolSai erstattet den Teil der Prämie, abzgl. der steuerlichen Abgaben, der sich auf den nicht abgelaufenen Risikozeitraum bezieht: - nach dem Rücktritt bei einem Schadensfall innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum, an dem Rücktritt wirksam wurde; - Vertragsauflösung aufgrund des Eintretens folgender Krankheiten: chronischer Alkoholismus, manifeste AIDS-Erkrankung und damit verbundene Syndrome, Drogenabhängigkeit.



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Dauer	Im Vertrag ist bei den Garantien KRANKHEIT und PRÄMIENSCHUTZ eine Karenzfrist vorgesehen (auch als Wartefrist bezeichnet), was bedeutet, dass am Anfang des Vertragsverhältnisses ein etwaiger Schaden nicht von der Garantie abgedeckt ist und demzufolge keinerlei Entschädigung gezahlt wird. Bei der Garantie KRANKHEIT variiert die Karenzfrist je nach der Krankheit, die vom Versicherten angezeigt wird (mit einer höheren Wartefrist bei Entbindung, Krankheiten während des Wochenbetts und therapeutischem Schwangerschaftsabbruch). Der Versicherungsschutz in Bezug auf den Abschnitt KRANKHEIT beginnt: • bei Krankheiten, die nach Vertragsabschluss aufgetreten sind, ab dem dreißigsten Tag, nachdem der Vertrag wirksam geworden ist. Bei schwangerschaftsbedingten Krankheiten ist die Garantie unter der Bedingung wirksam, dass die Krankheit nach dem Datum begonnen hat, an dem der Vertrag wirksam wurde. • bei Krankheiten während des Wochenbetts und bei therapeutischem Schwangerschaftsabbruch ab dem 300. Tag, nachdem der Vertrag wirksam geworden ist. Bei der Garantie PRÄMIENSCHUTZ ist eine Karenzfrist von 90 Tagen für den Verlust der Beschäftigung vorgesehen.
Unterbrechung	Der Vertrag sieht nicht die Möglichkeit vor, die Garantien vorübergehend zu unterbrechen.



Wie kann ich die Versicherung kündigen?

Meinungsänderung nach Vertragsabschluss	Es besteht nicht die Möglichkeit, vom Vertrag zurückzutreten, falls der Versicherungsnehmer nach Vertragsabschluss seine Meinung ändern sollte.
Auflösung des Vertrags	Es ist vertraglich nicht vorgesehen, dass der Versicherungsnehmer den Vertrag auflösen kann. Jedoch endet der Vertrag beim Eintreten folgender Krankheiten: chronischer Alkoholismus, manifeste AIDS-Erkrankung und damit verbundene Syndrome, Drogenabhängigkeit. Begrenzt auf die Garantien und die betreffenden Personen endet der Vertrag ebenfalls bei der jährlichen Fälligkeit der Prämie, wenn folgendes Alter erreicht wird: - 80. Lebensjahr beim Abschnitt „Unfälle“, ausgenommen der bleibenden Invalidität mit Leibrente (bei der die Altersgrenze bei 70 Jahren liegt); - 75. Lebensjahr beim Abschnitt „Krankheit“; - 70. Lebensjahr beim Abschnitt „Prämienschutz“.



Für wen ist dieses Versicherungsprodukt gedacht?

Dieser Versicherungsvertrag ist gedacht für:

- natürliche Personen, einschließlich der im Haushalt lebenden Familienangehörigen der Versicherungsnehmer, im Hinblick auf die beruflichen und außerberuflichen Tätigkeiten;
- juristische Personen im Hinblick auf die beruflichen und außerberuflichen Tätigkeiten, die von den angegebenen Personen ausgeübt werden.

In beiden Fällen besteht der hauptsächliche Bedarf darin, sich gegen Unfallrisiken abzusichern.



Welche Kosten muss ich tragen?

Der durchschnittliche Anteil der Vermittler beträgt 24,50% der Nettoprämie.

WIE KANN ICH REKLAMATIONEN EINREICHEN UND STREITIGKEITEN LÖSEN?

Reklamation beim Versicherungsunternehmen:	Etwaige Reklamationen in Bezug auf das Versicherungsprodukt, die Verwaltung des Vertragsverhältnisses oder des Verhaltens des Versicherungsunternehmens, des Agenten oder des Versicherungsvermittlers in Nebentätigkeit (einschließlich seiner Beschäftigten und Mitarbeiter) sind schriftlich an folgende Adresse zu richten: UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti (Reklamationsstelle und Kundendienst) Via della Unione Europea Nr. 3/B, 20097 San Donato Milanese - (MI) Fax: 02.51815353; E-Mail: reclami@unipolsai.it. Außerdem kann der dafür vorgesehene Vordruck für die Einreichung von Reklamationen verwendet werden, der auf der Internetseite des Unternehmens zur Verfügung steht: www.unipolsai.it. Reklamationen müssen folgende Angaben enthalten: Vor- und Nachname und Steuernummer (oder die Ust-IDNr.) des Beschwerdeführers sowie eine Beschreibung des Beschwerdegundes. Reklamationen können auch direkt beim Agenten oder Versicherungsvermittler in Nebentätigkeit eingereicht werden, wenn diese dessen Verhalten oder jenes seiner Beschäftigten und Mitarbeiter betrifft. Reklamationen über das Verhalten von Versicherungsvermittlern, die in die Sektion B oder D (Broker, Banken oder Finanzvermittler) des einheitlichen Registers für Vermittler eingetragen sind, sowie über das Verhalten von Versicherungsvermittlern, die in das beigefügte Verzeichnis eingetragen sind, müssen schriftlich direkt am Sitz des Versicherungsvermittlers eingereicht werden. Diese werden vom selbigen Versicherungsvermittler bearbeitet, der dem Beschwerdeführer innerhalb einer Höchstfrist von 45 Tagen eine Antwort erteilt. Die für das Einreichen von Reklamationen nützlichen Informationen sind auf der Webseite der Gesellschaft www.unipolsai.it und in den während der Vertragszeit regelmäßig zugesendeten Mitteilungen (insofern vorgesehen) angegeben. Nachdem die Reklamation eingegangen ist, muss die Reklamations- und Kundendienststelle von UnipolSai innerhalb einer Höchstfrist von 45 Tagen bzw. innerhalb von 60 Tagen, falls die Reklamation das Verhalten des Agenten oder des Versicherungsvermittlers in Nebentätigkeit (und von dessen Beschäftigten und Mitarbeitern) betrifft, eine Antwort erteilen.
Reklamation bei der Aufsichtsbehörde IVASS:	Falls der Beschwerdeführer nicht mit dem Ergebnis der beim Unternehmen eingereichten Reklamation einverstanden ist bzw. eine Antwort innerhalb der vorgesehenen Frist ausbleiben sollte, kann er sich an die Aufsichtsbehörde IVASS unter folgender Adresse wenden: IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Rom, Fax 06.42133206, PEC-Adresse: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Informationen auf: www.ivass.it. Die an die Aufsichtsbehörde IVASS gerichteten Reklamationen müssen folgende Angaben enthalten: a) Vorname, Nachname und Wohnsitz des Beschwerdeführers, gegebenenfalls mit Telefonnummer; b) die Angabe des Gegenstands oder der Gegenstände, bezüglich derer die Beschwerde erfolgt; c) eine kurze und ausführliche Beschreibung des Beschwerdegundes; d) die Kopie der beim Versicherungsunternehmen oder beim Versicherungsagenten vorgelegten Reklamation und der gegebenenfalls vom Unternehmen erteilten Antwort; e) alle nützlichen Dokumente zur näheren Beschreibung der diesbezüglichen Umstände.
VOR BESCHREITEN DES RECHTSWEGS ist es möglich, die Verfahren zur Streitbeilegung zu nutzen, wie zum Beispiel:	
Schlichtungsverfahren	Anrufung eines der Schlichtungsorgane über einen Rechtsanwalt des Vertrauens, die in der Liste des Justizministeriums verzeichnet sind, die auf der Internet seite www.giustizia.it. abgerufen werden kann. (Gesetz Nr. 98 vom 9/8/2013). Die Inanspruchnahme des Schlichtungsverfahrens ist eine Voraussetzung für die Zulässigkeit einer gerichtlichen Klage.
Verhandlung mit Rechtsbeistand	Durch eine Anfrage des eigenen Anwalts beim Unternehmen mit den angegebenen Modalitäten gemäß Gesetzesdekret Nr. 132 vom 12. September 2014 (umgewandelt in das Gesetz Nr. 162 vom 10. November 2014).

Alternative Systeme zur Beilegung von Streitigkeiten:	- 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 ärztliche Kollegium 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. - Reklamation direkt bei der Aufsichtsbehörde IVASS oder beim zuständigen ausländischen System auf der Internetseite https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it um grenzüberschreitende Streitfälle zu lösen, in die der Beschwerdeführer mit Wohnsitz in Italien verwickelt ist, wobei der Beschwerdeführer die Aktivierung der FIN-NET-Prozedur beantragen muss.
---	---

HINWEIS:

FÜR DIESEN VERTRAG UNTERHÄLT DAS UNTERNEHMEN AUF DER EIGENEN INTERNETSEITE KEINEN RESERVIERTEN BEREICH FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER (die sog. VERSICHERUNG VON ZU HAUSE AUS), SODASS DER VERSICHERUNGSNEHMER DIESEN VERTRAG NACH VERTRAGSABSCHLUSS NICHT TELEMATISCH VERWALTEN KANN.

UnipolSai Premium- Unfallversicherung

Ausgabe. 15.03.2019



**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
EINSCHLIESSLICH GLOSSAR**

GLOSSAR	1 von 66
- Bestimmungen über die Versicherung allgemein	5 von 66
- Abschnitt „Unfälle“	10 von 66
- Abschnitt „Krankheit“	30 von 66
- Abschnitt „Prämienschutz“	33 von 66
- Abschnitt „Assistenz“	35 von 66
- Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen	41 von 66
 ANHANG - TABELLE DER BERUFLICHEN TÄTIGKEITEN GESETZLICHE BESTIMMUNGEN	 56 von 66
 AUF DIE IN DER POLICE VERWIESEN WIRD	 63 von 66

1 Was sind die Konsultationsfelder?

Bei den Konsultationsfeldern handelt es sich um spezielle Felder, die mit Symbolen gekennzeichnet werden und im Text mit den vertraglichen Bedingungen leicht zu erkennen sind. Darin ist Folgendes angegeben: Antworten bei Zweifeln oder im Bedarfsfall zu befolgende Anweisungen  Punkte, auf die besonders zu achten ist , Kontaktadressen .

Es sollte darauf hingewiesen werden, dass diese Felder keinerlei vertragliche Wirkung haben, sondern in bestimmten Fällen nur der Vereinfachung dienen. Daher ist es wichtig, die Bedingungen, auf die sich diese Felder beziehen, stets sorgfältig durchzulesen.

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

Alkoholeinfluss: Darunter ist der Zustand der Veränderung zu verstehen, der bei einem Blutalkoholspiegel von über 0,8 g/l vorliegt.

An die Unisalute vertraglich gebundene Einrichtung: klinische Einrichtung und Krankenhäuser, Ärztehäuser, fachärztliche Zentren und deren Ärzte und Chirurgen, mit denen UniSalute eine Vereinbarung abgeschlossen hat, um günstige Tarife für die Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

Angeborene Krankheiten: Krankheiten, die bereits von Geburt an bestehen und deren Ursprung auf die Entwicklung im Mutterleib zurückzuführen ist.

Arbeitnehmer: eine natürliche Person, die sich aufgrund eines Vertrags gegen eine Vergütung (Lohn) dazu verpflichtet, geistige oder manuelle Arbeit in einem Beschäftigungsverhältnis unter der Kontrolle eines „Arbeitgebers“ zu leisten. Der Arbeitgeber erteilt dem Arbeitnehmer Anweisungen und verpflichtet sich, die notwendigen Materialien und Mittel zur Ausübung seiner Arbeit zur Verfügung zu stellen.

Arbeitsluftfahrt: jede Art von Flügen, die für folgende Zwecke durchgeführt werden: Ambulanzflüge in Flugzeugen mit starren Flügeln - Trainingsflüge - Flüge mit Pilot beim Umstieg auf eine andere Flugzeugklasse - Absprung von Fallschirmspringern - Schleppen von Segelflugzeugen - Schleppen von Bannern - Luftaufnahmen - Beobachtungen ohne feststehende Anlagen - Abwurf von Manifesten - Funkmessungen - Kalibrierung von Bodengeräten für die Luftfahrt - Präsentation, Darbietung, Demonstration, Abnahmeprüfung - Testflüge - Überwachung von Stromleitungen - Erste Hilfe und Rettung auch unter Verwendung einer Seilwinde - Rettungshubschrauber - Kunstflugwettbewerbe - Rekordversuche - Transport von Gegenständen mit Lasthaken - Verlegung von Materialien - Offshore - Fischfanghilfe - Landung auf Schiffen - Löschen von Bränden.

Assistenz: Die unter den Versicherungszweig 18 fallende Versicherung gemäß Art. 2, Absatz 3 der gesetzesvertretenden Verordnung Nr. 209 vom 7. September 2005, bei der dem Versicherten nach einem zufällig eingetretenen Ereignis eine Soforthilfe im Rahmen der Vertragsvereinbarungen bereitgestellt wird.

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

Bleibende Invalidität: endgültiger und unwiederbringlicher Verlust bzw. Einschränkung der körperlichen Fähigkeit des Versicherten, einer beliebigen Erwerbstätigkeit - unabhängig vom ausgeübten Beruf - nachzugehen. etiche.

Chirurgischer Eingriff: medizinisches Verfahren zu direkten therapeutischen Zwecken, bei dem der Zugang über einen Gewebeschnitt oder mithilfe einer mechanischen Energie-, Wärme- oder Laserquelle erfolgt, sowie 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 Eingriffe, bei denen ein Einschnitt im Gewebe vorgenommen wird, um geeignete Instrumente in den Körper einzuführen.

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

Entschädigung/Rückerstattung: die Summe, die dem Versicherten bei einem Unfall vom Versicherungsunternehmen ausgezahlt wird.

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 „einziger Versicherungsfall“ anzusehen sind.

Extremsportarten: Dazu zählen: Bergsteigen mit Felsenklettern oder Betreten von Gletschern über den 3. Grad der Schwierigkeitsskala hinaus bzw. mit einem gleichwertigen Schwierigkeitsgrad, Kampfsportarten mit körperlichem Kontakt, Bob, Kanusport über den 3. Grad der Wildwasserschwierigkeitsskala hinaus, Tubing (Schlauchreiten), Bergabfahrten (Downhill) mit beliebigen Schwierigkeitsgrad und in all seinen Formen, American Football, Freeclimbing, Rennschlitten (Bob), Helisnow, Tauchen mit dem Atemgerät (ausgenommen des Tauchens mit einem Tauchlehrer ausschließlich bei der Teilnahme an einem Tauchkurs, um den Tauchschein der Stufe 1 zu erhalten, der auch Themen über Embolien und die Folgen des Wasserdrucks beinhaltet), Jetski, Kitesurfen, Ringkampf in seinen unterschiedlichen Formen, Boxen, Rafting, Rugby, Hockey, Bungeejumping, Springen von der Sprungschanze oder vom Sprungbrett mit Ski oder Wasserski, Ski-Alpinismus, Ski- oder Snowboard-Akrobatik, Extremski und Extrem-Snowboarding, Rodelschlitten (Skeleton), Snowrafting, Gewichtheben, Höhlenforschung.

Familie/im Haushalt lebende Familienmitglieder: die Personen, die zum Datum des Schadensfalls aus der Familienstandsbescheinigung des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten hervorgehen.

Flugsport: Als Flugsport gelten Flugsportarten, die auch als Pilot mit folgenden Flugzeugen ausgeübt werden: Flugzeuge mit einem Gewicht nicht über einer maximalen Startmasse von 2700 kg sowohl mit starren Flügeln wie auch mit Rotorflügeln, Segelflieger, Motorsegelflugzeuge, Heißluftballons, Luftschiffe, Ultraleichtflugzeuge, Drachenflieger, Paramotoren, Gleitschirme, Flugapparate und/oder -geräte für den Freizeit- oder Sportflug, Fallschirmspringen.

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

Genesungszeit: der Zeitraum, der nach einem Krankenhausaufenthalt notwendig ist, um die durch einen laut Vertrag entschädigungsfähigen Unfall bzw. eine Krankheit beeinträchtigte Gesundheit wiederherzustellen.

Immobilisierung (Ruhigstellung): Zustand der vorübergehenden teilweisen oder vollständigen körperlichen Unfähigkeit infolge von Knochenbrüchen oder Verletzungen von Kapseln und Bändern, die nach ärztlicher Verordnung eine nicht selbst abnehmbare, steife und äußerlich angebrachte Stützprothese erforderlich machen. 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, in dem das Stützmittel zur Ruhigstellung dient.

Invalidità Permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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

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

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

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 Unfall zurückzuführen ist.

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

Körperlicher Mangel/Missbildung: Abweichung des morphologischen Aufbaus des Körpers oder seiner Organe wegen angeborenen oder traumatisch erworbenen Krankheitszuständen.

Kraftanstrengung: Einsatz von längerer konzentrierter Muskelenergie durch den Versicherten – auch freiwillig – deren Intensität seine normalen Lebens- und Arbeitsgewohnheiten übersteigt.

Krankheit: jede nicht durch einen Unfall hervorgerufene, klinisch diagnostizierbare krankhafte Veränderung des Gesundheitszustandes, die keine Missbildung oder einen körperlichen Mangel darstellt.

Leistungssport: Dazu gehören Sportarten, die von Mitgliedern von Sportverbänden oder Sportvereinen ausgeübt werden, die vom Dachverband CONI anerkannt sind und in jedem Fall der regelmäßigen Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen mit Leistungssportcharakter dienen, wobei darunter provinzielle, regionale, nationale und/oder internationale Meisterschaften zu verstehen sind.

Medizinische Unterlagen: Krankenakte und/oder alle ärztlichen Bescheinigungen, bestehend aus Befunden, Gutachten und Verordnungen von Ärzten, Röntgenaufnahmen, instrumentellen und diagnostischen Untersuchungen sowie der Kostenbelege als Nachweis der Ausgaben (einschließlich Kostenrechnungen und Quittungen für Arzneimittel).

Motorsport und Motorbootsport: Dazu gehören:

- Sportarten, die mit Kraftfahrzeugen oder Motorfahrzeugen auf Pisten, Rennstrecken oder jedenfalls während Wettrennen und/oder Trainingsläufen ausgeübt werden. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind in jedem Fall Sprintrennen, Grasbahnrennen sowie Rennen, die mit Einsitzern, Prototypen, Dragstern und Stockcars gefahren werden, auch wenn im Vertrag die Erweiterung der Garantie auf Motorsport und Motorbootsport wirksam ist;
- Sportarten mit Verwendung von: Wasserskootern, Wassermotorrädern, Renn- oder Motorbooten bei der Teilnahme an Rennen und/oder Sportveranstaltungen und an den entsprechenden Test- und Trainingsfahrten in Übereinstimmung mit den Regeln, die vom Weltdachverband des motorisierten Wassersports (UIM) oder von der staatlichen Behörde festgelegt wurden. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind in jedem Fall Offshore-Rennen, auch wenn im Vertrag die Erweiterung der Garantie auf Motorsport und Motorbootsport wirksam ist.

Organisationsstruktur: 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“ vorgesehenen Leistungen erbringt, wobei die Kosten zulasten des Versicherungsunternehmens gehen.

Police: Nachweis/Urkunde des Versicherungsvertrages im Sinne von Artikel 1888 des italienischen Zivilgesetzbuches.

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

Profisport: kontinuierlich im Rahmen der Disziplinen ausgeübte Sportarten, die vom italienischen Dachverband (CONI) geregelt sind, für die eine Vergütung in Geldform und/oder ein Zuschuss in jeglicher Form aufgrund einer vertraglichen Verpflichtung vorgesehen ist, die von den Parteien unterzeichnet wurde, und die die Haupteinnahmequelle des Versicherten darstellt.

Risiko: Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadens.

Risikoklasse: die Gesamtheit der Tätigkeiten, die aus Versicherungsgründen denselben Gefährdungsgrad in Bezug auf das Risiko aufweisen.

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

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

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.

Stationärer Aufenthalt/Krankenhausaufenthalt: durch eine Krankenakte dokumentierter Aufenthalt, der die Übernachtung in einer Gesundheitseinrichtung mit sich bringt. Die häusliche Pflege wird in jeder Hinsicht mit einer stationären Behandlung in einer klinischen Einrichtung gleichgestellt.

Terrorakt: 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.

Unfall: vom Willen unabhängiges Ereignis infolge einer gewaltsamen und äußeren Ursache, das objektiv feststellbare Verletzungen verursacht, die den Tod, eine bleibende Invalidität und/oder eine der vertraglich garantierten Leistungen zur Folge haben.

Ungedeckter Betrag: der Betrag, den der Versicherte zu tragen hat. Der ungedeckte Betrag wird prozentual zur Höhe des entschädigungspflichtigen Schadens angegeben, der dem Versicherten ohne diesen ungedeckten Betrag zustehen würde.

UniSalute: die Versicherungsgesellschaft UniSalute S.p.A mit Sitz in 40138 Bologna - Via Larga 8, die mit der Verwaltung, Bearbeitung und Auszahlung der Schadensfälle im Abschnitt „Assistenz“ beauftragt ist.

Unternehmen: das Versicherungsunternehmen UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

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

Versicherung: Versicherungsvertrag gemäß der Definition in Art. 1882 des italienischen Zivilgesetzbuchs und/oder die mit dem Vertrag geleistete Garantie.

Versicherungsform: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes für Unfälle, der in der Police angegeben ist.

Versicherungsnehmer: die Person, die die Versicherung abschließt und die damit verbundenen Pflichten übernimmt, wie z. B. die wichtige Pflicht zur Zahlung der Prämie.

Versicherungssumme: die in der Police angegebene Summe, die für jede Garantie zur Berechnung der Entschädigung/Rückerstattung verwendet wird.

Versicherungszeitraum - Versicherungsjahr: Bei einer Vertragsdauer von einem Jahr oder weniger ist dies der Zeitraum, der ab 24.00 Uhr des Tages beginnt, an dem die Police wirksam wird, und mit dem Vertragsauslauf endet. Bei einer Vertragsdauer von über einem Jahr beginnt der erste Versicherungszeitraum ab 24.00 Uhr des Tages, an dem der Vertrag wirksam wird, und endet um 24.00 Uhr des ersten jährlichen Fälligkeitsdatums. Die darauffolgenden Versicherungszeiträume haben eine Dauer von einem Jahr.

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit: die zeitweilige, völlige oder teilweise Unfähigkeit des Versicherten, seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.

Wartefristen: der Zeitraum zwischen der Wirksamkeit des Vertrags und der Wirksamkeit der versicherten Garantie.

Wettkämpfe mit Spezialregeln: Wettbewerbe mit Motorfahrzeugen oder Wasserfahrzeugen mit Motor, bei denen nicht die Geschwindigkeit, mit der die verschiedenen Abschnitte, 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.

1

BESTIMMUNGEN ÜBER DIE VERSICHERUNG ALLGEMEIN

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

Art. 1.1 - Versicherungsbeginn und Wirksamkeit

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 wurde. 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. 1.2 - Dauer der Versicherung und Nachlass für die mehrjährige Laufzeit¹

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 für jedes Versicherungsjahr unter Anwendung einer prozentualen Tarifiereduzierung berechnet, die in der Police angegeben ist. Unterliegt die Versicherung der automatischen Angleichung, variiert demzufolge auch die Reduzierung des Betrags.

Art. 1.3 - Vertragsverlängerung, stillschweigende Erneuerung, Nichterneuerbarkeit und Neuberechnung der Prämie zum Fälligkeitsdatum²

Wird der Vertrag mit stillschweigender Verlängerung abgeschlossen, wird er mangels Kündigung einer der Parteien mindestens 30 Tage vor Versicherungsablauf jeweils um ein Jahr verlängert, wobei die Kündigung per Einschreiben, Fax oder zertifizierte E-Mail-Adresse (PEC) (falls der Versicherte oder der Versicherungsnehmer eine solche besitzt) an die Agentur, die für die Police zuständig ist, oder an die Direktion des Versicherungsunternehmens gesendet werden muss. Wird der Vertrag mit stillschweigender Erneuerung abgeschlossen, stellt das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer im Fall von Tarifänderungen in Bezug auf die mit dem Vertrag versicherten Risiken die neuen Prämienbedingungen zur Verfügung, die dem Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor der Vertragsfälligkeit mitgeteilt werden. Die Zahlung der neuen Prämie durch den Versicherungsnehmer kommt der Annahme gleich und führt zur Erneuerung des Vertrags, der sich nur in Bezug auf die neue Prämie ändert. Wenn der Versicherungsnehmer nicht mit der neuen Prämie einverstanden ist und diese nicht bezahlt, verzichtet das Unternehmen auf gerichtliche Schritte zur Eintreibung der Prämie. In diesem Fall gilt der Vertrag wegen Kündigung zum Auslaufdatum als beendet.

1 Welche Laufzeit kann die Versicherung haben?



Die Versicherung kann eine jährliche oder mehrjährige Dauer haben. Bei einer mehrjährigen Laufzeit wird für jedes Versicherungsjahr ein Prämiennachlass gewährt. Der prozentuale Anteil des Nachlasses in Bezug auf die Prämie, die der Kunde bei einer einjährigen Laufzeit zahlen würde, ist in der Police angegeben. Je höher dieser Nachlass ist, desto höher ist die bei Vertragsabschluss vereinbarte Laufzeit. Wenn der mehrjährige Vertrag eine Laufzeit von über fünf Jahren hat, kann der Kunde erst nach Ablauf der ersten fünf Jahre vom Vertrag zurücktreten.

2 Endet der Versicherungsschutz zu dem in der Police angegebenen Datum automatisch oder besteht er weiterhin?



Dies hängt davon ab, was bei Vertragsabschluss vereinbart wurde. Wird der Vertrag „ohne stillschweigende Erneuerung“ abgeschlossen, endet der Versicherungsschutz zum angegebenen Datum, ohne dass irgendeine Mitteilung zwischen den Vertragsparteien vonnöten ist. Dies bedeutet allerdings, dass der Kunde auf den Umstand achten muss, dass er nach Vertragsauslauf nicht länger durch die Versicherung geschützt ist. Wird der Vertrag hingegen „mit stillschweigender Erneuerung“ abgeschlossen, wird der Versicherungsschutz bei Fälligkeit um jeweils ein weiteres Jahr verlängert, bis der Kunde oder das Versicherungsunternehmen den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von mindestens 30 Tagen vor dem Fälligkeitsdatum kündigt. Wird der Vertrag „mit stillschweigender Erneuerung“ abgeschlossen, kann das Versicherungsunternehmen dem Kunden nach Tarifänderungen in Bezug auf die versicherten Risiken eine neue Prämie anbieten. Dies muss dem Kunden mindestens 30 Tage vor der Fälligkeit mitgeteilt werden: Falls der Kunde die neue Prämie nicht akzeptiert, reicht es aus, dass er nicht für die Zahlung der neuen Prämie sorgt, sodass der Vertrag bei Fälligkeit endet.

Wenn der Vertrag eine Laufzeit von über 5 Jahren hat, kann der Versicherungsnehmer sein Rücktrittsrecht im Sinne von Art. 1899 Absatz 1 des italienischen Zivilgesetzbuchs erst nach Ablauf der ersten 5 Vertragsjahre ausüben. Auch in diesem Fall muss die Mitteilung über die Kündigung mindestens 30 Tage vor Vertragsfälligkeit zugesendet werden. Gilt der Vertrag für eine Dauer von fünf Jahren oder weniger, kann der Versicherungsnehmer nicht vorzeitig vom Vertrag zurücktreten und muss den vorgesehenen Vertragsablauf abwarten. Wird eine Nichterneuerbarkeit vereinbart, endet der Vertrag zum Vertragsablauf ohne die Pflicht, diesen zu kündigen.

Art. 1.4 – Zahlung der Prämie ³

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

Art. 1.5 – Ratenzahlung der Prämie ⁴

Obwohl die Jahresprämie nicht teilbar ist, kann das Versicherungsunternehmen dennoch die Ratenzahlung gewähren. Werden die Prämienraten nicht gezahlt, ist das Versicherungsunternehmen nach Ablauf von 15 Tagen ab der jeweiligen Fälligkeit von allen sich daraus ableitenden Verpflichtungen entbunden, wobei das Recht auf die vollständige Eintreibung der Prämie uneingeschränkt vorbehalten bleibt. Die Versicherung wird ab 24.00 Uhr des Tages wieder wirksam, an dem die ausstehende Prämie gezahlt wird.

Art. 1.6 - Ratenzahlung der Prämien über das S.D.D.-Lastschriftverfahren (nur wirksam, wenn in der Police die monatliche Ratenzahlung angegeben ist)

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

a) Nutzung des Lastschriftverfahrens (SEPA Direct Debit) zur monatlichen Zahlung der Prämie

1. Das Versicherungsunternehmen ermöglicht es dem Versicherungsnehmer, dass er 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.
2. Bei Abschluss des Versicherungsvertrags muss der Versicherungsnehmer (i) in der Agentur für die Vorauszahlung einer Summe in Höhe von drei Zwölfteln der vereinbarten Prämie (zzgl. der eventuellen Monatsrate) 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-Lastschriftverfahren (S.D.D.) unterzeichnet und somit seine Bank ermächtigt, die entsprechenden Abbuchungsaufträge des Versicherungsunternehmens anzunehmen.
3. Die Zahlung bei Fälligkeit einer jeden Monatsrate wird vom Unternehmen unter dem Vorbehalt der Prüfung und des tatsächlichen Eingangs der Zahlung akzeptiert.
4. Das Versicherungsunternehmen sorgt in jedem Fall für die Benachrichtigung über die Zahlung der Monatsraten und den Versicherungsschutz der in der Police vorgesehenen Garantien. Hierfür sendet das Versicherungsunternehmen folgende Nachricht an den Versicherungsnehmer, die die Ausstellung einer Quittung ersetzt: „Wir haben die Zahlung per S.D.D.-Lastschrift in Höhe von xxxx,xx € in Bezug auf die Rate vom [TT Monat JJJJ] der Police Nr. xx/xx/xxxx erhalten. Hiermit bestätigen wir den Versicherungsschutz. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.“. Diese Nachricht wird vom Versicherungsunternehmen zugesendet:

3 Was ist die Prämie und wie wird sie berechnet?

Die „Versicherungsprämie“ ist der „Preis“, der an das Versicherungsunternehmen gezahlt werden muss, um den im unterzeichneten Vertrag vorgesehenen Versicherungsschutz zu erhalten. Die Prämie wird beim Abschluss der Versicherung zu dem derzeit geltenden Tarif berechnet bzw. anhand der zur Berechnung berücksichtigten „Risikoparameter“ ermittelt.

4 Wann muss die Prämie bezahlt werden?

Die Zahlung der Gesamtprämie oder der Prämienraten ist eine notwendige Bedingung, damit die Versicherung rechtswirksam und gültig ist. Andernfalls ist die Versicherung nicht wirksam, selbst wenn der Vertrag unterzeichnet wurde. Wenn in der Police eine einzige Rate vorgesehen ist, muss diese bei der Unterzeichnung gezahlt werden. Wenn die Prämie in Raten aufgeteilt wurde, wird bei Begleichung einer jeden Rate ein Beleg - die sogenannte „Quittung“ - ausgestellt, mit der die erfolgte Zahlung und das weitere Bestehen des Versicherungsschutzes bestätigt wird.

- per SMS an folgende Mobilfunknummer [*].

b) Nicht erfolgte Abbuchung der Prämienzahlung

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. 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 a) 4 angegebenen Modalitäten mitteilen: „Die Abbuchung per S.D.D.-Lastschriftverfahren von xxxx,xx € in Bezug auf die Rate vom 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. Versicherungen UnipolSai“.

c) Aufhebung/Änderungen der Dienstleistung der Abbuchung per S.D.D.-Lastschrift

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.
2. Wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag ersetzt und auch beim neuen Vertrag 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. Wenn der Versicherungsvertrag endet oder durch einen anderen ersetzt wird, sendet das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer eine Nachricht mit den unter Punkt a) 4 angegebenen Modalitäten zu: „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 gegenüber UnipolSai Assicurazioni S.p.A. zu regulieren.“
4. Bei Widerruf der Abbuchung per S.D.D.-Lastschriftverfahren durch den Versicherungsnehmer wird ihm das Versicherungsunternehmen eine Nachricht mit den unter Punkt a) 4 angegebenen Modalitäten zusenden: „Nach dem von Ihnen angewiesenen Widerruf der Abbuchung der Prämie per S.D.D.-Lastschrift in Bezug auf 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. Versicherungen UnipolSai“.
5. Bei einem Widerruf oder der Änderung des S.D.D.-Lastschriftverfahrens muss der Versicherte in jedem Fall für die Zahlung der geschuldeten Prämienraten in der Agentur sorgen und muss eine andere Zahlungsmodalität mit der Agentur vereinbaren, indem er sich für eine von den Zahlungsmöglichkeiten entscheidet, die laut den geltenden Gesetzesbestimmungen 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 dazu ermächtigen, vertragliche Mitteilungen über den Vertrag oder die Leistungen an die angegebene E-Mail-Adresse oder Mobilfunknummer zu senden, wobei er sich verpflichtet, allfällige Änderungen umgehend mitzuteilen.

Art. 1.7 Angleichung der Versicherungssummen und der jeweiligen Prämien

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. Die Selbstbehalte, die ungedeckten Mindest- und Höchstbeträge, die in Tagen angegebenen Grenzen, die in Prozent ausgedrückten Werte sowie alle Leistungen im Abschnitt „Assistenz“ und die gegebenenfalls geleistete Garantie für die Leibrente bei bleibender Invalidität werden nicht angeglichen.

Zudem erfolgt keine Angleichung der Beträge laut Art. 2.6 „Leistungsgrenze im Katastrophenfall“ und Art. 2.1.2 „Immer wirksame Garantien“

Art. 1.8 - Erklärungen bezüglich der Risikoumstände

Wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte unzutreffende Angaben macht oder Umstände verschweigt, die die Risikobewertung beeinflussen, kann dies gemäß der Artikel 1892, 1893 und 1894 des italienischen Zivilgesetzbuches den völligen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung sowie die Auflösung der Versicherung zur Folge haben.

Art. 1.9 - Erhöhung des Risikos ⁵

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ist verpflichtet, dem Unternehmen schriftlich alle Änderungen, die das Risiko erhöhen, mitzuteilen. Erhöhungen des Risikos, die dem Versicherungsunternehmen nicht bekannt waren oder denen der Versicherer nicht zugestimmt hat, können gemäß Art. 1898 des italienischen Zivilgesetzbuches zum völligen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung sowie zur Auflösung der Versicherung führen.

Art. 1.10 - Verringerung des Risikos

Bei einer Verringerung des Risikos ist das Versicherungsunternehmen verpflichtet, nach der entsprechenden Mitteilung des Versicherten oder des Versicherungsnehmers die Prämie oder die folgenden Prämienraten herabzusetzen (§ 1897 des italienischen ZGB). Das Versicherungsunternehmen verzichtet diesbezüglich auf das Rücktrittsrecht.

Art. 1.11 – Änderungen der Versicherung

Etwaige Änderungen der Versicherung müssen in schriftlicher Form genehmigt werden.

Art. 1.12 – Form der Mitteilungen

Alle Mitteilungen, zu denen der Versicherte, der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen verpflichtet sind, müssen per Einschreiben, Fax oder PEC-Adresse (zertifizierte E-Mail-Adresse) falls der Versicherte oder der Versicherte über eine solche verfügt - an die Direktion des Versicherungsunternehmens oder an die für die Police zuständige Agentur zugesendet werden.

Art. 1.13 – 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 sie der Gegenpartei den Rücktritt vorab mitteilt.

Die entsprechende Mitteilung per Einschreiben, Fax oder PEC-Adresse (zertifizierte E-Mail-Adresse) - falls der Versicherte oder der Versicherte über eine solche verfügt - wird rechtswirksam:

- nach 30 Tagen ab dem Zustellungsdatum, das aus dem Poststempel hervorgeht, wenn die Mitteilung vom Unternehmen zugesendet wurde;
- ab dem Datum des Poststempels, des Faxberichts oder der zertifizierten E-Mail (PEC), wenn die Mitteilung vom Versicherungsnehmer zugesendet wurde.

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

Die eventuelle Einnahme der fällig gewordenen Prämien nach Schadensmeldung und die Ausstellung der entsprechenden Quittung können nicht als Verzicht auf das Rücktrittsrecht des Versicherungsunternehmens angesehen werden

Hat der Vertrag eine mehrjährige Dauer und ist der Abschnitt „Krankheit“ vorgesehen, verzichtet das Unternehmen auf die Ausübung des Rücktrittsrechts im Schadensfall.

Art. 1.14 – Pflichtversicherungen

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

Art. 1.15 – Andere Versicherungen

Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte sind verpflichtet, dem Unternehmen mitzuteilen, wenn Versicherungen bei anderen Versicherern bestehen oder eventuell im Nachhinein abgeschlossen werden,

5 Woher weiß ich, was in Art. 1898 des Zivilgesetzbuchs für den Fall einer Risikoerhöhung während der Vertragslaufzeit vorgesehen ist?

Damit Sie den Inhalt der im Vertrag genannten Artikel des italienischen Zivilgesetzbuchs, der italienischen Zivilprozessordnung und des italienischen Gesetzbuchs über die Luft- und Seefahrt nachlesen können, wurde nach den Versicherungsbedingungen der Abschnitt „GESETZLICHE BESTIMMUNGEN, AUF DIE IN DER POLICE VERWIESEN WIRD“ eingefügt, der den vollständigen Text dieser Artikel enthält.



die dasselbe Risiko und die gleichen Garantien betreffen, die mit diesem Vertrag versichert sind. In der genannten Mitteilung müssen auch die Versicherungssummen angegeben werden.

Die vorsätzliche Unterlassung der o. g. Mitteilung führt zur Verwirkung des Anspruchs auf Entschädigung. Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte ist in folgenden Fällen von der Pflicht zur Meldung bestehender oder im Nachhinein abgeschlossener Versicherungen für dasselbe Risiko befreit:

- bei Policen zugunsten der gleichen Versicherten, die vom Arbeitgeber in Erfüllung der betrieblichen Arbeitsverträge und der nationalen oder ergänzenden Vereinbarungen abgeschlossen worden sind, es sei denn, der Versicherungsnehmer solcher Policen ist auch der Versicherungsnehmer im vorliegenden Vertrag;
- bei Policen zur Abdeckung des Risikos von Verkehrsunfällen;
- bei Unfallgarantien, die automatisch auf den Besitz von Kreditkarten, Bankgirokonten oder andere Deckungen durch den Kauf von Gütern oder Dienstleistungen, die nicht unter die Versicherungsbranche fallen, zurückzuführen sind;
- bei den Garantien „Prämienschutz“;
- bei den Garantien „Assistenz“.

Im Schadensfall muss der Versicherungsnehmer gemäß Artikel 1910 des italienischen Zivilgesetzbuchs alle Versicherer benachrichtigen und jedem von ihnen die Namen der übrigen Versicherer mitteilen.

Art. 1.16 – Zuständiges Gericht

Für alle Streitigkeiten ist das Gericht zuständig, an dem der Wohnsitz oder das gewählte Domizil des Versicherungsnehmers oder des Versicherten liegt, falls es sich um eine natürliche Person handelt. Handelt es sich beim Versicherungsnehmer oder Versicherten um eine juristische Person oder eine Körperschaft ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem deren Rechtssitz liegt.

Art. 1.17 - Verweis auf gesetzliche Bestimmungen

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

Was wird versichert?**Art. 2.1 - Grundgarantie ⁷**

Das Unternehmen entschädigt ,im Rahmen der Grenzen der in der Police angegebenen Garantien und Versicherungssummen⁸ die direkten und ausschließlichen, Folgen von Unfällen, die der Versicherte bei der Ausführung der Tätigkeiten erleidet, die in der angegebenen Versicherungsform laut Police beschrieben sind.

Formen des Versicherungsschutzes**A) FREIZEIT UND ARBEIT**

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet, die in der Police angegeben ist, sowie für Unfälle bei der Ausübung jeder anderen nicht berufsbedingten Tätigkeit.

B) ARBEIT

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet, die in der Police angegeben ist, einschließlich der Wegeunfälle, die auf dem Weg zwischen der Wohnung des Versicherten und dem Ort der in der Police angegebenen beruflichen Tätigkeit eintreten. Wenn die vom Versicherten in der Police angegebene berufliche Tätigkeit zur Berufsgruppe der Militärangehörigen und/oder Polizeikräfte gehört, sind ferner vom Risiko jene Unfälle ausgeschlossen, die der Versicherte während der gemäß den behördlichen Funktionen ausgeübten Einsätze außerhalb der Dienstzeit erleidet, wenn der Versicherte seinen Dienst bei dem in der Police angegebenen Militärkorps leistet.

C) FREIZEIT

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung jeder nicht berufsbedingten Tätigkeit erleidet, einschließlich der Wegeunfälle, die auf dem Weg zwischen der Wohnung des Versicherten und dem Ort der beruflichen Tätigkeit eintreten.

6 Deckt die Unfallgarantie ausschließlich die Unfälle ab, die der Versicherte bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit erleidet?

?

Nein, der Versicherungsschutz gilt je nach Auswahl, die vom Versicherungsnehmer getroffen wurde, der die Police individuell gestalten kann, indem er die Tätigkeiten angibt, die er im Bereich „Freizeit und Arbeit, „Arbeit“ oder „Freizeit“ durch die Versicherung absichern möchte.

7 Deckt die Grundgarantie die notwendigen Behandlungskosten nach einem erlittenen Unfall ab?

!

Nein, für die Rückerstattung der nach einem Unfall angefallenen Behandlungskosten muss die Grundgarantie durch den Erwerb der Zusatzgarantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ erweitert werden.

8 Wo kann ich die in den Versicherungsbedingungen enthaltenen Einschränkungen und Untergrenzen nachlesen?

?

Für einen klaren und vollständigen Überblick über die Einschränkungen und Untergrenzen sowie über die ggf. vorgesehenen ungedeckten Beträge und Selbstbehalte müssen Sie nur die entsprechende zusammenfassende Tabelle konsultieren, die sich am Ende eines jeden Abschnitts der Versicherungsbedingungen befindet.

Garantierte Ereignisse ⁹

Im Rahmen der Wirksamkeit der in der gewählten Versicherungsform vorgesehenen Garantien werden auch folgende Ereignisse als **Unfälle angesehen**:

- a) nicht krankheitsbedingter Erstickungsanfall;
- b) akute Vergiftung durch die unbeabsichtigte Einnahme oder Aufnahme von Substanzen;
- c) Infektion oder Vergiftung durch Tierbisse, Insekten- und Pflanzenstiche, unter **Ausschluss von Malaria und Tropenkrankheiten**;
- d) Sonnenstich oder Hitzschlag, Blitzschlag;
- e) Ertrinken;
- f) Erfrieren und Unterkühlung;
- g) subkutane Sehnenrupturen, beschränkt auf die vorgesehenen Fälle in der Bewertungstabelle gemäß Art. 6.4 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen, unter **Ausschluss der Ruptur der Rotatorenmanschette**. Diese Erweiterung gilt unter der Voraussetzung, dass der Versicherte zum Schadenszeitpunkt seit mindestens 180 Tagen ohne Unterbrechung durch eine Unfallversicherung des Unternehmens abgedeckt ist.
- h) durch Kraftanstrengung verursachte Verletzungen, **unter Ausschluss jeder Art von Infarkt**;
- i) durch Kraftanstrengung verursachte traumatische Bauchhernien, **unter Ausschluss jeder anderen Form einer Hernie, gemäß den Entschädigungskriterien, die in Art. 6.7. „Durch Kraftanstrengung verursachte traumatische Bauchhernien“** der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen vorgesehen sind;
- j) Läsionen durch die Aufnahme von Lebensmitteln und Getränken;
- k) Unfälle, die sich bei Unwohlsein, plötzlicher Unpässlichkeit oder Bewusstlosigkeit oder als Folge davon ereignen;
- l) Unfälle, die durch schwere Schuld, mangelnde Erfahrung oder Fahrlässigkeit des Versicherten herbeigeführt werden.
- m) Embolien und die Folgen des Wasserdrucks, **vorausgesetzt, diese sind nicht auf das Tauchen mit einem Atemgerät zurückzuführen**.

Garantieerweiterungen

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

1) Risiko Krieg, Aufstände im Ausland

Unter teilweiser Abweichung von Artikel 1912 des italienischen Zivilgesetzbuches wird die Wirksamkeit dieser Garantien erweitert auf Unfälle aufgrund von Kriegshandlungen (auch ohne Kriegserklärung), Volksaufständen und militärischer Besetzung, die der Versicherte außerhalb des Territoriums der Republik Italien, der Republik S. Marino und der Vatikanstadt erleidet, **und zwar für einen Zeitraum von höchstens 14 Tagen ab Eintritt der genannten Ereignisse, wenn der Versicherte vom Ausbruch dieser Ereignisse überrascht wird, während er sich im ausländischen Staat aufhält**.

2) Risiko „Unruhen und terroristische Akte“

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

3) Flugrisiko

Die Garantien sind auch bei Unfällen des Versicherten wirksam, die er während Flügen zu touristischen Zwecken oder Transferflügen durch beliebige Fluggesellschaften als Passagier eines Flugzeugs erleidet.

Nicht entschädigungspflichtig sind Unfälle bei Flügen folgender Betreiber:

- Flüge von Gesellschaften/Unternehmen für die Arbeitsluftfahrt bei Flügen, die nicht zur öffentlichen Passagierbeförderung bestimmt sind;
- Luftsportflüge.

Ferner werden Flüge mit Segelfliegern, Motorsegelflugzeugen, Heißluftballons und Luftschiffen nicht durch die Versicherung abgedeckt. Bezüglich der Wirksamkeit der Garantie gilt der Flug in dem Moment als begonnen, wenn der Versicherte an Bord des Flugzeugs geht, und gilt als abgeschlossen, wenn er das Flugzeug wieder verlässt.

9 Gilt der Versicherungsschutz bei besonderen Ereignissen, wie z. B. bei einem Sonnenstich, bei Ertrinken oder bei einer Vergiftung durch einen Insektenstich?

Da in diesen Fällen Zweifel in Bezug auf die klassische Definition eines Unfalls aufkommen könnten (der für gewöhnlich als ein vom Willen unabhängiges Ereignis infolge einer gewaltsamen und äußeren Ursache definiert wird, das objektiv feststellbare Verletzungen verursacht, die den Tod, eine bleibende Invalidität und/oder eine der vertraglich garantierten Leistungen zur Folge haben) werden solche Ereignisse ausdrücklich mit einem Unfall gleichgestellt, die somit unter den Versicherungsschutz fallen.

?

4) Risiko in Bezug auf Freizeitsport

Die Garantien, und zwar nur auf die Versicherungsformen „Freizeit und Arbeit“ und „Freizeit“ begrenzt, werden für Unfälle geleistet, die der Versicherte während der Ausübung von Sportarten in der Freizeit erleidet. Als solche sind Sportarten anzusehen, die nur zu reinen Freizeitzwecken ausgeübt werden, selbst wenn sie von Mitgliedern von Sportverbänden oder Vereinigungen, die vom Dachverband CONI anerkannt sind ausgeübt werden und in jedem Fall nicht zur gelegentlichen oder regelmäßigen Teilnahme an Wettbewerben, Wettkämpfen oder anderen Sportveranstaltungen mit Leistungssportcharakter dienen.

Zu den ausgeübten Freizeitsportarten gehören auch die sportlichen Tätigkeiten, die die gelegentliche Teilnahme an Sportveranstaltungen und/oder Turnieren ohne Leistungssportcharakter und an betrieblichen und betriebsübergreifenden Wettbewerben mit sich bringen, einschließlich des entsprechenden Trainings oder Tests.

5) Risiko Naturkatastrophen

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

Begrenzt auf die Folgen solcher Ereignisse gilt als vereinbart, dass die geschuldete Entschädigung auf 50% der jeweiligen Versicherungssummen festgelegt wird.

Nur wenn in der Police die Garantie „Bleibende Invalidität Classic“ wirksam ist, wird die Entschädigung für diese Garantie anhand der Kriterien bestimmt, die in Art. 6.8 „Naturkatastrophen“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen vorgesehen sind.

Art. 2.1.1 - Geleistete Garantien

Die folgenden Garantien werden nur geleistet wenn sie in der Police angegeben sind.

a) Todesfall

Die Garantie wird mit der in der Police angegebenen Versicherungssumme für einen Unfall geleistet, der den Tod des Versicherten zur Folge hat. Die Wirksamkeit der Garantie wird auch für den Fall erweitert, in dem der Versicherte nach Vertragsauslauf verstirbt, jedoch nur, wenn der Tod innerhalb von zwei Jahren nach 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 jedoch ausgezahlt und der Versicherte verstirbt 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. Andernfalls sind sie nicht verpflichtet, die Differenz zurückzuerstatten.

Beim Todesfall im Ausland erstattet das Versicherungsunternehmen den Begünstigten oder den Erben die Kosten für die Rückführung des Leichnams bis maximal 10% der Versicherungssumme und mit einem Höchstbetrag von 10.000,00 €.

a.1) Irreversibler komatöser Zustand

Bei einem im Sinne der Police entschädigungsfähigen Unfall, der zu einem komatösen Zustand führt, der irreversibel ist, da er seit 180 aufeinanderfolgenden Tagen ununterbrochen andauert, zahlt das Versicherungsunternehmen (vorbehaltlich der Schadensmeldung, die das Fortbestehen des komatösen Zustands für den o.g. Zeitraum nachweist und von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt wird) die für den Todesfall vorgesehene Entschädigung nach den Kriterien in Art. 6.3.2 „Auszahlung der Entschädigung für den Todesfall bei einem irreversiblen komatösen Zustand“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen.

b) Bleibende Invalidität durch einen Unfall

Die Garantie wird im Rahmen der in der Police angegebenen Versicherungssumme für einen Unfall des Versicherten geleistet, der eine bleibende Invalidität zur Folge hat, die anhand der Kriterien in Art. 6.4 („Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen oder durch die ggf. geltende Sonderbedingung gemäß Art. 2.5.1 („Anwendung der INAIL-Tabelle“) festgestellt wird.

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

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt unter Anwendung eines Selbstbehalts pro Schadensfall, der nach der vom Versicherungsnehmer getroffenen und in der Police angegebenen Auswahl festgelegt ist.

Mögliche Auswahloptionen

b.1) Bleibende Invalidität - 5% Selbstbehalt

Bei einer bleibenden Invalidität von 5% oder darunter ist keine Entschädigung vorgesehen.

Bei einer bleibenden Invalidität über 5% wird die Entschädigung prozentual zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität ausgezahlt, und zwar nach den Bedingungen in der Entschädigungstabelle A1) „Grundgarantie“ gemäß Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen.

b.2) Bleibende Invalidität „Top Target“ - 30% Selbstbehalt

Bei einer bleibenden Invalidität von 30% oder darunter ist keine Entschädigung vorgesehen.

Bei einer bleibenden Invalidität über 30% wird die Entschädigung prozentual zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität ausgezahlt, und zwar nach den Bedingungen in der Entschädigungstabelle A1) „Grundgarantie“ gemäß Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen.

b.3) Bleibende Invalidität - Leibrente

Bei einer bleibenden Invalidität von 60% oder darunter (Selbstbehalt) ist keine Entschädigung vorgesehen.

Bei einer bleibenden Invalidität von 60% oder darunter (Selbstbehalt) ist keine Entschädigung vorgesehen. deren anfänglicher Jahresbetrag in Höhe der in der Police angegebenen Summe einer Neubewertung unterliegt. Die Leibrente wird im Nachhinein in monatlichen Raten ausgezahlt.

Die Leibrente wird mit einer Lebensversicherungspolice mit Einmalprämie zugunsten des Versicherten gegründet, ohne dass ihm dadurch zusätzliche Kosten entstehen.

Dieser Lebensversicherungsvertrag ist nicht rückkaufsfähig. Die zugesicherte und gemäß den vorgesehenen Bedingungen in der genannten Lebensversicherung jährlich neu bewertete Leibrente wird dem Versicherten zeitlebens ausgezahlt.

Die Versicherung tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, an dem die Mitteilung des Unternehmens über die Feststellung der bleibenden Invalidität über 60% erfolgte.

Die Leibrente wird im Nachhinein in monatlichen Raten zu jeder monatlichen Fälligkeit nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung ausgezahlt: Die Auszahlung der ersten 3 Raten erfolgt in einem Betrag zum Datum, das für die Zahlung der dritten Monatsrate vorgesehen ist. Die jeweiligen Vertragsbedingungen sind jene, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschluss galten, die dem Versicherungsnehmer ausgehändigt wurden.

Art. 2.1.2 - Immer wirksame Garantien

Im Rahmen der Grundgarantie und Versicherungssummen wird die Versicherung nach einem im Sinne der Police entschädigungspflichtigen Unfall auch auf die folgenden Versicherungsdeckungen erweitert:

Schutz der Kinder

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 mit dem vorliegenden Vertrag versichert war, werden die den minderjährigen oder behinderten Kindern des Versicherten vertraglich zustehenden Entschädigungsanteile verdoppelt. Es versteht sich jedoch dabei, dass der Höchstbetrag für das Versicherungsunternehmen unabhängig von der Anzahl der minderjährigen oder behinderten Begünstigten keinesfalls eine Gesamtsumme von 200.000,00 Euro überschreiten darf.

2) Verlust eines Schuljahres

Führt der Unfall des minderjährigen Versicherten dazu, dass der Besuch der Unterrichtsstunden solange nicht möglich ist, sodass das Schuljahr gemäß den geltenden Bestimmungen des Ministeriums nachgeholt werden muss, zahlt das Unternehmen eine Pauschalentschädigung in Höhe von 2.500,00 Euro.

Die Garantie gilt:

- für minderjährige Versicherte, die Grund- und Sekundarschulen in Italien oder im Ausland besuchen, die sich im Territorium der Republik Italien, der Vatikanstadt und der Republik San Marino befinden;

- nach Vorlage einer Bescheinigung, die vom Schulsekretariat oder von der Schulbehörde ausgestellt wurde und nachweist, dass der Verlust des Schuljahres auf die Nichtteilnahme am Unterricht zurückzuführen ist;
- nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, dass die Nichtteilnahme am Unterricht eine direkte Folge des angezeigten Unfalls war.

3) **Bleibende Invalidität von nicht versicherten minderjährigen Kindern**

Hat der Unfall die bleibende Invalidität eines nicht versicherten Kindes unter zwei Jahren zur Folge, **erkennt das Unternehmen den Eltern,** vorausgesetzt beide sind versichert, die Rückerstattung der Behandlungskosten gemäß Art. 2.4.1 „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ **an, die binnen zwei Jahren ab dem Unfall angefallen sind, bis zu einem Höchstbetrag von 10.000,00 Euro.**

4) **Bleibende Invalidität von versicherten minderjährigen Kindern**

Hat der Unfall des minderjährigen Versicherten eine bleibende Invalidität zur Folge, zahlt das Unternehmen die ihm für die Garantie der bleibenden Invalidität zustehende Entschädigung aus, die um 50% erhöht wird.

Komatöser Zustand

5) **Pauschalentschädigung für den komatösen Zustand**

Das Unternehmen zahlt nach den Kriterien in Art. 6.3.3 „Auszahlung der Pauschalentschädigung für einen komatösen Zustand“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen eine zusätzliche pauschale Entschädigung in Höhe von 10.000,00 Euro aus, wenn der Unfall zu einem komatösen Zustand des Versicherten geführt hat.

Die zusätzliche Entschädigung wird ausgezahlt, wenn der komatöse Zustand **innerhalb von 5 Tagen ab dem Unfallereignis eingetreten ist und nach Ablauf der 5 Tage nach dem Unfalltag immer noch andauert, so wie von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt.**

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.

Was ist NICHT versichert?

Art. 2.2 - Versicherungsausschlüsse

Die Versicherung gilt nicht für Unfälle durch:

- a) 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 der Schadensregulierung erneuert bzw. er wird aus Gründen nicht erneuert, die direkt und ausschließlich auf die Verletzungen des Fahrers/Führers als Folge des Unfalls zurückzuführen sind, ausgenommen der Unfälle von minderjährigen Kindern, die durch das Fahren von Fahrzeugen ohne das Wissen der Eltern oder des Erziehungsberechtigten verursacht wurden;
- b) die Verwendung und das Führen von Luftfahrzeugen, Drachenfliegern, Ultraleichtflugzeugen, Gleitschirmfliegern, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.1 (Grundgarantie - Erweiterung der Garantie, Punkt 3) Flugrisiko);
- c) Ausübung von Profisport;
- d) Ausübung von Leistungssport, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.5.13 Buchstabe a), insofern wirksam;
- e) Ausübung von Extremsportarten, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.5.13 Buchstabe b), insofern wirksam;
- f) Ausübung von Motorsport und Motorbootsport, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.5.13 Buchstabe c), insofern wirksam;
- g) Ausübung von Flugsport, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.5.13 Buchstabe d), insofern wirksam;
- h) die Verwendung und das Führen von Unterwasserfahrzeugen;
- i) Vergehen, die der Versicherte mit Vorsatz begangen hat oder versucht hat, zu begehen, ausgenommen der Handlungen, die als Pflicht zur menschlichen Solidarität oder zur Selbstverteidigung anzusehen sind;
- j) Alkoholausschuss des Versicherten bei der Fahrt mit Fahrzeugen allgemein sowie bei Unfällen infolge eines Missbrauchs von Psychopharmaka, die Einnahme von Drogen oder Halluzinogenen (insofern diese nicht zu therapeutischen Zwecken von Ärzten verschrieben worden sind), und zwar beschränkt auf den Versicherten, der den Unfall in einem solchen Zustand verursacht hat;
- k) Krieg, Aufstände oder Terrorakte, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.1 (Grundgarantie - Erweiterung der

- Garantie, Punkt 1) Risiko Krieg, Aufstände im Ausland und Punkt 2) Risiko Unruhen und terroristische Akte);
- l) 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);
 - m) chirurgische Eingriffe, Untersuchungen und medizinische Behandlungen, die nicht durch einen Unfall notwendig geworden sind;
 - n) Handlungen oder Verhalten des Versicherten, die im direkten Zusammenhang mit folgenden Erkrankungen stehen: hirnorganisches Psychosyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Krankheitsformen oder paranoide Zustände.

Ferner ist Folgendes von der Versicherung ausgeschlossen:

- o) durch jegliche Ursache herbeigeführter Herzinfarkt und Schlaganfall sowie die Ansteckung mit dem HIV- und Hepatitisvirus.

Art. 2.3 - Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags

A) Nicht versicherbare Personen

Unabhängig von der tatsächlichen Bewertung des Gesundheitszustandes können mit diesem Abschnitt Personen nicht versichert, die an chronischem Alkoholismus, manifester AIDS-Erkrankung und damit verbundenen Syndromen oder an Drogenabhängigkeit leiden.

Die Versicherung verliert gegenüber diesem Versicherten in jedem Fall ihre Gültigkeit, wenn eine der genannten Erkrankungen eintritt, ohne dass die eventuelle Einnahme der fällig gewordenen Prämien nach diesem Ereignis beanstandet werden kann. In diesem Fall werden dem Versicherungsnehmer diese Prämien, abzüglich der steuerlichen Abgaben,

B) Auflösung der Versicherung

Wenn eine der mit der vorliegenden Police versicherten Personen während der Vertragslaufzeit das unten genannte Alter erreicht (begrenzt auf die nachfolgend angegebenen Garantien und beschränkt auf diese Person), dann endet die Versicherung bei der jährlichen Fälligkeit der nächsten Prämie:

- 80 Jahre in Bezug auf die im Abschnitt „Unfälle“ vorgesehenen Garantien, mit Ausnahme der Garantie für die bleibende Invalidität - Leibrente;
- 70 Jahre in Bezug auf die Garantie der bleibenden Invalidität - Leibrente.

Individuelle Zusammenstellung der Versicherung ¹⁰

Art. 2.4 - Zusatzgarantien (gegen Zahlung einer Zusatzprämie)

Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, eine oder mehrere der nachfolgend angebotenen Zusatzgarantien zu erwerben. Diese Garantie ist nur wirksam, wenn sie in der Police angegeben ist und die entsprechende Prämie gezahlt wurde.

Art. 2.4.1 - Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall

Das Versicherungsunternehmen sorgt für die Rückerstattung der Behandlungskosten, die dem Versicherten bei einem Unfall während der Vertragslaufzeit binnen zwei Jahren ab dem Unfalltag entstanden sind. Rückerstattet werden die Kosten, für:

- a) diagnostische Untersuchungen;
- b) 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;

10 Kann der Versicherungsschutz individuell gestaltet werden?

Ja, denn jeder Kunde hat eigene Vorstellungen und einen individuellen Versicherungsbedarf. Manche Kunden bevorzugen eine Grundabsicherung, die Risiken ausreichend abdeckt, jedoch günstiger ist. Andere wiederum möchten den Versicherungsschutz durch zusätzliche Garantien erweitern. Diesbezüglich ist es im Abschnitt „Individuelle Zusammenstellung der Versicherung“ (der auch in anderen Teilen der Police vorgesehen ist) möglich, Zusatzgarantien und Sonderbedingungen auszuwählen, die den Versicherungsschutz erweitern und es ermöglichen, bestimmte Untergrenzen und Selbstbehalte/ungedeckte Beträge anzupassen.

?

- c) Arzneimittel, physiotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen und Thermalkuren (wobei Hotelkosten in jedem Fall ausgeschlossen sind);
- d) 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;
- e) die Gebühren für den Krankenhausaufenthalt;
- f) den Kauf oder die Miete von orthopädischen Rollstühlen oder anderen Hilfs- und Stützmitteln, die von Ärzten verschrieben wurden, um den Heilungsprozess zu begünstigen;
- g) die Rückerstattung der Kosten für Zahnprothesen und zwar beschränkt auf die Zahnelemente, die tatsächlich verloren oder beschädigt wurden, und nur dann, wenn die Zahnprothese innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalldatum eingesetzt wurde. Es versteht sich jedoch dabei, dass die Rückerstattung von Kosten für zahnärztliche Behandlungen und Parodontopathien davon stets ausgeschlossen ist, wenn diese Kosten nicht durch den Unfall notwendig geworden sind.
- h) Transport des Versicherten mit Krankenwagen, die speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung eingesetzt werden, bis zu einer Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme.

Modalitäten für die Leistungserbringung

Die Leistungen können mit folgenden operativen Modalitäten erbracht werden:

- 1) **Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind.**¹¹¹²
Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die Vertragspartner der UniSalute sind, hat der Versicherte Anspruch auf die Rückerstattung bis zur maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der in der Police angegebenen Versicherungssumme, die um 1.000,00 Euro erhöht wird, ohne Anwendung eines Selbstbehalts.
- 2) **Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner von UniSalute sind.**
Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, kann der Versicherte nach eigenem Ermessen eine private oder öffentliche Struktur wählen, wobei er die anfallenden Kosten vorstreckt. Im Anschluss daran beantragt der Versicherte bei der UniSalute die vollständige Rückerstattung der Kosten, und zwar innerhalb der maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme und unter Anwendung eines ungedeckten Betrags in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von 50,00 Euro und einem nicht entschädigungspflichtigen Höchstbetrag von 250,00 Euro für jeden Unfall.
- 3) **Leistungen des staatlichen Gesundheitswesens**
Nimmt der Versicherte Leistungen des staatlichen Gesundheitswesens in direkter oder indirekter Form bzw. in einer anderen Form der Gesundheitsbetreuung (Sozialversicherungsanstalten, Krankenkassen usw.) in Anspruch, erstattet UnipolSai die Zuzahlung sowie die zulasten des Versicherten verbliebenen Gesundheitsausgaben bis zur maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme, die um 1.000,00 Euro erhöht wird, ohne Anwendung eines ungedeckten Betrags.

Die in der Police angegebene Versicherungssumme gilt im Lauf des Versicherungsjahres als einzige Summe für die unter den Punkten 1), 2) und 3) angegebenen Leistungen. Daher kann der Versicherte die Erhöhung der Entschädigung gemäß der Punkte 1) und 3) in Höhe von 1.000,00 Euro bei Leistungen in vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtungen erst in Anspruch nehmen, nachdem die in der Police angegebene Versicherungssumme ausgeschöpft ist.

11 Woher weiß ich, welche Gesundheitseinrichtungen vertraglich zum Netzwerk von UniSalute gehören?

Sie können das Verzeichnis mit den vertraglich gebundenen Einrichtungen und Vertragsärzten auf folgender Internetseite konsultieren: www.unisalute.it.

12 Welchen Vorteil habe ich, wenn ich mich dazu entscheide, die Leistungen in vertraglich gebundenen Einrichtungen in Anspruch zu nehmen?

Wenn sich der Kunde dazu entscheidet, die Leistungen in vertraglich gebundenen Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, entstehen ihm dadurch drei Vorteile:

- Er muss sich nicht um die Vereinbarung eines Termins beim Facharzt kümmern, weil die Terminvereinbarung von UniSalute SpA übernommen wird.
- Er hat Anspruch auf die Rückerstattung bis zur maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der in der Police angegebenen Versicherungssumme, die um 1.000,00 Euro erhöht wird.
- Für den Schadensfall werden die eventuell vorgesehenen Selbstbehalte nicht angewendet.

Entschädigung für einen Unfall

Art. 2.4.2 - Entschädigung für die stationäre Behandlung

Die Garantie wird im Rahmen der in der Police angegebenen Versicherungssumme bei einem Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung oder Tagesklinik geleistet, der durch einen Unfall notwendig geworden ist. Das Versicherungsunternehmen zahlt dem Versicherten nach beendeter klinischer Heilung:

- den in der Versicherungspolice angegebenen Tagessatz für jeden Tag des Klinikaufenthalts;
- 50% der in der Versicherungspolice vorgesehenen Entschädigung für jeden Tag des Aufenthalts in einer Tagesklinik.

Die Entschädigung wird für maximal 365 Tage pro 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 der Landesgrenzen der Republik Italien, der Vatikanstadt und der Republik San Marino, der einen Klinikaufenthalt im Ausland mit sich bringt, erstattet das Versicherungsunternehmen den Tagessatz für die stationäre Behandlung für die gesamte Aufenthaltsdauer, der um 50% erhöht wird.

Art. 2.4.3 - Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit

Zusätzlich zu den Bestimmungen in Art. 2.4.2 „Entschädigung für die stationäre Behandlung“ zahlt das Versicherungsunternehmen eine Entschädigung für die Genesungszeit nach einem Unfall 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. Die Entschädigung wird gezahlt, ohne eine ärztliche Bescheinigung vorlegen zu müssen, jedoch nur für einen zusätzlichen Zeitraum von höchstens 90 Tagen pro Unfall.

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

Art. 2.4.4 - 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 gebrauchsfertiger 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 für die Immobilisierung wird für jeden Tag der Ruhigstellung zuerkannt, bis das orthopädische Stützmittel abgenommen wird und in jedem Fall für einen Zeitraum von höchstens 60 Tagen pro Unfall.

Art. 2.4.5 - Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall

Die Garantie wird im Rahmen der in der Police angegebenen Versicherungssumme bei Unfall geleistet, der zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Die Zahlung der Entschädigung erfolgt gemäß den nachfolgend angegebenen Modalitäten, je nachdem, welche Auswahl vom Versicherungsnehmer in der Police angegeben wurde:

a) Vollständige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Führt der Unfall zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, zahlt das Unternehmen für maximal 365 Tage pro Unfall den in der Police angegebenen Tagessatz für die Entschädigung vollständig für jeden Tag aus, an dem der Versicherte gar nicht oder nur teilweise in der Lage war, seiner im Versicherungsschein angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.

b) Teilweise vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Das Unternehmen zahlt für maximal 365 Tage pro Unfall den in der Police angegebenen Tagessatz aus:

- zu 100% für jeden Tag, an dem der Versicherte gar nicht in der Lage war, seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen;
- zu 50% für jeden Tag, an dem der Versicherte nur teilweise seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachgehen konnte.

Es versteht sich jedoch dabei, dass das Unternehmen den Tagessatz für maximal 90 Tage pro Schadensfall und Versicherungszeitraum in jedem Fall nur dann vollständig auszahlt, wenn der Unfall zu einem oder mehreren der nachfolgenden Umstände führt:

- eine stationäre Behandlung von mindestens 5 aufeinanderfolgenden Tagen;
- mehrere stationäre Behandlungen wegen desselben Schadensfalls, die jeweils einzeln weniger als 5 aufeinanderfolgende Tage andauern, deren Gesamtdauer jedoch 30 Tage übersteigt;
- Immobilisierung von mindestens 20 aufeinanderfolgenden Tagen unter Ausschluss der Ruhigstellung der Finger;
- bleibende Invalidität mit einem festgestellten Invaliditätsgrad von 15% oder mehr;
- wenn die Erstbehandlungen von einer Notaufnahme eines Krankenhauses geleistet und bescheinigt wurden und die völlige und/oder teilweise körperliche Unfähigkeit innerhalb des prognostizierten Heilungszeitraums auf der ersten ärztlichen Bescheinigung dieser Notaufnahme ausgeht.

c) **Völlige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit**

Führt der Unfall zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, zahlt das Unternehmen für maximal 365 Tage pro Unfall den in der Police angegebenen Tagessatz für die Entschädigung vollständig für jeden Tag aus, an dem der Versicherte gar nicht in der Lage war, seiner im Versicherungsschein angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.

Bei allen Garantieförmn gemäß der Punkte a), b) und c) werden die entschädigungsfähigen Tage unter Abzug der folgenden Selbstbeteiligungszeträume berechnet:

- 7 Tage in Bezug auf die Versicherungssumme bis 50,00 Euro;
- 15 Tage in Bezug auf die Versicherungssumme, die 50,00 Euro übersteigt;

Die genannten Selbstbeteiligungszeträume für die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit werden nicht angewendet, wenn der Unfall:

- zu einer stationären Behandlung in einer klinischen Einrichtung von zwei Tagen oder mehr führt;
- zu einem eintägigen Aufenthalt in einer Tagesklinik mit einem chirurgischen Eingriff führt.

Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit außerhalb Europas ist nur begrenzt auf den Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes entschädigungsfähig. Diese Begrenzung endet ab 24.00 Uhr des Tages, an dem der Versicherte nach Europa zurückkehrt.

Art. 2.5 - Sonderbedingungen (gegen Zahlung einer Zusatzprämie)

Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, eine oder mehrere der nachfolgend angebotenen Sonderbedingungen zu erwerben. Diese Garantie ist nur wirksam, wenn sie in der Police angegeben ist und die entsprechende Prämie gezahlt wurde.

Änderung der Tabelle zur Bewertung der bleibenden Invalidität durch einen Unfall

Art. 2.5.1 - Anwendung der INAIL-Tabelle

In teilweiser Abweichung von Art. 6.4 („Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen erfolgt die Festlegung des Invaliditätsgrads anhand 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 genehmigt wurde, wobei das Versicherungsunternehmen auf die Anwendung des im genannten Gesetz vorgesehenen Selbstbehalts verzichtet.

Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität „Classic“

In teilweiser Abweichung von den Bestimmungen unter Buchstabe b.1) - Bleibende Invalidität „Classic“ (5% Selbstbehalt) gemäß Art. 2.1.1 „Grundgarantie“ wird die Entschädigung für die bleibende Invalidität basierend auf der vom Versicherungsnehmer getroffenen Wahl ausgezahlt. Im Einzelnen:

Art. 2.5.2 - Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt

Bei einer bleibenden Invalidität von 3% oder darunter ist keine Entschädigung vorgesehen.

Bei einer bleibenden Invalidität über 3% wird die Entschädigung nach den Bedingungen in der Tabelle A2) „Sonderbedingungen - Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität Classic“ gemäß Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen ausgezahlt.

Art. 2.5.3 - Bleibende Invalidität ohne Selbstbehalt

Bei einer bleibenden Invalidität wird die Entschädigung ohne Anwendung eines Selbstbehalts nach den Bedingungen in der Tabelle A2) „Sonderbedingungen - Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität Classic“ gemäß Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen ausgezahlt.

Art. 2.5.4 - Bleibende Invalidität mit Selbstbehalt UnipolSai Plus

Bei einer bleibenden Invalidität von 5% oder weniger wird die Entschädigung unter Anwendung der nachfolgenden Prozentsätze ausgezahlt:

Festgestellter Invaliditätsgrad	Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz
1	0,3
2	0,6
3	1
4	1,5
5	2

Bei einer bleibenden Invalidität über 5% wird die Entschädigung nach den Bedingungen in der Tabelle A2) „Sonderbedingungen - Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität Classic“ gemäß Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen ausgezahlt.

Art. 2.5.5 - Bleibende Invalidität mit gestaffelten Selbstbehalten

Vorausgeschickt, dass die Versicherungssumme in drei gleiche Teile unterteilt ist, wird die Entschädigung bei einer bleibenden Invalidität nach folgenden Regeln ausgezahlt:

- Auf den ersten Teil der Versicherungssumme wird keinerlei Selbstbehalt angewendet.
- Beim zweiten Teil der Versicherungssumme ist bei einer bleibenden Invalidität von 3% oder weniger keinerlei Entschädigung vorgesehen (Selbstbehalt).
- Beim dritten Teil der Versicherungssumme ist bei einer bleibenden Invalidität von 5% oder weniger keinerlei Entschädigung vorgesehen (Selbstbehalt).

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität über dem Selbstbehalt hinaus wird nach den Bedingungen in der Tabelle A3) „Sonderbedingungen - Bleibende Invalidität mit gestaffelten Selbstbehalten“ gemäß Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen ausgezahlt.

Höhere Bewertung der bleibenden Invalidität durch einen Unfall

Art. 2.5.6 - Spezielle höhere Bewertung für anatomische Bereiche

Die Prozentsätze zur Bestimmung der bleibenden Invalidität, die nach den angegebenen Kriterien und der Bewertungstabelle in Art. 6.4 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgestellt wurde, gelten wie folgt geändert:

Vollständiger anatomischer oder funktionaler Verlust einer Gliedmaße/eines Organs	% der bleibenden Invalidität
Ein Arm oder eine Hand	100%
Ein Daumen	60%
Ein Zeigefinger	60%
Ein Mittelfinger	30%
Ein Ringfinger	15%
Ein kleiner Finger	15%
Mehrere Finger und/oder Fingerglieder derselben Hand	Max 80%
Ein Fuß	70%
Ein Auge	50%
Ein Ohr	25%
Beide Ohren	75%
Totalverlust der Stimme	60%

Bei einem vollständigen anatomischen Verlust der Fingerglieder entspricht der Prozentsatz der Entschädigung der Hälfte des zuerkannten Prozentsatzes für jeden einzelnen Finger.

Bei einem Unfall, der eine funktionale Beeinträchtigung der Fingerglieder oder der Finger zur Folge hat, finden die Bestimmungen in diesen besonderen Bedingungen keine Anwendung.

Hierbei versteht sich, dass bei einem anatomischen Verlust oder einer funktionalen Beeinträchtigung von Gliedmaßen oder Organen, die hier nicht angeführt sind, die Prozentsätze gemäß Art. 6.4 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, gelten.

Art. 2.5.7 - Höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invalidität

Die Entschädigung im Hinblick auf die Garantie für die bleibende Invalidität, die nach den in der Police geltenden Regulierungskriterien berechnet wurde, wird nach Abzug des eventuell vorgesehenen Selbstbehalts in Bezug auf den festgestellten Invaliditätsgrad um die unten angeführten Prozente erhöht. Im Einzelnen:

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

Sonstiger Versicherungsschutz

Art. 2.5.8 - Pauschalentschädigung für Frakturen (Knochenbrüche)

Die Garantie wird bei einem im Sinne der Police entschädigungspflichtigen Unfall geleistet, bei dem der Versicherte eine Knochenfraktur davongetragen hat, die durch eine Röntgenaufnahme bestätigt wird.

In diesem Fall zahlt das Versicherungsunternehmen eine zusätzliche Pauschalentschädigung in Höhe von **200,00 Euro pro Versicherungsjahr**.

Art. 2.5.9 - Pauschalentschädigung nach längerer oder mehrmaliger stationärer Behandlung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit

Die Garantie wird bei einem Unfall oder einer Krankheit geleistet, die im Sinne der Police entschädigungspflichtig und nach dem Datum der Wirksamkeit eingetreten sind, die für den Versicherten Folgendes mit sich bringen:

- eine stationäre Behandlung in einer klinischen Einrichtung von **mehr als 7 aufeinanderfolgenden Tagen**;
- mehrere stationäre Behandlungen wegen desselben Schadensfalls während des gleichen Versicherungszeitraums mit einer **Gesamtdauer des Aufenthalts von mehr als 30 Tagen**.

Das Versicherungsunternehmen zahlt eine zusätzliche Pauschalentschädigung in Höhe von **3.000,00 Euro pro Versicherungsjahr aus**, vorbehaltlich der genannten Ausschlüsse in Art. 3.2 Ausschlüsse in Bezug auf den Abschnitt Krankheit.

Art. 2.5.10 - Pauschalentschädigung für die Immobilisierung

Die Garantie gemäß Art. 2.4.4 „Entschädigung für die Immobilisierung“ wird auch auf folgende Fälle erweitert:

- Fraktur (Knochenbruch), die durch eine Röntgenaufnahme bestätigt wird und bei der die Ärzte der Meinung sind, dass kein Gips oder Stützmittel notwendig sind;
- Unfall ohne Fraktur, bei dem die Anwendung eines Stützmittels notwendig ist;
- thermische oder chemische Verbrennungen II. und III. Grades, die mindestens 9% der Hautfläche einer oberen oder unteren Gliedmaße oder 18% der gesamten Körperfläche betreffen und nicht zu einer stationären Aufnahme in einer klinischen Einrichtung geführt haben.

Art. 2.5.11 - Bleibende Invalidität durch einen ästhetischen Schaden

Die Garantie gemäß Art. 2.1.1 „Bleibende Invalidität durch einen Unfall“ - Buchstabe b.1) und b.2) - wird auf Unfälle erweitert, die im Sinne der Police entschädigungspflichtig sind und dauerhafte ästhetische Schäden zur Folge haben. Zwecks Berechnung der Entschädigung erfolgt die prozentuale Bewertung der bleibenden ästhetischen Schäden anhand der nachfolgend angegebenen Tabelle und Kriterien.

Bewertungstabelle des prozentualen Grades der bleibenden ästhetischen Schäden:

Erlittene ästhetische Schäden	% der bleibenden Invalidität
Schwerwiegende Entstellung des Gesichts	40%
Vollständiger traumatischer Verlust der Kopfhaut	15%
Vollständiger Verlust der Nase	30%
Verlust einer Ohrmuschel	11%
Verlust einer Lippe	15%
Verlust einer halben Lippe	10%
Verlust beider Lippen	25%
Verlust eines Auges ohne die Möglichkeit einer ästhetischen Prothese	10%
Verlust des Unterkiefers	30%
Vollständige Lähmung des Gesichtsnervs: einseitig beidseitig	12% 25%
Narben im Gesicht: lineare Narben alle 4 cm, die auf Gesprächsabstand sichtbar sind; großflächige Narbe, die auf Gesprächsabstand sichtbar ist, pro cm ² .	3% 1%
Narben am Hals, am Rumpf und an den Gliedmaßen: großflächige hypertrophe Narben, Narben mit veränderter Hautfarbe oder Narbenschumpfung, die auf Gesprächsabstand sichtbar sind, bis 20 cm ² von 20 cm ² bis 50 cm ² , über 50 cm ² .	0% bis 5% 5% bis 10% 10% bis 15%
Vollständiger Verlust einer Brust	15%
Verlust beider Brüste	25%

Multiple Narben oder der Verlust von Körpersubstanz (Weichteile und/oder Knochensubstanz) im Gesicht werden maximal mit denselben Prozentzahlen bewerten, die für die "schwerwiegende Entstellung des Gesichts" vorgesehen sind. Bei mehrfachen bleibenden ästhetischen Schäden wird die Entschädigung durch die Summierung der entsprechenden Prozentsätze für jede einzelne Beeinträchtigung festgelegt.

Das Unternehmen zahlt keinerlei Entschädigung für bleibenden ästhetischen Schäden von 5%; oder darunter. Ist der Schaden hingegen höher als dieser Prozentsatz, wird die Entschädigung nur für den darüber liegenden Teil ausgezahlt. Bei bleibenden ästhetischen Schäden von 25% oder darüber zahlt das Unternehmen die Entschädigung ohne Anwendung des Selbstbehalts.

In jedem Fall kann der Prozentsatz der entschädigungsfähigen bleibenden Invalidität insgesamt, einschließlich jene durch andere Unfallfolgen, einen Gesamtwert von 100% nicht übersteigen.

Art. 2.5.12 - Zusätzliche Entschädigung für den Todesfall infolge eines Verkehrsunfalls

Bei einem im Sinne der Police entschädigungsfähigen Unfall mit Todesfolge, den der Versicherte erlitten hat als:

- FAHRER von Kraftfahrzeugen, Krafträdern, Kleinkrafträdern und Wasserfahrzeugen zum privaten Gebrauch, Lastkraftwagen und dreirädrigen Fahrzeugen für den Transport von Dingen im eigenen Namen sowie von Zweirädern, der nach den geltenden Gesetzesbestimmungen dazu befähigt ist;
- BEFÖRDERTER FAHRGAST in öffentlichen und/oder privaten Verkehrsmitteln, vorausgesetzt diese Fahrzeuge sind für die Personenbeförderung zugelassen; bei Fahrzeugen für den Transport von Gegenständen gilt die Garantie zugunsten des beförderten Insassen, wenn sich dieser in der Fahrerkabine befindet;
- FUSSGÄNGER, der von einem beliebigen Fahrzeug angefahren wird;

zahlt das Unternehmen zusätzlich zur bereits in der Police enthaltenen Versicherungssumme für die Garantie im Todesfall eine Pauschalentschädigung von 50.000,00 Euro.

Auf die zusätzliche Entschädigung werden die Begrenzungen in Art. 2.1 (Grundgarantie - Garantieverweiterung Punkt 5) Risiko Naturkatastrophen) nicht angewendet.

Erweiterung auf andere Sportarten

Art. 2.5.13 - Erweiterung auf andere Sportarten

Die folgenden Garantieerweiterungen, insofern angegeben, gelten im Rahmen der in der Police angegebenen Garantien und Versicherungssummen bei Unfällen, die der Versicherte bei der Ausübung der folgenden Sportarten erleidet:

a) Leistungssport

Die Versicherung wird auf Unfälle infolge der Ausübung von Leistungssportarten erweitert, die zu einer der in der Police angegebenen Risikoklassen gemäß der nachfolgenden Klassifizierungstabelle gehören:

Risikoklasse	Eingeschlossene Sportarten	Ausgeschlossene Sportarten
1	alle Leistungssportarten, ausgenommen der ausgeschlossenen Sportarten	• Tennis, Golf, Tauchen ohne Atemgerät, Schwimmen • Basketball, Volleyball, Leichtathletik, Gymnastik, Tanz • Fußball, Hallenfußball, Skisport, Snowboard, Reitsport • Radsport • Extremsportarten, Motorsport und Motorbootsport, Flugsport
2	Alleinbegriffenen Leistungssportarten: • Tennis, Golf, Tauchen ohne Atemgerät, Schwimmen mit Ausnahme der ausgeschlossenen Sportarten	• Basketball, Volleyball, Leichtathletik, Gymnastik, Tanz • Fußball, Hallenfußball, Skisport, Snowboard, Reitsport • Radsport • Extremsportarten, Motorsport und Motorbootsport, Flugsport
3	Alle inbegriffenen Leistungssportarten: • Tennis, Golf, Tauchen ohne Atemgerät, Schwimmen • Basketball, Volleyball, Leichtathletik, Gymnastik, Tanz und mit Ausnahme der ausgeschlossenen Sportarten	• Fußball, Hallenfußball, Skisport, Snowboard, Reitsport • Radsport • Extremsportarten, Motorsport und Motorbootsport, Flugsport
4	Alle inbegriffenen Leistungssportarten: • Tennis, Golf, Tauchen ohne Atemgerät, Schwimmen • Basketball, Volleyball, Leichtathletik, Gymnastik, Tanz • Fußball, Hallenfußball, Skisport, Snowboard, Reitsport mit Ausnahme der ausgeschlossenen Sportarten	• Radsport • Extremsportarten, Motorsport und Motorbootsport, Flugsport
5	Alle inbegriffenen Leistungssportarten: • Tennis, Golf, Tauchen ohne Atemgerät, Schwimmen • Basketball, Volleyball, Leichtathletik, Gymnastik, Tanz • Fußball, Hallenfußball, Skisport, Snowboard, Reitsport • Radsport mit Ausnahme der ausgeschlossenen Sportarten	• Extremsportarten, Motorsport und Motorbootsport, Flugsport

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den vorgesehenen Bestimmungen in Art. 6.4 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgelegt und nach den Bedingungen ausgezahlt, die in der Tabelle A4) Sonderbedingungen – Erweiterung auf andere Sportarten" in Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ wenn diese durch die Angabe der entsprechenden Versicherungssumme in der Police wirksam ist - gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art. 2.4.1 „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ wird für die Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, immer ein ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von 200,00 Euro angewendet.

b) Extremsportarten

Die Versicherung wird auf die Unfälle durch die Ausübung von Extremsportarten erweitert, auch wenn diese als Leistungssport ausgeübt werden.

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den vorgesehenen Bestimmungen in Art. 6.4 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgelegt und nach den Bedingungen ausgezahlt, die in der Tabelle A4) Sonderbedingungen – Erweiterung auf andere Sportarten" in Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ wenn diese durch die Angabe der entsprechenden Versicherungssumme in der Police wirksam ist - gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art. 2.4.1 „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ wird für die Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, immer ein ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von 200,00 Euro angewendet.

c) Motorsport und Motorbootsport

Die Versicherung wird auf die Unfälle durch die Ausübung von Motorsport und Motorbootsport erweitert, auch wenn dieser als Leistungssport ausgeübt werden.

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den vorgesehenen Bestimmungen in Art. 6.4 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgelegt und nach den Bedingungen ausgezahlt, die in der Tabelle A4) Sonderbedingungen – Erweiterung auf andere Sportarten" in Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ wenn diese durch die Angabe der entsprechenden Versicherungssumme in der Police wirksam ist - gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art. 2.4.1 „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ wird für die Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, immer ein ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von 200,00 Euro angewendet.

d) Flugsport

Die Versicherung wird auf die Unfälle durch die Ausübung von Flugsport erweitert, auch wenn dieser als Leistungssport ausgeübt werden.

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den vorgesehenen Bestimmungen in Art. 6.4 "Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität" oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgelegt und nach den Bedingungen ausgezahlt, die in der Tabelle A4) Sonderbedingungen – Erweiterung auf andere Sportarten" in Art. 6.5 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ wenn diese durch die Angabe der entsprechenden Versicherungssumme in der Police wirksam ist - gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art.2.4.1 „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ wird für die Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, immer ein ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von 200,00 Euro angewendet.

Erweiterung auf die im Haushalt lebende Familie

Art. 2.5.14 - Erweiterung auf die im Haushalt lebende Familie

Die Versicherung wird zugunsten des Versicherungsnehmers und der zum Haushalt gehörenden Personen sowie zugunsten der Personen geleistet, die ausdrücklich in der Police angegeben sind. Ausgeschlossen sind Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung der mit Sonderklausel versicherbaren Tätigkeiten laut dem ANHANG - TABELLE DER BERUFLICHEN TÄTIGKEITEN der Versicherungsbedingungen erleidet.

Vorausgeschickt, dass die in der Police angegebenen Versicherungssummen pauschal und pro Versicherungsjahr zugunsten aller versicherten Personen geleistet werden, versteht es sich zwecks Auszahlung der Entschädigung, dass:

- 1) die Summen für jede versicherte Person in maximaler Höhe von 50% der in der Police angegebenen Summen garantiert werden, bei denen die für jede Garantie geltenden und in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Entschädigungskriterien angewandt werden.
- 2) Sollte sich die Anzahl der versicherten Personen wegen Änderungen der im Haushalt lebenden Personen oder aufgrund der Bestimmung gemäß Art. 2.3 „Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags“ der Bestimmungen über die Versicherung allgemein während der Vertragslaufzeit auf nur eine Person reduzieren, werden die Versicherungssummen dieser Person zu 100% zugewiesen.
- 3) Bei einem Ereignis, in das mehrere versicherte Personen verwickelt sind, werden die in der Police angegebenen Summen gemäß der Anzahl der am Ereignis beteiligten Personen entsprechend aufgeteilt. Davon unberührt bleiben die Bestimmungen der für jede Garantie geltenden und in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Entschädigungskriterien.

Wie wird versichert?

Art. 2.6 – Leistungsgrenze im Katastrophenfall

Sollten vom selben Ereignis gleichzeitig mehrere, mit dieser Police versicherte Personen betroffen sein, so darf die maximale Gesamtauslage des Unternehmens für den Schadensfall in jedem Fall 5.000.000 Euro nicht überschreiten.

Übersteigen die gemäß dieser Police auszahlbaren Entschädigungen in ihrer Gesamtheit den genannten Betrag, so werden sie anteilmäßig gekürzt.

Art. 2.7 - Gebietserweiterung

Die Versicherung gilt weltweit. Davon ausgenommen bleiben die Bestimmungen in Art. 2.1 („Grundgarantie - Erweiterung der Garantie“) unter Punkt 1) „Risiko Krieg und Aufstände im Ausland“.

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

ABSCHNITT „UNFÄLLE“			
Grundgarantien		Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge
a) Todesfall		Todesfall: Die in der Police angegebene Versicherungssumme. Rückführung des Leichnams: 10% der Versicherungssumme für den Todesfall mit einem Höchstbetrag von € 10.000. Irreversibler komatöser Zustand: Die in der Police angegebene Versicherungssumme für den Todesfall.	-
b) Bleibende Invalidität	Bleibende Invalidität „Classic“	250% der in der Police angegebenen Versicherungssumme	Selbstbehalt 5%. Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität von 15% oder mehr.
	Bleibende Invalidität „Top Target“	Die in der Police angegebene Versicherungssumme.	Selbstbehalt 30%
	Bleibende Invalidität - Leibrente	Die in der Police angegebene Versicherungssumme.	Selbstbehalt 60%

Immer wirksame Garantien		Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge
Schutz der Kinder	Höhere Bewertung zum Schutz der Zukunft	Verdoppelung der Versicherungssummen für den Todesfall mit einer Höchstgrenze von 200.000 Euro	-
	Verlust eines Schuljahres	2.500 €	-
	Bleibende Invalidität von nicht versicherten minderjährigen Kindern	Rückerstattung der Behandlungskosten bis maximal 10.000 Euro, wenn beide Elternteile versichert sind und das Kind unter 2 Jahre alt ist;	siehe Zusatzgarantie „Rückerstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“
	Bleibende Invalidität von versicherten minderjährigen Kindern	Erhöhung um 50% der Versicherungssumme für die bleibende Invalidität	-
Komatöser Zustand		€ 10.000	

Zusatzgarantien		Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge
Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall		- Bei Inanspruchnahme von Vertragsstrukturen der UniSalute oder des staatlichen Gesundheitswesens: Die in der Police angegebene Versicherungssumme + € 1.000 - Bei Inanspruchnahme von Strukturen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind: Die in der Police angegebene Versicherungssumme. Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen, der speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung eingesetzt wird: Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme.	- Keinerlei ungedeckter Betrag bei Inanspruchnahme von Vertragsstrukturen der UniSalute oder des staatlichen Gesundheitswesens - Ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem Mindestbetrag von 50 Euro und einem Höchstbetrag von 250 Euro pro Unfall bei der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die keine Partner der UniSalute sind.
Entschädigung für einen Unfall	Entschädigung für die stationäre Behandlung	Die in der Police angegebene Versicherungssumme. Bei der stationären Behandlung in einer Tagesklinik: 50% der Versicherungssumme. Bei einem stationären Aufenthalt im Ausland: Versicherungssumme, die um 50% erhöht wird. Höchstens 365 Tage für jeden Unfall	-
	Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit	Die in der Police angegebene Versicherungssumme. Entschädigung in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jene für die stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik Höchstens 90 Tage für jeden Unfall	Klinikaufenthalt von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Tagen
	Entschädigung für die Immobilisierung	Die in der Police angegebene Versicherungssumme. Höchstens 60 Tage für jeden Unfall	-

Zusatzgarantien		Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge
Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall	Vollständige Arbeitsunfähigkeit	Versicherungssumme, die in der Police angegeben ist, für jeden Tag der völligen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit Höchstens 365 Tage für jeden Unfall	Selbstbehalt: • 7 Tage bis 50 Euro • 15 Tage in Bezug auf den Teil der Versicherungssumme, der 50 Euro übersteigt; Keinerlei Selbstbehalt bei: • stationärer Behandlung von mindestens 2 Tagen • Aufenthalt in einer Tagesklinik mit einem chirurgischen Eingriff
	Teilweise Arbeitsunfähigkeit	Die in der Police angegebene Versicherungssumme: • zu 100% für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit • zu 50% für jeden Tag der teilweisen Arbeitsunfähigkeit Höchstens 365 Tage für jeden Unfall Versicherungssumme immer in Höhe von 100%, bei: • Stationäre Behandlung von mindestens 5 aufeinanderfolgenden Tagen oder 30 Tagen insgesamt; • Immobilisierung von mindestens 20 aufeinanderfolgenden Tagen • bleibende Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von 15% • Erstbehandlungen in einer Notaufnahme Höchstens 90 Tage für jeden Unfall	
	Völlige Arbeitsunfähigkeit	Versicherungssumme, die in der Police angegeben ist, für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit Höchstens 365 Tage für jeden Unfall	

Sonderbedingungen [gegen Zahlung einer Zusatzprämie]	Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge
Anwendung der INAIL-Tabelle	-	-
Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt	250% der in der Police angegebenen Versicherungssumme	Selbstbehalt 3%. Kein Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität von 15% oder höher
Bleibende Invalidität ohne Selbstbehalt		Keinerlei Selbstbehalt
Bleibende Invalidität mit Selbstbehalt UnipolSai Plus		Reduzierte Selbstbehalte bei den ersten fünf Invaliditätspunkten. Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität von 15% oder mehr.
Bleibende Invalidität mit gestaffelten Selbstbehalten		Teilung der Versicherungssumme in drei gleiche Teile: • Kein Selbstbehalt auf den ersten Teil der Versicherungssumme • 3% Selbstbehalt auf den zweiten Teil der Versicherungssumme • 5% Selbstbehalt auf den dritten Teil der Versicherungssumme
Spezielle höhere Bewertung für anatomische Bereiche	250% der in der Police angegebenen Versicherungssumme	-
Höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invalidität	375% der in der Police angegebenen Versicherungssumme	-
Pauschalentschädigung für Frakturen (Knochenbrüche)	€ 200 pro Versicherungsjahr	-
Pauschalentschädigung nach längerer oder mehrmaliger stationärer Behandlung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit	€ 3.000 pro Versicherungsjahr	-
Pauschalentschädigung für die Immobilisierung	Siehe Garantie „Entschädigung für die Immobilisierung“	-
Bleibende Invalidität durch einen ästhetischen Schaden	250% der in der Police angegebenen Versicherungssumme	-
Zusätzliche Entschädigung für den Todesfall durch einen Verkehrsunfall	50.000 €	-

Sonderbedingungen (gegen Zahlung einer Zusatzprämie)	Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte und/oder ungedekte Beträge
Leistungssport	Bei den Garantien „Todesfall“, „bleibende Invalidität“ und „Rückerstattung der Behandlungskosten“ die in der Police angegebene Versicherungssumme Die Garantie für die Rückerstattung der Behandlungskosten ist nur in dem Fall gültig, wenn die Erstbehandlungen in einer Notaufnahme erfolgen.	Bei der Garantie für die bleibende Invalidität: Selbstbehalt 5%. Keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität von 15% oder mehr. Für die Garantie „Rückerstattung der Behandlungskosten“: Ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem Mindestbetrag von 200 Euro bei der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die keine Partner der UniSalute sind.
Extremsportarten		
Motorsport und Motorbootsport		Bei der Garantie für die bleibende Invalidität: Selbstbehalt 10%; keinerlei Selbstbehalt bei einem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität von 25% oder mehr. Für die Garantie „Rückerstattung der Behandlungskosten“: Ungedeckter Betrag 10% mit Mindestbetrag von 200 Euro bei der Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner von UniSalute sind.
Flugsport		
Versicherungsschutz für die im Haushalt lebende Familie	Die in der Police angegebene Versicherungssumme zu 50% für jeden Versicherten; die maximale Entschädigung darf 100% der in der Police angegebenen Versicherungssumme pro Schadensereignis nicht übersteigen.	-

Wie wird versichert?

Art. 3.1 - Grundgarantie

Das Unternehmen verpflichtet sich in folgenden Fällen, im Rahmen der in der Police angegebenen Garantien und Versicherungssummen zur Zahlung eines Tagessatzes für:

- die stationäre Behandlung in einer klinischen Einrichtung;
- den Aufenthalt in einer Tagesklinik

die durch Krankheit, Entbindung oder einen therapeutischen Schwangerschaftsabbruch während der Vertragslaufzeit notwendig geworden sind.

Art. 3.1.1 - Entschädigung für die stationäre Behandlung

Bei einer stationären Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung, auch in einer Tagesklinik, die durch eine Krankheit, die Entbindung oder den therapeutischen Schwangerschaftsabbruch 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 Police vorgesehenen Entschädigung für jeden Tag des Aufenthalts in einer Tagesklinik.

Die Entschädigung wird auch bei einer stationären Behandlung mit einer Dauer von über 15 Tagen rausgezahlt, die durch eine Veränderung des Gesundheitszustandes notwendig geworden ist, die keine Missbildung oder einen körperlichen Mangel darstellt und nicht durch einen Unfall hervorgerufen wird, auch wenn diese während des stationären Aufenthalts nicht klinisch diagnostiziert wurde.

Die Entschädigung wird für maximal 365 Tage für jede gemeldete Krankheit gezahlt.

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

Art. 3.1.2 - Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit

[Zusätzlich zu den Bestimmungen in Art. 3.1.1 „Entschädigung für die stationäre Behandlung“ zahlt das Versicherungsunternehmen 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, senza alcun obbligo di certificazione medica e comunque insofern der Aufenthalt mindestens zwei aufeinanderfolgende Tage andauert. Die Entschädigung wird gezahlt, ohne eine ärztliche Bescheinigung vorlegen zu müssen, jedoch nur für einen Zeitraum von höchstens 90 Tagen pro Unfall.

Begrenzt auf angeborene Krankheiten, die dem Versicherten nicht bekannt waren, zahlt das Unternehmen die Entschädigung bis maximal 30 Tage pro Versicherungszeitraum.

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- bei normaler Entbindung ohne Kaiserschnitt oder Schwangerschaftsabbruch aus nicht therapeutischen Gründen;
- bei Erkrankungen in der Schwangerschaft und während des Wochenbetts.

Was ist NICHT versichert?

Art. 3.2 - Versicherungsausschlüsse

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- a) bei Krankheiten, die zum Wirksamkeitsdatum der Garantien bereits bestanden haben und dem Versicherten bekannt waren; wenn die Police ohne Unterbrechung als Ersatz für eine andere Garantie desselben Versicherungsunternehmens ausgestellt wurde und dieselben Versicherten und identische Risiken betrifft. Dieser Ausschluss wird nur auf die Krankheiten beschränkt, die zum Wirksamkeitsdatum der ersetzten Police bereits bestanden und dem Versicherten bekannt waren.
- b) bei Geisteskrankheiten und psychische Beschwerden allgemein, einschließlich neurotischer Erkrankungen, Angstsyndromen und/oder Depressionen;
- c) bei Krankheiten im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen und Halluzinogenen und dem Missbrauch von Alkohol und psychotropen Substanzen;
- d) bei einem nicht therapeutisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch und den etwaigen Folgen;
- e) bei Therapien in Bezug auf die Unfruchtbarkeit, Sterilität und Impotenz;

13 Kann ich nur die im Abschnitt KRANKHEIT vorgesehenen Garantien versichern?

Nein, um den in den Garantien im Abschnitt KRANKHEIT vorgesehenen Versicherungsschutz in Anspruch zu nehmen, muss auch der Abschnitt UNFÄLLE erworben werden.



- f) Behandlungen zu ästhetischen Zwecken (ausgenommen plastische chirurgische Eingriffe, kieferorthopädische oder zahnärztliche Eingriffe zur Rekonstruktion als direkte Folge des Unfalls oder Eingriffe zur Reduzierung oder Entnahme eines Organs, die im Sinne der Police entschädigungspflichtig sind);
- g) bei Leistungen und Behandlungen allgemein aus diätetischen Gründen sowie Leistungen und Behandlungen, die nicht von der gelehrten Medizin anerkannt werden (Ministerialdekret vom 31. Oktober 1991, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 262 vom 8/11/1991), wie z. B. homöopathische, phytotherapeutische Behandlungen und Abmagerungskuren allgemein;
- h) bei stationären Aufenthalten wegen chronischer Erkrankungen in Gesundheitseinrichtungen zur Langzeitbehandlung (Pflegeheime für chronisch Kranke, Altersheime und andere Institute, die keine Heil Institute sind), auch wenn diese als Kliniken oder medizinische Einrichtung angesehen werden;
- i) bei zahnärztlichen Behandlungen und der Behandlung von Parodontopathien, wenn diese nicht durch einen im Sinne der Police entschädigungspflichtigen Unfall notwendig geworden sind;
- j) bei direkten oder indirekten Folgen von Umwandlungen oder Setzungen der Energie des Atoms, die natürlich erfolgen oder künstlich hervorgerufen werden, sowie die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen (Kernspaltung oder Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.), es sei denn, es handelt sich um die Folgen von medizinischen Therapien, die im Sinne der Police entschädigungspflichtig sind;
- k) die Folgen von Krieg, Aufständen, Volkserhebungen, gewaltsamen Handlungen und Aggressionen, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat und die politische oder soziale Zwecke verfolgen; die Folgen von Vulkanausbrüchen;
- l) HIV-Infektionen und die damit verbundenen Krankheitszustände.

Art. 3.3 - Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags

A) Nicht versicherbare Personen

Unabhängig von der tatsächlichen Bewertung des Gesundheitszustandes können mit diesem Abschnitt Personen nicht versichert, die an chronischem Alkoholismus, manifester AIDS-Erkrankung und damit verbundenen Syndromen oder an Drogenabhängigkeit leiden.

Die Versicherung verliert gegenüber diesem Versicherten in jedem Fall ihre Gültigkeit, wenn eine der genannten Erkrankungen eintritt, ohne dass die eventuelle Einnahme der fällig gewordenen Prämien nach diesem Ereignis beanstandet werden kann. In diesem Fall werden dem Versicherungsnehmer diese Prämien, abzüglich der steuerlichen Abgaben,

B) Auflösung der Versicherung

Wenn eine oder mehrere der mit dem vorliegenden Abschnitt versicherten Personen während der Vertragslaufzeit das 75. Lebensjahr erreicht (begrenzt auf diese Person), dann enden die Garantien bei der jährlichen Fälligkeit der Prämie nachdem das genannte Alter erreicht wurde.

Wie wird versichert?

Art. 3.4 - Gültigkeitsbeginn der Versicherung und Wartefristen

Unbeschadet der Bestimmungen in Art. 1.1 "Gültigkeitsbeginn der Versicherung" der Bestimmungen für die Versicherung allgemein beginnt der Versicherungsschutz für den Abschnitt Krankheit:

- ab dem dreißigsten Tag nachdem der Vertrag wirksam geworden ist bei Krankheiten, die nach Vertragsabschluss aufgetreten sind. Bei schwangerschaftsbedingten Krankheiten ist die Garantie unter der Bedingung wirksam, dass die Krankheit nach dem Datum begonnen hat, an dem der Vertrag wirksam wurde;
- bei Krankheiten während des Wochenbetts und bei therapeutischem Schwangerschaftsabbruch ab dem 300. Tag, nachdem der Vertrag wirksam geworden ist.
Wenn der Vertrag ohne Unterbrechung als Ersatz für einen anderen Vertrag desselben Versicherungsunternehmens ausgestellt wurde und dieselben Versicherten und identische Risiken betrifft, gelten die o.g. Wartefristen;
- ab dem Tag, an dem die Versicherung gemäß dem ersetzten Vertrag wirksam geworden ist, und zwar in Bezug auf die Leistungen und die Versicherungssumme, die aus diesem Vertrag hervorgehen;
- ab dem Tag, an dem die Versicherung gemäß dem vorliegenden Vertrag wirksam geworden ist, und zwar begrenzt auf die höheren Summen und die darin vorgesehenen anderen Leistungen.

Gleichfalls gelten die genannten Wartefristen bei eingetretenen Änderungen während der Laufzeit dieser Versicherung ab dem Tag, an dem die Änderung wirksam geworden ist, und zwar für die höheren Summen, die verschiedenen Personen oder versicherten Leistungen.

Art. 3.5 - Gebietserweiterung

Die Versicherung gilt weltweit.

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

ABSCHNITT „KRANKHEIT“		
Grundgarantien	Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge
Entschädigung für die stationäre Behandlung	Die in der Police angegebene Versicherungssumme. Bei der stationären Behandlung in einer Tagesklinik: 50% der Versicherungssumme. Höchstens 365 Tage für jede Krankheit.	-
Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit	Die in der Police angegebene Versicherungssumme. Entschädigung in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jene für die stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik. Höchstens 90 Tage für jede Krankheit. Höchstens 30 Tage für jede angeborene Krankheit	Klinikaufenthalt von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Tagen

Was wird versichert?¹⁴**Art. 4.1 - Grundgarantie**

Das Unternehmen zahlt dem Versicherten, bei es sich nur um den Versicherungsnehmer handeln kann, und unter der Bedingung, dass es sich um eine natürliche Person handelt, eine Entschädigung pro Unfall und pro Versicherungszeitraum aus, und zwar in Höhe der letzten Jahresbruttoprämie, die in der Police oder in der letzten Quittung bei der Erneuerung angegeben ist. Dieser Versicherungsschutz ist bei folgenden Ereignissen wirksam:

- a) **Unfall** des Versicherten, der zum Zeitpunkt des Schadensfalls kein Arbeitnehmer ist, der zu einer von der Notaufnahme oder im Fall der stationären Behandlung von einer klinischen Einrichtung bescheinigten Heilungsprognose, von über 45 Tagen (Selbstbeteiligungszeitraum) geführt hat.
Zwecks Festlegung der Tage des Selbstbeteiligungszeitraums bei einem Unfall, der zu einer stationären Behandlung geführt hat, werden die Tage des Aufenthalts in einer klinischen Einrichtung zu den Tagen der im Entlassungsschein angegebenen Heilungsprognose hinzugezählt.
- b) **Verlust der Beschäftigung** des Versicherten, der zum Zeitpunkt des Schadensfalls in einem Arbeitsverhältnis steht, nach einer „objektiv begründeten“ Kündigung.
Die Versicherung wird mit einem Selbstbeteiligungszeitraum von 45 Tagen geleistet.
Der Selbstbeteiligungszeitraum beginnt am ersten Tag der Beschäftigungslosigkeit.
Sollte die Beschäftigungslosigkeit eine geringere Dauer als der Selbstbeteiligungszeitraum haben; wird keine Entschädigung ausbezahlt. Sollte die Beschäftigungslosigkeit hingegen länger als der Selbstbeteiligungszeitraum andauern, zahlt Unternehmen die im Versicherungsgegenstand angegebene Entschädigung.
Die vorliegende Garantie wird 90 Tage nach dem Gültigkeitsdatum der Versicherung wirksam, und zwar nur begrenzt auf das erste Versicherungsjahr. Ersetzt dieser Vertrag ohne Unterbrechung einen Vertrag mit denselben Garantien gelten die genannten Karenzfristen als aufgehoben.

Was ist NICHT versichert?**Art. 4.2 - Versicherungsausschlüsse**

Zusätzlich zu den in Art. 2.2, des Abschnitts Unfälle vorgesehenen Ausschlüssen, die hiermit bestätigt werden, ist die Versicherung in Bezug auf den Verlust der Beschäftigung in folgenden Fällen unwirksam:

- a) begründete Entlassung oder Kündigung aufgrund disziplinarischer Vergehen;
- b) Kündigungen unter Familienangehörigen, auch zwischen Eltern und Kindern;
- c) Kündigungen;
- d) Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei regulärem Ablauf des befristeten Arbeitsvertrags, „Einführungsvertrag“ (ehemaliger Ausbildungs- und Arbeitsvertrag), Ausbildungsvertrag, Verträge in Bezug auf Arbeitskräfteüberlassung (ehemalige Zeitarbeitsverträge) und Arbeitsverträge auf Abruf;
- e) bei Arbeitsverträgen, die nicht durch das italienische Gesetz geregelt sind;
- f) bei Kündigungen aufgrund des Erreichens des Alters für den Anspruch auf „Altersrente“;
- g) bei Auflösungen des Arbeitsverhältnisses, auch einvernehmlich, die nach Prozessen der Unternehmensumstrukturierung erfolgen, aufgrund derer zusätzliche Ruhestandsbezüge vorgesehen sind;
- h) wenn der Arbeitnehmer auf die Mobilitätsliste gesetzt wird, der während der Mobilitätszeit den Anspruch auf Altersrente oder Beitragsaltersrente erreicht;
- i) bei Arbeitslosigkeit, die zu einem Anspruch auf Entschädigung durch die Lohnausgleichskasse für Beschäftigte oder des Bauwesens oder Sonderausgleichskassen führt;
- j) bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses während der Probezeit.

14 Nach dem Konkurs des Unternehmens, bei dem ich beschäftigt war, habe ich meinen Arbeitsplatz verloren. Erhalte ich eine Entschädigung?



Ja, wenn Sie ein Arbeitnehmer sind, sieht die Versicherungsdeckung nach einer „objektiv begründeten“ Kündigung eine Entschädigung in Höhe der letzten Jahresbruttoprämie vor, die vom Unternehmen zuerkannt wird.

Art. 4.3 - Nicht versicherbare Personen und Aufhebung des Vertrags

A) Nicht versicherbare Personen

Unabhängig von der tatsächlichen Bewertung des Gesundheitszustandes können Personen nicht versichert werden, die an chronischem Alkoholismus, manifester AIDS-Erkrankung und damit verbundenen Syndromen oder an Drogenabhängigkeit leiden.

Die Versicherung verliert gegenüber diesem Versicherten in jedem Fall ihre Gültigkeit, wenn eine der genannten Erkrankungen eintritt, ohne dass die eventuelle Einnahme der fällig gewordenen Prämien nach diesem Ereignis beanstandet werden kann. In diesem Fall werden dem Versicherungsnehmer diese Prämien, abzüglich der steuerlichen Abgaben.

B) Auflösung der Versicherung

Wenn eine oder mehrere der mit dem vorliegenden Abschnitt versicherten Personen während der Vertragslaufzeit das 70. Lebensjahr erreicht (begrenzt auf diese Person), dann enden die Garantien bei der jährlichen Fälligkeit der Prämie nachdem das genannte Alter erreicht wurde.

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

ABSCHNITT „PRÄMIENSCHUTZ“		
Grundgarantien	Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge
a) Unfall	Letzte Jahresbruttoprämie laut Police	Selbstbehalt: 45 Tage Heilungsprognose, die von einer Notaufnahme oder einer klinischen Einrichtung bescheinigt wird.
b) Verlust der Beschäftigung		Selbstbehalt: 45 Tage der Arbeitsunfähigkeit

Was wird versichert?

Art. 5.1 - Grundgarantie

Das Versicherungsunternehmen stellt dem Versicherten innerhalb der Grenzen der einzelnen Leistungen und zu den darin enthaltenen Bedingungen eine sofortige Hilfe zur unmittelbaren Verfügung, wenn sich der Versicherte infolge des Eintritts eines der Ereignisse in Schwierigkeiten befindet, die in den nachfolgenden Bedingungen angegeben sind.¹⁵ Die Garantie gilt für alle Versicherten, für die der Abschnitt „Unfälle“ wirksam ist.

Abwicklung der Schadensfälle und Erbringung der Assistenzleistungen

Für die Abwicklung und Regulierung der Schadensfälle bezüglich dieses Abschnitts sowie zur Erbringung der Assistenzleistungen greift das Unternehmen auf die Organisationsstruktur der UniSalute zurück, die 365 Tage im Jahr rund um die Uhr besetzt ist und unter der gebührenfreien Rufnummer **800 212477** in Italien bzw. unter der Rufnummer **+39 051 6389048** aus dem Ausland kontaktiert werden kann.

UnipolSai hat die Möglichkeit, die Dienstleistungsgesellschaft und/oder die Organisationsstruktur zu wechseln. In einem solchen Fall wird dies dem Versicherungsnehmer rechtzeitig mitgeteilt.

In Italien und im Ausland erbrachte Leistungen

Ärztliche Meinungen und Informationen

1) telefonische medizinische Informationen

Die Organisationsstruktur erteilt medizinische Informationen über:

- öffentliche und private Gesundheitseinrichtungen: Lage, Fachgebiete;
- 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 Organisationsstruktur die notwendigen Informationen und erbetenen Ratschläge.

3) Zweite ärztliche Meinung

Bei einem Unfall des Versicherten, falls dieser eine zweite fachärztliche Meinung über eine bereits vom behandelnden Arzt diagnostizierte Krankheit wünscht, verpflichtet sich die Organisationsstruktur unter Zuhilfenahme des eigenen Ärzteteams dazu:

- eine erste Begutachtung des vom Versicherungsnehmer vorgestellten Falles durchführen;
- gemeinsam mit dem Versicherten nachzuprüfen, ob die Kopien der klinischen/diagnostischen Unterlagen in seinem Besitz vollständig sind;
- die Namen der gesundheitlichen Einrichtungen zu liefern, die ein Gutachten zur angezeigten Pathologie liefern

Die Organisationsstruktur:

- wird angeben, welche Dokumente eingereicht werden müssen, um die vorzulegenden klinischen/diagnostischen Unterlagen zu vervollständigen;
- übermittelt dem Versicherten per Fax den Kostenvoranschlag für die Ausgaben, die zu seinen Lasten verbleiben.

Falls der Versicherte eine zweite ärztliche Meinung beantragen möchte, dmuss er dem Ärzteteam das unterzeichnete Fax als Zeichen der Annahme des Kostenvoranschlags für die Ausgaben, die zu seinen Lasten verbleiben, sowie zwecks Einverständniserklärung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten zurücksenden (EU-Verordnung Nr. 679/2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr und ergänzende nationale Gesetzesbestimmungen). Mangels Rückgabe des als Zeichen der Annahme unterschriebenen Kostenvoranschlags ist eine Erbringung der betreffenden Leistung nicht möglich.

15 Was muss ich tun, um die Leistungen der Garantie ASSISTENZ in Anspruch zu nehmen?

Um die im Vertrag vorgesehenen Garantien und Assistenzleistungen in Anspruch zu nehmen, muss zuvor immer die Organisationsstruktur der UniSalute S.p.A unter den nachstehenden Rufnummern kontaktiert werden, um die notwendige Hilfe zu beantragen:

- in Italien unter der kostenfreien Rufnummer 800-212477
- im Ausland unter der Rufnummer +39 051-6389048

Einzelheiten finden Sie weiter unten im Abschnitt „Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen“.



Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen:

- Zusendung der vom Versicherten erhaltenen Dokumentation an den Facharzt;
- Übersetzung der Dokumente und Umwandlung der Bilder zur Nutzung am Computer für die anschließende Übermittlung an den beauftragten Facharzt;
- Übersetzung der Antwort des Facharztes;
- Rückgabe der gesamten Unterlagen an den Versicherten;
- die etwaige telefonische Kontaktaufnahme, um die Informationen zu vervollständigen, die der Versicherte vom Ärzteteam wünscht, wobei eine weitere Kontaktaufnahme mit einem Facharzt möglich ist, um nähere Informationen zu erhalten;
- fachliche Beratung durch das Ärzteteam und die Organisationsstruktur.

Der Versicherte hat die folgenden Kosten zu tragen:

- die Kosten für die Vorbereitung und Bereitstellung der Kopien der gesamten klinischen/diagnostischen Unterlagen in seinem Besitz (einschließlich der Unterlagen zur bildgebenden Diagnostik);
- die Kosten für die Zusendung der Kopien der klinischen/diagnostischen Unterlagen mit einem Expresskurier an das Ärzteteam der Organisationsstruktur an die telefonisch mitgeteilte Adresse;
- die Kosten des Honorars für den Facharzt, der die zweite ärztliche Meinung erstellen soll, und die Vergütung der Gesundheitseinrichtung, zu der dieser Facharzt gehört;
- alle weiteren Kosten, die sich aus Anträgen des Versicherten in Bezug auf nähere Informationen ergeben, die nach der Ausstellung der zweiten ärztlichen Meinung notwendig werden sollten. Davon ausgenommen ist eine eventuelle telefonische Kontaktaufnahme des Ärzteteams.

Die Kopien der vom Versicherten eingereichten Dokumentation werden durch einen Expresskurier **auf alleinige Gefahr und ausschließliches Risiko des Versicherten** zugestellt, und das Unternehmen haftet in keinem Fall für eine etwaige nicht erfolgte Zustellung an die angegebene Adresse.

Zudem weist das Unternehmen jegliche Haftung in Bezug auf die Meinung des hinzugezogenen Facharztes zurück, und bleibt von allen eventuell aufkommenden Streitigkeiten zwischen dem Versicherten und dem Facharzt oder der Struktur, die die zweite medizinische Meinung erteilt hat, unberührt.

Die Garantie wird nach der Einwilligung **des Versicherten** geleistet, die den geltenden Datenschutzgesetzen entsprechen muss (EU-Verordnung Nr. 679/2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr und ergänzenden nationalen Gesetzesbestimmungen).

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

Ersthilfe bei medizinischen Notfällen

4) 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 die Organisationsstruktur die Notwendigkeit der Leistung**, prüfen und auf Kosten des Versicherungsunternehmens einen der Vertragsärzte entsenden. Sollte es den Vertragsärzten unmöglich sein, persönlich Hilfe zu leisten, wird die Organisationsstruktur ersatzweise den Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen in ein geeignetes, naheliegendes Ärztezentrum organisieren

5) Rücktransport mit einem Krankenwagen

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

6) Entsendung einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers zum Wohnsitz

Bei einer stationären Behandlung aufgrund der folgenden Verletzungen:

- Fraktur des Oberschenkelknochens;
- Frakturen der Wirbel;
- Schädelfrakturen mit Verletzungen des Gehirns und/oder Hirnblutungen;
- 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 krankenschwesterlicher Leistungen mit sich bringt, sorgt die Vertragsstruktur 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. Um die Garantie in Anspruch zu nehmen, muss der Versicherte der Organisationsstruktur 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) Entsendung eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz

Bei einer stationären Behandlung aufgrund der folgenden Verletzungen:

- 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 physiotherapeutische Leistungen mit sich bringt, sorgt die Organisationsstruktur 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 Organisationsstruktur 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.

8) 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 Organisationsstruktur auf Kosten des Unternehmens 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.

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

Wenn der Facharzt, 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 das Unternehmen gebundenen Psychotherapeuten folgen.

Die Behandlung wird bis zur Heilung der posttraumatischen 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 „schwerem Schaden“ des Versicherten

Wenn der Versicherte in einen Verkehrsunfall verwickelt wird, bei dem schwere Verletzungen erleidet (siehe Verzeichnung unter dem nachfolgenden Punkt b.1), veranlasst die Organisationsstruktur auf Kosten des Unternehmens 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.

Der Psychotherapeut wird den psychischen Zustand des Versicherten und gegebenenfalls auch den seiner Familienangehörigen bewerten und ihnen den psychologischen Beistand leisten. Wenn der Facharzt 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 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 Unfalldatum wirksam.

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

AMPUTATIONEN:

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

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 Läsionen, die in ihrer Gesamtheit zu einem Zustand schwerer Invalidität mit Konsequenzen für die Selbstständigkeit und den Lebensstil führen.

FOLGEN EINES SCHÄDELTRAUMAS:

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

VERLETZUNGEN 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).

9) Entsendung eines Babysitters

Bei einer stationären Behandlung mit einer Fraktur, die zu einer Immobilisierung geführt hat, sorgt die Organisationsstruktur 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 wöchentlich und für maximal 14 Tage lang übernimmt.

Die Leistung wird nur erbracht, wenn zur Familie ein minderjähriges Kind gehört oder in die Police eingeschlossen ist.

10) Entsendung einer Pflegekraft

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

Um die Garantie in Anspruch zu nehmen, muss der Versicherte der Organisationsstruktur 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.

11) Entsendung von Arzneimitteln zum Wohnsitz

Die Leistung wird höchstens dreimal pro Versicherten und pro Versicherungsjahr erbracht.

Wenn der Versicherte regelmäßig verschriebene Arzneimittel benötigt und es ihm aus schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen, die vom behandelnden Arzt bescheinigt werden, objektiv nicht möglich ist, seinen Wohnsitz zu verlassen, sorgt die Organisationsstruktur nach Abholung des Rezepts beim Versicherten für die Lieferung der verschriebenen Arzneimittel. Zu Lasten des Versicherten verbleiben nur die Ausgaben für die Arzneimittel.

12) Zustellung der Befunde an den Wohnsitz

Die Leistung wird höchstens dreimal pro Versicherten und pro Versicherungsjahr erbracht.

Wenn sich der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken in Gesundheitseinrichtungen in der Provinz, in der er seinen Wohnsitz hat, unterziehen muss, und es ihm aus schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen, die vom behandelnden Arzt bescheinigt werden, objektiv nicht möglich ist, seinen Wohnsitz zu verlassen, sorgt die Organisationsstruktur für die Zustellung der Befunde an den Versicherten oder an den von ihm angegebenen Arzt.

Die Ausgaben für die Untersuchungen hat der Versicherte zu tragen. Der Versicherte muss den Namen des eventuell behandelnden Arztes und die Telefonnummer angeben.

13) Entnahme biologischer Proben

Die Leistung wird höchstens dreimal pro Versicherten und pro Versicherungsjahr erbracht.

Wenn der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit eine dringende und vom behandelnden Arzt bescheinigte Blutuntersuchung durchführen lassen muss und es ihm unmöglich ist, seinen Wohnsitz zu verlassen, sorgt die Organisationsstruktur für die Blutentnahme am Wohnsitz des Versicherten.

Die Kosten für die Blutentnahme trägt das Unternehmen.

Die Kosten für die Blutuntersuchungen und die Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken in Analyselaboren hat der Versicherte zu tragen.

Im Ausland erbrachte Leistungen und Reiseassistenzeleistungen

14) Krankentransport in ein ärztliches Fachzentrum

Wenn der Versicherte nach einer ersten stationären Behandlung infolge eines Unfalls oder einer Krankheit nach Meinung der Organisationsstruktur, Organisationsstruktur in eine besser ausgerüstete Gesundheitseinrichtung eingeliefert werden muss oder in eine Klinik verlegt werden muss, die näher an seinem Wohnort liegt, da sich der Versicherte im Ausland befindet, sorgt das Unternehmen für den Krankentransport. Je nach Schwere des Falls kann der Transport folgendermaßen erfolgen:

- a. mit der Bahn in der 1. Klasse und erforderlichenfalls mit Liegeplatz oder im Schlafwagen;
- b. im Krankenwagen ohne Kilometerbegrenzung;
- c. mit einem Linienflug, auch mit Krankentrage;
- d. mit einem Krankenflug innerhalb Europas.

Tritt die Krankheit im Ausland auf, wird der Krankentransport garantiert, vorausgesetzt, es handelt sich um eine akut aufgetretene Krankheit, die dem Versicherten nicht bekannt war.

Die Entscheidung darüber, den Transport durchzuführen und welche Mittel eingesetzt werden obliegt ausschließlich dem Ärzteteam der UniSalute die von den technischen und medizinischen Notwendigkeiten des betreffenden Falls abhängt.

Die Leistungen werden nicht für Krankheiten oder Verletzungen erbracht, die nach Meinung des Ärzteteams entweder vor Ort behandelt werden können oder die Fortführung der Reise nicht gefährden. Die Leistung wird in solchen Fällen nicht erbracht, in denen gegen nationale oder internationale Gesundheitsnormen verstoßen wird.

15) Reise eines Familienangehörigen bei einem Krankenhausaufenthalt

Bei einem Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Ausland, der länger als 10 Tage andauert, stellt die Organisationsstruktur einen Fahrschein für die Bahnreise in der ersten Klasse oder ein Flugticket (Economy-Klasse) zur Verfügung, um es einem im Haushalt lebenden Familienangehörigen zu ermöglichen, den im ausländischen Krankenhaus eingelieferten Versicherten zu erreichen. Diese Leistung wird nur dann erbracht wenn sich kein anderes volljähriges Familienmitglied bereits vor Ort aufhält.

16) Zur Verfügung gestellter Dolmetscher im Ausland

Wenn der Versicherte infolge eines Krankenhausaufenthalts im Ausland Probleme hat, mit den behandelnden Ärzten in der fremden Sprache zu kommunizieren, sorgt die Organisationsstruktur für die Entsendung eines Dolmetschers. Das Unternehmen übernimmt die entsprechenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 500,00 Euro pro Schadensereignis und pro Versicherungsjahr.

17) Verlängerung des Aufenthalts

Macht es der Zustand des Versicherten bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland nach Meinung der behandelnden Ärzte und des Ärzteteams der Organisationsstruktur notwendig, eine Verlängerung des Aufenthalts vor Ort zu empfehlen, um die Heilung abzuschließen, übernimmt das Unternehmen die Rückerstattung der Hotelkosten bis zu einem Höchstbetrag von 500,00 Euro pro Schadensereignis und pro Versicherungsjahr.

18) Rückkehr minderjähriger Kinder

Wenn die minderjährigen Kinder unter 15 Jahren infolge eines Krankenhausaufenthalts des Versicherten im Ausland ohne einen volljährigen Begleiter verbleiben, sorgt die Organisationsstruktur für die Rückkehr der Kinder des Versicherten zum Wohnort und übernimmt die entsprechenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 500,00 Euro pro Schadensereignis und pro Versicherungsjahr.

19) Rückkehr nach einem Krankenhausaufenthalt

Damit der Versicherte infolge eines Krankenhausaufenthalts im Ausland zu seinem Wohnsitz zurückkehren kann, sorgt die Organisationsstruktur für die Rückkehr des Versicherten und eines in Italien wohnhaften Verwandten und stellt ihnen einen Fahrschein für die Bahnreise in der ersten Klasse oder ein Flugticket (Economy-Klasse) zur Verfügung, insofern keine Assistenz durch einen Arzt oder medizinisches Fachpersonal notwendig sein sollte.

20) Transport des Leichnams

Ist der Versicherte im Ausland verstorben, sorgt die Organisationsstruktur für den Transport des Leichnams bis zum Ort der Bestattung in Italien. Die entsprechenden Kosten trägt das Versicherungsunternehmen. Ausgenommen davon sind die Bestattungs- und Begräbniskosten sowie die Kosten für die Bergung des Leichnams. Für den Fall, dass örtliche Bestimmungen eine provisorische oder endgültige Bestattung vor Ort vorschreiben, organisiert die Organisationsstruktur auf Kosten des Unternehmens die Hin- und Rückreise eines Familienangehörigen des verstorbenen Versicherten (Ehepartner, Kinder, Eltern, Bruder, Schwester, zusammenlebender Partner) wenn sich keine der genannten Personen bereits vor Ort befindet, und stellt ihm einen Fahrschein für die Bahnreise in der ersten Klasse oder ein Flugticket (Touristenklasse) für die Hin- und Rückreise und/oder jedes andere geeignete Mittel zur Verfügung, um vom Wohnort in Italien zu dem Ort zu reisen, an dem das Begräbnis stattfindet. Die Organisationsstruktur organisiert ebenfalls den Hotelaufenthalt des Familienangehörigen des Verstorbenen, wobei das Unternehmen die Übernachtungskosten bis zu einem Höchstbetrag von 2.000,00 € pro Schadensereignis und pro Versicherungsjahr übernimmt.

Art. 5.2 - Ausschlüsse

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- a) bei Kriegshandlungen, Erhebungen, Volksaufständen, Aufruhr, Terrorakten, Sabotage, militärischer Besetzung, Invasionen;
- b) bei Vulkanausbrüchen, Erdbeben, Orkanen, Überschwemmungen und/oder Hochwasser;
- c) bei direkten und indirekten Folgen von Atomkernumwandlungen, Folgen von Strahlungen durch künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen und die Exposition gegenüber Ionenstrahlung;
- d) bei einem vorsätzlichen Handeln des Versicherten.

ZUSAMMENFASSUNG DER ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

ABSCHNITT „ASSISTENZ“		
Grundgarantien	Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung	Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge
Rücktransport mit einem Krankenwagen	in einem Umkreis von 300 km € 300 pro Schadensfall und Versicherten	-
Entsendung einer Krankenschwester/ eines Krankenpflegers zum Wohnsitz	Maximal 1 Stunde täglich für 7 Tage	-
Entsendung eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz	Maximal 1 Stunde täglich für 7 Tage	-
Beratung durch einen Psychologen oder Psychotherapeuten	Verkehrsunfall mit Todesfolge: Die Behandlung erfolgt nicht länger als 6 Monate ab dem Datum des Behandlungsbeginns Verkehrsunfall mit „schwerer Verletzung“ des Versicherten: Die Behandlung erfolgt nicht länger als 12 Monate ab dem Datum des Behandlungsbeginns	-
Entsendung eines Babysitters	Maximal 6 Stunden pro Woche für höchstens 14 Tage	Wenn zur Familie ein minderjähriges Kind gehört
Entsendung einer Pflegekraft	Maximal 6 Stunden pro Woche für höchstens 14 Tage	-
Entsendung von Arzneimitteln zum Wohnsitz	Höchstens dreimal pro Versicherten und pro Versicherungsjahr	-
Zustellung der Befunde an den Wohnsitz	Höchstens dreimal pro Versicherten und pro Versicherungsjahr	-
Entnahme biologischer Proben	Höchstens dreimal pro Versicherten und pro Versicherungsjahr	-
Reise eines Familienangehörigen bei einem Krankenhausaufenthalt	-	Wenn die Dauer der stationären Behandlung 10 Tage übersteigt
Zur Verfügung gestellter Dolmetscher im Ausland	Höchstbetrag von € 500 pro Schadensfall und pro Versicherungsjahr	-
Verlängerung des Aufenthalts nach einem Krankenhausaufenthalt im Ausland	Höchstbetrag von € 500 pro Schadensfall und pro Versicherungsjahr	-
Rückkehr der minderjährigen Kinder bei einem Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Ausland	Höchstbetrag von € 500 pro Schadensfall und pro Versicherungsjahr	Bei Kindern unter 15 Jahren
Rücktransport des Leichnams beim Ableben des Versicherten im Ausland	Höchstbetrag von € 2.000 pro Schadensfall und pro Versicherungsjahr	-

Art. 6.1 – Schadensmeldung und Pflichten im Schadensfall

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte oder dessen Anspruchsberechtigte müssen dem Unternehmen oder der Agentur, die für den Vertrag zuständig ist, einen Schadensfall innerhalb von 10 Tagen ab dem Unfall oder ab dem Tag, an dem sie die Möglichkeit dazu haben, schriftlich melden.

Der Schadensmeldung, die vom Versicherten oder im Fall der Unmöglichkeit aufgrund der nach sich gezogenen Konsequenzen

– von seinen Anspruchsberechtigten unterzeichnet wurde, muss eine ärztliche Bescheinigung beigelegt 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 und als Fotokopie vorzulegen. Diesbezüglich entbindet der Versicherte die Ärzte und die Gesundheitseinrichtungen von der entsprechenden Schweigepflicht.

In Bezug auf den Abschnitt „Unfälle“¹⁶

In Bezug auf die nachstehenden Unfallgarantien gelten folgende Bestimmungen:

- **Zur Auszahlung der Entschädigung für die bleibende Invalidität zugunsten der Erben:** Wenn der Versicherte vor der vom Unternehmen angeordneten rechtsmedizinischen Untersuchung aus nicht unfallbedingten Gründen verstirbt, ist beim Versicherungsunternehmen die Dokumentation einzureichen, die die Stabilisierung der bleibenden Folgen nachweist, und zwar mit den gesamten medizinischen Unterlagen über den Schadensfall, falls diese noch nicht eingereicht wurden, einschließlich der Krankenakte im Fall eines Krankenhausaufenthalts;
- **Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit:** Die Entschädigung für die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird nach Vorlage der Dokumente ausgezahlt, die die Ursache und Dauer der Arbeitsunfähigkeit nachweisen. Diese Garantie gilt ab 24.00 Uhr des ordnungsgemäß gemeldeten Unfalldates. Falls der Versicherte keine ärztlichen Folgebescheinigungen zugesendet hat, erfolgt die Auszahlung der Entschädigung, indem als Datum der Heilung jenes berücksichtigt wird, das auf der letzten, ordnungsgemäß zugesendeten Bescheinigung angegeben ist. Zwecks Anerkennung dieser Versicherungsleistung behält sich UnipolSai in allen Fällen das Recht vor, die Übereinstimmung der bescheinigten Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit anhand der vorgelegten Dokumentation nachzuprüfen.
- **Entschädigung für die alleinige stationäre Behandlung oder für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit:** der Antrag auf Entschädigung, dem die Nachweisdokumente beigelegt sind, die die Ursache und die Dauer des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik belegen;
- **In Bezug auf die Entschädigung für die Immobilisierung:** Der Antrag auf Entschädigung muss beim Versicherungsunternehmen eingereicht werden. Diesem Antrag sind die Dokumente beigelegen, die die Ursache und die Dauer der Immobilisierung bestätigen.

In Bezug auf die Garantie „Rückerstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“

Bei Inanspruchnahme von Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind, muss der Versicherte die rund um die Uhr besetzte Organisationsstruktur der UniSalute S.p.A. unter der gebührenfreien Rufnummer 800 212477 in Italien bzw. unter der Rufnummer +39 0516389048 aus dem Ausland kontaktieren und die geforderte Leistung genau angeben.

16 Reicht es bei einem Unfall aus, die Agentur zu benachrichtigen und eine ärztliche Bescheinigung über den Verlauf der Verletzungen vorzulegen, um die Entschädigung zu erhalten?

Die Anzeige des Unfalls bei der Agentur und die Einreichung der medizinischen Unterlagen, in denen die infolge des Unfalls erlittenen Verletzungen und deren Verlauf bestätigt werden, sind zwingende Voraussetzungen, die jedoch nicht ausreichen, um die Entschädigung zu erhalten, da der Versicherte außerdem dazu verpflichtet ist, sich den medizinischen Untersuchungen zu unterziehen, die vom Versicherungsunternehmen gefordert werden. Falls Sie die Zusatzgarantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ erworben haben, sind Sie zudem verpflichtet, die Dokumentation einzureichen, die die aufgewandten Ausgaben belegt, um die Entschädigung zu erhalten.

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

Sollten es dringende Gründe, die von der Gesundheitseinrichtung bescheinigt werden, unmöglich machen, die Organisationsstruktur vorab zu kontaktieren, werden die Kosten gemäß den Bestimmungen in Art. 6.9.1 (Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind), Art. 6.9.2 (Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind) und Art. 6.9.3 (Leistungen des staatlichen Gesundheitswesens) erstattet.

Nimmt der Versicherte Leistungen einer vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtung in Anspruch, ohne zuvor die Organisationsstruktur kontaktiert zu haben und demzufolge die vereinbarten Tarife nicht angewendet werden können, erfolgt die Rückerstattung der getragenen Kosten mit den Modalitäten in Art. 6.9.2 (Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind) und Art. 2.4.1 (Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall - Modalitäten für die Leistungserbringung), Punkt 2) (Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind).

In Bezug auf den Abschnitt „Krankheit“

Bei einer stationären Behandlung muss der Versicherte die mit dem Original übereinstimmende Kopie der Krankenakte zusenden. Der Versicherte muss in die vom Versicherungsunternehmen eventuell angeforderten ärztlichen Kontrolluntersuchungen einwilligen und dem Versicherungsunternehmen alle medizinischen Informationen über die angezeigte Krankheit übermitteln, wobei er die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben, von der diesbezüglichen Schweigepflicht entbindet. Die Kosten für ärztliche Bescheinigungen und alle weiteren medizinischen Unterlagen verbleiben zulasten des Versicherten.

In Bezug auf den Abschnitt „Prämienschutz“

Für alle Zahlungen des Unternehmens muss dem Versicherer die Dokumentation vorgelegt werden, die geeignet ist, um das tatsächliche Bestehen der Zahlungspflicht nachzuprüfen und gegebenenfalls die Anspruchsberechtigten zu ermitteln. Folgende Dokumente sind für jede Garantie unbedingt vorzulegen (unbeschadet weiterer, vom Unternehmen geforderter Unterlagen):

- Verlust der Beschäftigung: geeignete Dokumentation, um die objektiv begründete Kündigung und die weiterhin bestehende Arbeitslosigkeit nachzuweisen;
- Unfall: von der Notaufnahme oder der Gesundheitseinrichtung ausgestellte Bescheinigung, auf der die Heilungsprognose in Bezug auf den erlittenen Unfall angegeben ist.

In jedem Fall behält sich das Unternehmen das Recht vor, den Versicherten ärztlichen Untersuchungen unterziehen zu lassen.

Es können nur dann etwaige zusätzliche Unterlagen gefordert werden, wenn die o. g. Dokumentation nicht ausreicht, um das tatsächliche Bestehen der Zahlungspflicht zu prüfen und gegebenenfalls die Anspruchsberechtigten zu ermitteln bzw. wenn besondere Anforderungen in Bezug auf die Ermittlungen bestehen, wie z. B. nach eingetretenen Gesetzesänderungen.

Der Versicherte und seine Anspruchsberechtigten müssen zudem:

- die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbinden;
- eventuell notwendige Ermittlungen, ärztliche Untersuchungen und Tests zulassen, die durch beratende Ärzte des Vertrauens des Unternehmens erfolgen und deren Kosten das Unternehmen vollständig übernimmt.

Die Schadensmeldungen werden nur dann als vollständig angesehen, wenn das Unternehmen die gesamte geforderte Dokumentation erhalten hat.

In Bezug auf den Abschnitt „Assistenz“ muss der Versicherte:

unverzüglich die rund um die Uhr besetzte Organisationsstruktur 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 Assistenz beantragt wird;
- Angaben zum Ort, an dem die Hilfeleistung benötigt wird;
- die Nummer der Police;
- den Namen des Versicherungsnehmers;
- welche Garantie der Versicherte in Anspruch nehmen will.

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 den Anspruch auf die Leistungen belegen.

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

BESTIMMUNGEN ZUM ABSCHNITT UNFÄLLE

Art. 6.2 Ausübung einer anderen Tätigkeit als in der Police angegeben

Unbeschadet der vertraglichen Ausschlüsse, wird die Entschädigung im Schadensfall folgendermaßen bestimmt:

- in vollständiger Höhe, wenn der Unfall eine Folge der in der Police angegebenen beruflichen Tätigkeit oder einer anderen Berufstätigkeit ist, insofern diese zur selben oder zu einer geringeren Risikoklasse wie die angegebene Berufstätigkeit gehört;
- in gekürzter, anteilmäßiger Höhe gemäß dem unten angegebenen Schema, wenn der Unfall die Folge einer anderen beruflichen Tätigkeit als in der Police erklärt ist und zu einer höheren Risikoklasse als die angegebene Berufstätigkeit gehört.

Berufliche Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt	In der Police angegebene berufliche Tätigkeit			
	Klasse A	Klasse B	Klasse C	Klasse D
Klasse A	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung	Nessuna riduzione
Klasse B	-15%	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung
Klasse C	-30%	-20%	Keine Reduzierung	Keine Reduzierung
Klasse D	-50%	-30%	-20%	Keine Reduzierung

Die Klassifizierung der beruflichen Tätigkeiten ist im Anhang in der „Tabelle der beruflichen Tätigkeiten“ enthalten“. Ist die Klassifizierung der beruflichen Tätigkeit im genannten Verzeichnis nicht spezifiziert, wird diese anhand der Gleichwertigkeit und Ähnlichkeit der angegebenen Berufstätigkeiten bewertet.

Art. 6.3 – Auszahlung der Garantie für den Todesfall

Hat der Unfall den Tod zur Folge, zahlt das Unternehmen die Versicherungssumme nach Erhalt des Totenscheins oder anderer, für notwendig erachteter Unterlagen zu gleichen Teilen an die bezeichneten Begünstigten oder bei mangelnder Bezeichnung an die Erben des Versicherten aus. Wenn die Entschädigung für die bleibende Invalidität ausgezahlt wurde und der Versicherte 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.

Je nach den Elementen und Umständen des Unfalls kann das Unternehmen die gesamte nachfolgende Dokumentation oder einen Teil davon verlangen:

- Totenschein;
- Ersatzerklärung zum Notorietätsakt;
- Familienstandsbescheinigung (ursprüngliche und aktuelle Bescheinigung);
- Autopsiebericht;
- Bescheinigung, dass die überlebende Ehefrau nicht schwanger ist;
- jede andere Dokumentation, die für die Auszahlung der Entschädigung für erforderlich erachtet wird.

Art. 6.3.1 - Todeserklärung

Falls der Körper des Versicherten nach einem im Sinne des Vertrags entschädigungsfähigen Unfall 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 - falls keine Begünstigten benannt wurden - an die Erben aus.

Die Zahlung erfolgt nach Ablauf von sechs Monaten ab Einreichung des Antrags auf Todeserklärung (Artikel 60, Absatz 3 und Artikel 62 des italienischen Zivilgesetzbuchs) nach den Modalitäten gemäß der Artikel 726 und 727 der italienischen Zivilprozessordnung. Bei einem Versinken, bei Schiffbruch oder Flugzeugabsturz erfolgt die Zahlung nach Ablauf von sechs Monaten ab dem Unglücksdatum nur dann, wenn der Versicherte als Folge des Unglücks 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). Es versteht sich dabei, 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 entschädigungspflichtigen Unfalls verstorben ist. Nach erfolgter Rückerstattung kann der Versicherte seine Rechte in Bezug auf die eventuell verbleibende Invalidität geltend machen.

Art. 6.3.2 – 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, so wie es aus der ärztlichen Bescheinigung der zuständigen Krankenhausbehörde hervorgeht.

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:

- Der Versicherte hat Anspruch auf die etwaige Differenz zwischen der geschuldeten 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 führt als der Betrag, der bereits für den Todesfall gezahlt worden ist. 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.

Art. 6.3.3 – Auszahlung der Pauschalentschädigung für den 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. 6.4 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität¹⁷

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 den Fällen, die nicht genauer in der Tabelle angegeben sind, wird die Entschädigung unter Bezugnahme 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 findet ein Invaliditätsgrad Anwendung, der der Summe der einzelnen, für jede Verletzung anerkannten Prozentsätze bis maximal 100% entspricht;
- Wenn der Unfall zu Beeinträchtigungen an mehr als einem der anatomischen Bereiche und/oder Gelenken 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;
- Beim anatomischen oder funktionalen Verlust eines bereits beeinträchtigten Organs oder Gliedmaße werden die in der Tabelle 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.

17 Wenn der Unfall nur zu einem teilweisen Verlust der Funktion einer Gliedmaße geführt hat, wird mir dann trotzdem eine Entschädigung für die bleibende Invalidität zuerkannt?

Ja, bei einem teilweisen Verlust der Funktion wird Ihnen eine Entschädigung zuerkannt, jedoch wird die bleibende Invalidität anteilmäßig zum o. g. Verlust berechnet.

Wenn beispielsweise die Funktion eines Arms nach einem Unfall zur Hälfte eingeschränkt ist, wird auch der zuerkannte Invaliditätsgrad halbiert.



BEWERTUNGSTABELLE

Gliedmaße/Organ	% der bleibenden Invalidität bei vollständigem oder teilweisem anatomischen oder funktionalen Verlust der folgenden Gliedmaßen/Organe/Systeme	
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%	
Folgen 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%
Folgen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule mit Muskelkontraktion und Einschränkung der Kopfbewegung	2%	
Zustand nach Verletzung des seitlichen Meniskus, unabhängig von der anwendbaren Behandlung	3%	
Instabilität des Knies durch vollständige Läsion des vorderen Kreuzbandes	9%	
Subkutane Ruptur einer Bizepssehne am Oberarm	5%	
Subkutane Ruptur der Patellasehne	9%	
Subkutane Ruptur der Achillessehne	4%	

Art. 6.5 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität durch einen Unfall wird basierend auf der nachstehenden **ENTSCHÄDIGUNGSTABELLE** ausgezahlt. Hierbei wird auf die Versicherungssumme für die bleibende Invalidität der zu liquidierende Prozentsatz angewendet, der dem gemäß den Kriterien in Art. 6.4 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgestellten Invaliditätsgrad entspricht.

ENTSCHÄDIGUNGSTABELLE:

A1) Grundgarantie

Festgestellter Invaliditätsgrad	Bleibende Invalidität „Classic“ (5% Selbstbehalt) Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz	Bleibende Invalidität „Top Target“ (30 % Selbstbehalt) Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	1	0
7	2	0
8	3	0
9	4	0
10	5	0
11	6	0
12	7	0
13	8	0
14	9	0
15	15	0
16	16	0
17	17	0
18	18	0
19	19	0
20	20	0
21	21	0
22	22	0
23	23	0
24	24	0
25	25	0
26	26	0
27	27	0
28	28	0
29	29	0
30	30	0
31	47	100
32	48	100
33	50	100
34	51	100

35	53	100
36	54	100
37	56	100
38	57	100
39	59	100
40	60	100
41	62	100
42	63	100
43	65	100
44	66	100
45	68	100
46	69	100
47	71	100
48	72	100
49	74	100
50 bis 79	100	100
80 bis 99	150	100
100	250	100

A2) Sonderbedingungen *Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität „Classic“*

Festgestellter Invaliditätsgrad	B) Bleibende Invalidität 3% Selbstbehalt Auf die Versicherungssumme aus- zuzahlender Prozentsatz	C) Bleibende Invalidität OHNE SELBSTBEHALT Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz	D) Bleibende Invalidität UnipolSai Plus Auf die Versicherungssumme aus- zuzahlender Prozentsatz
1	0	1	0,3
2	0	2	0,6
3	0	3	1
4	1	4	1,5
5	2	5	2
6	3	6	3
7	4	7	4
8	5	8	5
9	6	9	6
10	7	10	7
11	8	11	8
12	9	12	9
13	10	13	10
14	11	14	11
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19

20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	47	47	47
32	48	48	48
33	50	50	50
34	51	51	51
35	53	53	53
36	54	54	54
37	56	56	56
38	57	57	57
39	59	59	59
40	60	60	60
41	62	62	62
42	63	63	63
43	65	65	65
44	66	66	66
45	68	68	68
46	69	69	69
47	71	71	71
48	72	72	72
49	74	74	74
50 bis 79	100	100	100
80 bis 99	150	150	150
100	250	250	250

A3) „Sonderbedingungen - Bleibende Invalidität mit gestaffelten Selbstbehalten“

Festgestellter Invaliditätsgrad	Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz		
	Auf das erste Drittel der Versicherungssumme	Auf das zweite Drittel der Versicherungssumme	Auf das dritte Drittel der Versicherungssumme
1	1	0	0
2	2	0	0
3	3	0	0
4	4	1	0
5	5	2	0
6	6	3	1

7	7	4	2
8	8	5	3
9	9	6	4
10	10	7	5
11	11	8	6
12	12	9	7
13	13	10	8
14	14	11	9
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	47	47	47
32	48	48	48
33	50	50	50
34	51	51	51
35	53	53	53
36	54	54	54
37	56	56	56
38	57	57	57
39	59	59	59
40	60	60	60
41	62	62	62
42	63	63	63
43	65	65	65
44	66	66	66
45	68	68	68
46	69	69	69
47	71	71	71
48	72	72	72
49	74	74	74

50 bis 79	100	100	100
80 bis 99	150	150	150
100	250	250	250

A4) Sonderbedingungen – Erweiterung auf andere Sportarten

Festgestellter Invaliditätsgrad	a) Profisport Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz	b) Extremsportarten allgemein Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz	c) Motorsport/Motor- bootsport Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz	d) Flugsport Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	1	1	0	0
7	2	2	0	0
8	3	3	0	0
9	4	4	0	0
10	5	5	0	0
11	6	6	1	1
12	7	7	2	2
13	8	8	3	3
14	9	9	4	4
15	15	15	5	5
16	16	16	6	6
17	17	17	7	7
18	18	18	8	8
19	19	19	9	9
20	20	20	10	10
21	21	21	11	11
22	22	22	12	12
23	23	23	13	13
24	24	24	14	14
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34

35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60 bis 100	100	100	100	100

Art. 6.6 - Körperliche Beeinträchtigungen und zuvor bestehende Erkrankungen i

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, den der Unfall auf diesen Zustand haben kann, und die Beeinträchtigung, die diese Erkrankungen auf den Ausgang der durch den Unfall hervorgerufenen Verletzungen haben können, indirekte und somit 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. 6.7 - Durch Verletzung oder Kraftanstrengung verursachte Hernien

Die bleibende Invalidität infolge einer durch Verletzung oder Kraftanstrengung verursachten Hernie wird folgendermaßen entschädigt:

- Ist die Hernie nach ärztlicher Meinung operierbar und hat keine bleibende Invalidität hinterlassen, zahlt das Unternehmen einen Tagessatz in Höhe von 1/100 der Versicherungssumme für die bleibende Invalidität aus, mit einem Höchstbetrag von 100,00 € pro Tag und für eine Dauer, die dem Zeitraum für die notwendige stationäre Behandlung zur Durchführung des chirurgischen Eingriffs entspricht. Diese Entschädigung kann auf andere vertraglich vorgesehene Entschädigungen angerechnet werden;
- Ist die Hernie nach ärztlicher Meinung inoperabel, zahlt das Versicherungsunternehmen die Entschädigung auf der Basis des eventuell verbleibenden Invaliditätsgrades aus, der in jedem Fall nicht höher als mit 10% der bleibenden Invalidität insgesamt bewertet wird.

Bei Beanstandungen in Bezug auf die Operierbarkeit und die Art der Hernie kann die Entscheidung einem Ärztekollegium übertragen werden, wie in Art. 05:13, „Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung“ vorgesehen.

Art. 6.8 - Naturkatastrophen

Nur wenn im Versicherungsschein die Garantie „Bleibende Invalidität Classic“ wirksam ist und begrenzt auf Unfälle durch folgende Naturkatastrophen: Erdbeben, Vulkanausbrüche, Seebeben, Überschwemmungen und Hochwasser, wird die bleibende Invalidität, die nach den Kriterien und der Bewertungstabelle in Art. 6.4 „Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität“ oder der INAIL-Tabelle, insofern wirksam, festgestellt wurde, mit nachfolgend beschriebenen Modalitäten ausgezahlt:

Festgestellter Invaliditätsgrad	Auf die Versicherungssumme auszahlender
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0
10	0
11	1
12	2
13	3
14	4
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	47
32	48
33	50
34	51
35	53
36	54
37	56
38	57
39	59

40	60
41	62
42	63
43	65
44	66
45	68
46	69
47	71
48	72
49	74
50 bis 79	100
80 bis 99	150
100	250

Art. 6.9 – Entschädigungskriterien der Garantie „Rückerstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“

Art. 6.9.1 – 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 des Unfalls und der angeforderten diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen vorlegen.

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. 6.9.2 (Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind) und in Art. 2.4.1 (Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall - Modalitäten für die Leistungserbringung), Punkt 2) (Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind) beschrieben sind.

Der Versicherte sorgt dafür, die Kosten der durchgeführten Leistungen zu günstigen Tarifen direkt an die Gesundheitseinrichtung zu zahlen, und reicht zwecks Rückerstattung die entsprechenden Belege über die getragenen Kosten beim Versicherungsunternehmen ein. Die Rückerstattung bei einem entschädigungspflichtigen Ereignis erfolgt gemäß den Bestimmungen in 2.4.1 „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall - Modalitäten für die Leistungserbringung“ - Punkt 1).

Art. 6.9.2 – Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind

Um die Rückerstattung der aufgewendeten Kosten zu erhalten, muss der Versicherte folgende Unterlagen an UnipolSai übermitteln:

- Bei einer stationären Behandlung muss die mit dem Original übereinstimmende Kopie des Entlassungsbriefts übermittelt werden: Wenn der Inhalt des Entlassungsbriefts für eine korrekte Beurteilung der Erstattungsfähigkeit nicht ausreicht, wird die Kopie der vollständigen Krankenakte verlangt;
- Bei ambulanten Leistungen ist die Kopie der ärztlichen Verordnungen einzureichen.

Der Versicherte muss in die von UnipolSai eventuell angeforderten ärztlichen Kontrolluntersuchungen einwilligen und dem Versicherungsunternehmen alle medizinischen Informationen über den angezeigten Unfall übermitteln, wobei er die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben, von der diesbezüglichen Schweigepflicht entbindet. Die Auszahlung der Summe, die dem Versicherten zusteht, erfolgt innerhalb von 45 Tagen ab Erhalt der zur Bewertung des Schadensfalls erforderlichen vollständigen Unterlagen, nachdem die Kopie der Dokumente für die getragenen Kosten (Kostenaufstellung und Belege) eingereicht worden sind, 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, dessen Höhe dokumentiert und bescheinigt sein muss, erfolgt nach den Modalitäten gemäß Art 2.4.1 (Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall - Modalitäten für die Leistungserbringung), Punkt 2) (Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind), abzüglich der Summe, die von Dritten bereits zurückerstattet wurde.

Art. 6.9.3 - Leistungen des staatlichen Gesundheitswesens

Für die stationären und ambulanten Behandlungen in Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens oder in akkreditierten Gesundheitseinrichtungen erfolgt die Auszahlung der aufgewendeten Kosten nach den Modalitäten in den Artikeln 6.9.1 (Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind) oder Art. 6.9.2 (Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind).

Art. 6.10 - Entschädigungskriterien der Garantie „Entschädigung bei einem Unfall“ und „Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall“

Für die Entschädigung der garantierten Leistungen in den Garantien „Entschädigung bei einem Unfall“ und „Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall“ gemäß Art. 2.4.2 (Entschädigung bei einem Unfall), 2.4.3 (Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit), 2.4.4 (Entschädigung für die Immobilisierung) und Art. 2.4.5 (Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall) gelten die darin genannten Bestimmungen.

Art. 6.11 - Entschädigungsvorschuss

Beschränkt auf die unten genannten Garantien kann das Versicherungsunternehmen auf Antrag des Versicherungsnehmers nach einem Unfall, der im Sinne der Police entschädigungspflichtig ist, einen Vorschuss auf die Entschädigung gewähren. Hierfür gelten folgende Modalitäten:

A) In Bezug auf die bleibende Invalidität

Nach 90 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 50.000,00 € 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 15% oder mehr zu erwarten.

Das Versicherungsunternehmen sorgt für die Auszahlung innerhalb von 30 Tagen ab dem Zeitraum, 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 wenn auch nur teilweisen Unwirksamkeit der Versicherungsgarantie führen.

B) Entschädigung für die stationäre Behandlung bzw. für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit und/oder die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Bei einem Unfall, der zu einer stationären Behandlung und/oder zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 Tagen ohne Unterbrechung führt, die durch geeignete medizinische Unterlagen dokumentiert ist, kann der Versicherte eine Vorauszahlung in Höhe von 30 Tagen als Vorschuss auf die zustehende Entschädigung beantragen.

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

Art. 6.12 – Zahlung der Entschädigung

Nach Erhalt der notwendigen Unterlagen und Feststellung der zustehenden Entschädigung sorgt das Versicherungsunternehmen innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum der Rückgabe der ordnungsgemäß unterzeichneten Quittung für die Auszahlung der Entschädigung, vorausgesetzt, dass keine Einwände erhoben werden und keiner der in den Vertragsausschlüssen vorgesehenen Fälle vorliegt.

Art. 6.13 – 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. 6.14 - Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung

Vorbehaltlich des Rechts der Parteien, gerichtliche Schritte einzuleiten, können die Parteien Streitigkeiten medizinischer Natur über die Entschädigungsfähigkeit des Schadensfalls und über die Ursache, die Art und die Folgen des Unfalls 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 Kosten 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, vorbehaltlich der Fälle von Verletzung, Schuld, Fehlern sowie Verletzung vertraglicher Abmachungen. In jedem Fall können das Unternehmen und der Versicherungsnehmer gerichtliche Schritte in Bezug auf die Entschädigungsfähigkeit des Schadensfalls 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 „KRANKHEIT“

Art. 6.15 - Entschädigungskriterien der Garantie „Entschädigung für die stationäre Behandlung und für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit“

Für die Entschädigung der Leistungen in Bezug auf die Garantie „Tagessatz für die stationäre Behandlung „und“ Tagessatz für die stationäre Behandlung und Genesungszeit“ gemäß Art. 3.1.1 - Entschädigung für die stationäre Behandlung und 3.1.2 - - Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit gelten die darin genannten Bestimmungen.

BESTIMMUNGEN ZUM ABSCHNITT „PRÄMIENSCHUTZ“

Art. 6.16 - Entschädigungskriterien

Bei Schadensfällen, die im Lauf eines jeden Versicherungsjahrs eingetreten sind, erfolgt die Zahlung des jährlichen entschädigungsfähigen Betrags, sofern die für jede Versicherungsabdeckung vertraglich festgelegten Selbstbehalte eingehalten wurden, unabhängig davon, dass der Abschluss des Schadensfalls den jährlichen Vertragsauslauf zeitlich überschreitet.

ANHANG - TABELLE DER BERUFLICHEN TÄTIGKEITEN

RISIKOKLASSE A

Zu dieser Risikoklasse gehören folgende beruflichen Tätigkeiten:

- Angestellter
- Angestellter im Callcenter
- Ansager(in)
- Antiquitätenhändler mit reiner Verkaufstätigkeit
- Architekt ohne Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten
- Bahnhofsvorsteher
- Bibliothekar
- Biologe
- Botaniker
- Chorsänger
- Diplomatisches Personal im Rest der Welt
- Diplomatisches Personal in EU-Ländern
- Diplomkaufmann
- Dolmetscher
- Drehbuchautor/Autor
- Einrichter
- Forscher
- Geistlicher
- Gerichtsvollzieher
- Hausmeister an Schulen
- Hostess am Boden
- Ingenieur, der keinen Zutritt auf die Baustellen hat
- Journalist/Reporter mit ausschließlicher Bürotätigkeit
- Kameramann/frau
- Kartenverkäufer/Kontrolleur in Kinos und Theatern
- Kassierer
- Kinder im Vorschulalter
- Lehrer
- Möbelverkäufer
- Modell
- Moderator
- Önologe
- Programmierer/Fachkraft für Planung und Assistenz in Bezug auf IT-Systeme
- Psychoanalyst
- Rechtsanwalt/gesetzlicher Prokurist
- Schulleiter
- Sozialarbeiter
- Steuerbeamter
- Telefonist
- Theateragent
- Übersetzer
- Universitätsprofessor
- Zeitungsverkäufer
- Zimmermann

RISIKOKLASSE B

Zu dieser Risikoklasse gehören folgende beruflichen Tätigkeiten:

- Agronom
- Angestellter von Bestattungsinstituten
- animateur in Ferienanlagen
- Apotheker

- Arbeitsberater
- Arzt
- Autokonzessionär
- Babysitter
- Bäcker
- Bademeister
- Barmann/Bardame
- Beschäftigungslose Personen
- Bienenzüchter
- Bilderrahmenbauer
- Boots-/Schiffsführer für die Personenbeförderung
- Börsenagent
- Börsenmakler
- Buchbinder
- Chemiker/chemischer Analyst in Analyselaboren ohne die Bearbeitung von Sprengstoffen
- Croupier
- Damen- und Herrenfriseur
- Diskjockey
- Eishersteller/Eisverkäufer
- Fahrkartenverkäufer/Schaffner in Verkehrsmitteln
- Fahrschullehrer
- Finanzanalyst
- Finanzpromoter
- Fotograf
- Fußpfleger
- Fußpfleger/-in
- Geologe
- Geschäftsvermittler
- Gouvernante
- Handelsvertreter
- Hausangestellte
- Hausfrau
- Hausverwalter
- Hebamme
- Herbalist
- Hotelbetreiber
- Hundefänger
- Immobilienmakler
- Journalist/Reporter, die nicht ins Ausland gesendet werden
- Käsehersteller
- Kaufmann/Händler
- Keramiker
- Kino- und Theaterbetreiber
- Konditor
- Kosmetikerin/Maskenbildner
- Krankenpflegepersonal/Rettungssanitäter
- Kunstkritiker
- Künstler
- Labortechniker
- Lagerarbeiter/Lagerverwalter
- Landwirt ohne Nutzung von Traktoren
- Leitender Angestellter
- Lichtsetzer
- Liftboy
- Lithograf

- Logopäde
- Masseur/Physiotherapeut
- Medizinischer Fußpfleger
- Metereologe
- Musiker
- Notar
- Optiker
- Orchesterleiter
- Orthopäde
- Parkwächter
- Pflegekraft
- Pizzabäcker
- Portier/Hausmeister
- Promoter
- Psychiater
- Psychologe
- Publizist
- Rechnungsprüfer
- Regisseur
- Reinigungskraft
- Reiseverkehrskaufmann/frau
- Rentner
- Reparatuer von Haushaltsgeräten
- Restaurator
- Sachverständiger/Gutachter
- Sänger
- Schäfer
- Schaufensterdekorateur
- Schauspieler
- Schmelzwerker
- Schuster
- Sportlehrer/-in
- Steuereinnnehmer
- Straßenhändler
- Student
- Tabakhändler
- Tanzlehrer/-in
- Teigwarenhersteller
- Unternehmer ohne manuelle Tätigkeiten
- Urkundenbeamter
- Verchromer/Polierer
- Verkäufer, der auch für den Transport und die Lieferung verantwortlich ist
- Vermessungstechniker ohne Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten
- Versicherungsagent
- Versicherungsmakler
- Viehzüchter von anderen Tieren als Rindern, Pferden oder Schweinen
- Vulkaniseur
- Werbefachmann
- Zahnarzt/Kieferorthopäde
- Zahntechniker
- Zeichner
- Zinkstecher
- Ziseleur
- Xylograph

RISIKOKLASSE C

Zu dieser Risikoklasse gehören folgende beruflichen Tätigkeiten:

- Altwarenhändler
- Angestellter in Autowaschanlagen
- Angestellter in Autowerkstätten
- Angestellter/Inhaber von Tiersalons
- Antennentechniker
- Antiquitätenhändler mit Restaurierungsarbeiten
- Arbeiter
- Architekt mit Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten
- Baggerführer
- Berufskraftfahrer
- Bildhauer
- Blumenzüchter
- Bote
- Büchsenmacher
- Büglerin
- Choreograph
- Dekorateur auf Gerüsten
- Dekorateur im Labor
- Designer
- Dreher
- Elektriker
- Elektrotechniker
- Fachkraft für die Bearbeitung von Modeschmuck
- Fachkraft für verschiedene Dienste in der Zivilluftfahrt, auch auf Pisten, mit manueller Tätigkeit
- Fischer
- Florist
- Forstwächter
- Gepäckträger
- Gerber
- Glaser
- Goldschmied/Juwelier/Uhrenmacher
- Grafiker
- Handelsvertreter
- Heizer
- Hufschmied
- Ingenieur, der Zutritt auf die Baustellen hat
- Inhaber einer Rostbraterei
- Kellner/Kellnerin
- Klempner
- Koch
- Kraftfahrzeugelektriker
- Kranführer
- Landwirt mit Nutzung von Traktoren
- Lederwarenhersteller/Pelzhersteller
- Lkw-Fahrer
- Lokführer
- Maler
- Minenarbeiter ohne Verwendung von Sprengstoffen
- Müllmann/Müllwerker
- Nachtwächter
- Papiermacher
- Politiker/Verwalter, der ein institutionelles öffentliches territoriales Amt bekleidet
- Pony-Express

- Postbote
- Reiseführer
- Reisender Verkäufer
- Reparatur für Büro- und Haushaltsgeräte und Computer
- Restaurateur
- Rinder-, Pferde- oder Schweinezüchter
- Schiffsmakler
- Schmied/Schlosser
- Schmuckverkäufer
- Schneider
- Schweißer
- Sekretär/-in in der öffentlichen Verwaltung
- Spediteur
- Stallbursche/-mädchen
- Straßenarbeiter
- Straßenbahnfahrer
- Tankwart
- Tänzer/Tänzerin
- Tapezierer/Polsterer
- Taxifahrer
- Tierarzt
- Unternehmer
- Verkehrspolizist/Politesse
- Vermessungstechniker mit Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten
- Vertreter von Gesellschaften
- Wachpersonal
- Wächter
- Wäscher(in)
- Wertsachentransporteur
- Wurstwarenhändler
- Zeichner, auch im Ausland
- Zimmermann

RISIKOKLASSE D

Zu dieser Risikoklasse gehören folgende beruflichen Tätigkeiten:

- Abbrucharbeiter
- Arbeiter im Steinbruch ohne Nutzung von Sprengminen
- Bootsführer, der mit dem Transport von Gegenständen beauftragt ist, einschließlich der Be- und Entladung
- Chemiker/chemischer Analyst in Analyselaboren, einschließlich der Bearbeitung von Sprengstoffen
- Dekorateur/nicht im Labor tätiger Intarseur
- Fitnesstrainer
- Fleischer
- Fräser
- Fußbodenschleifer
- Fußbodenverleger/Fliesenleger
- Gärtner/Baumschneider
- Graveur für alle anderen Materialien
- Graveur für Metalle
- Holzfäller
- Hutmacher
- Installateur für sanitäre Einrichtungen
- Kammerjäger
- Karosseriemechaniker/-bauer
- Korbflechter
- Kostümbildner

- Kunsttischler/Schreiner/Tischler
- Maler, auch auf Gerüsten und Brücken
- Maler/Lackierer
- Marmorarbeiter ohne Verwendung von Sprengminen
- Maurer
- Mechaniker/Autoreparateur
- Möbelbauer
- Modellierer
- Müller
- Münzpräger
- Personal für das Fällen von Bäumen und die Beseitigung von Pflanzen
- Personal von Drahtseilbahnen, Sesselliften, Gondelbahnen, Luftseilbahnen ohne Wartungstätigkeiten
- Plakatankleber
- Pranotheapeut
- Reifenmonteur
- Schriftsetzer/Buchdrucker
- Sporttrainer
- Steinmetz, nur am Boden
- Stickerin
- Straßenbauer zur Asphaltverlegung
- Strickerin
- Verleger von Parkettfußböden
- Vollzugsbeamte/Schließer
- Wohlhabende

MIT SONDERKLAUSEL VERSICHERBARE BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

- Abnahmeprüfer für Fahrzeuge allgemein
- Angehörige der Luftfahrt (im effektiven dauerhaften Dienst), nur am Boden versicherbar
- Angehörige der Streitkräfte/Spezialeinheiten
- Angehörige des Militärs (im effektiven dauerhaften Dienst)
- Anthropologe
- Archäologe
- Auslandsjournalist/Auslandsreporter/Kriegsberichterstatter
- Beamter für die öffentliche Sicherheit
- Bergführer
- Bergmann
- Carabinieri
- Ermittler/Privatdetektiv
- Fachkraft für Desinfektion, Schädlings- und Rattenbekämpfung
- Fachkraft für die Bearbeitung, das Handling, den Transport und professionellen Gebrauch von Spreng- und Schadstoffen
- Fachkraft für die Reinigung, Reparatur und Wartung von Zisternen und Tanks allgemein
- Fachkraft für Klärgrubenreinigung und Wartung der Kanalisation
- Fachkräfte in zoologischen Gärten
- Feuerwehrmann
- Finanzwache
- Flugzeugpersonal
- Flugzeugpilot
- Höhlenforscher
- In Kriegsgebiete entsendete Fotoreporter
- Kutscher
- Lackierer im Außenbereich von Schiffen
- Leibwächter
- Marmorarbeiter in Steingruben mit Verwendung von Sprengminen

- Minenarbeiter mit Verwendung von Sprengstoffen
- Personal von Drahtseilbahnen, Sesselliften, Gondelbahnen, Luftseilbahnen mit Wartungs- und Reparaturtätigkeiten
- Personal von Wanderzirkussen und Akrobaten
- Personal, das in Tunneln arbeitet
- Politiker, der ein institutionelles öffentliches Amt im Inland bekleidet
- Polizeipräsident
- Profisportler/Profilathlet
- Pyrotechniker
- Radiologe
- Rennreiter/Jockey
- Richter/Staatsanwalt
- Schausteller
- Seemann
- Skipper
- Straßenkünstler
- Stuntman
- Taucher
- Tiertrainer
- Zoologe
- Zoowächter

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 eingegangen 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 Feststellungen nicht umgesetzt werden konnten. Diese Erklärung wird vom Gericht auf Antrag der Staatsanwaltschaft oder einer der in den Absätzen des Artikels 50 bezeichneten Personen durch Urteil 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

NBei 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 Anrecht 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 unrichtigen Erklärungen und die Verschweigung von Tatsachen kein Grund für eine Nichtigkeitsklärung 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 abzugeben hat, an dem er von der Unrichtigkeit der Erklärung oder der Verschweigung 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 von der Verschweigung 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 ist nach einem Monat rechtswirksam.

Art. 1898 – Erhöhung des Risikos

Der Versicherungsnehmer hat die Pflicht, den Versicherer sofort solche Änderungen mitzuteilen, die das Risiko derart erhöhen, dass der Versicherer einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt oder ihr 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 zum 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 Laufzeit. 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 nicht länger als zwei Jahre.

Die Vorschriften dieses Artikels finden bei Lebensversicherungen keine Anwendung

Art. 1901 – Nichtzahlung 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 Fällen im Sinne der beiden vorhergehenden Absätze 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 zur Zeit des Schadensfalls 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. 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, diese Pflicht zu erfüllen, 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.

Art. 2952 Verjährung von Ansprüchen aus einem Versicherungsverhältnis

Der Anspruch auf Zahlung der Prämienraten verjährt in einem Jahr ab den jeweiligen Fälligkeiten. Die übrigen aus dem Versicherungsvertrag und aus einem Rückversicherungsvertrag herrührenden Ansprüche verjähren in zwei Jahren ab dem Tag, an dem sich der Vorfall, aus dem sich der Anspruch ergibt, ereignet hat, ausgenommen des Vertrags über eine Lebensversicherung, dessen Ansprüche in zehn Jahren verjähren. Bei Haftpflichtversicherungen beginnt die Frist ab dem Tag zu laufen, an dem der Geschädigte vom Versicherten den Schadenersatz verlangt oder gegen ihn Klage erhoben hat.

Die Benachrichtigung des Versicherers über die vom geschädigten Dritten gestellte Forderung oder über die von diesem erhobene Klage setzt den Lauf der Verjährung solange aus, bis die Forderung des Geschädigten der Höhe nach feststeht und fällig ist oder der Anspruch des geschädigten Dritten verjährt ist.

Die Bestimmung des vorhergehenden Absatzes findet auch auf die Klage des Rückversicherten gegenüber dem Rückversicherer auf Zahlung der Entschädigung Anwendung.

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 erhaltener 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 Person 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 sind durch die Artikel 211 und 212 geregelt. Die Zuständigkeiten der Schifffahrtsbehörde werden der Behörde für die 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 Bekanntmachung 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 ernennt gemäß Artikel 723 einen Richter und ordnet an, dass der Antrag durch den Antragsteller innerhalb der vom Richter festgesetzten Frist als Auszug zweimal hintereinander 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.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it



DATENSCHUTZERKLÄRUNG

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

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,
im Sinne der Art. 13 und 14 der EU-Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016 (nachfolgend auch nur kurz als die „Richtlinie“ bezeichnet) weisen wir Sie darauf hin, dass wir einige Sie betreffende Daten erheben und verwenden müssen, um die von Ihnen gewünschten Produkte bereitzustellen und/oder die gewünschten Leistungen zu erbringen.

WELCHE DATEN ERFASSEN WIR?

Es handelt sich um personenbezogene Daten (wie z. B. Vor- und Nachname, Wohnsitz, Geburtsdatum und Geburtsort, Beruf, Festnetz- und Handynummer und E-Mail-Adresse, Bankkoordinaten, Schadensfälle bei anderen Versicherungen, soziale und finanzielle Angaben wie z. B. Angaben zum Einkommen, Besitz von eingetragenen Immobilien und beweglichen Gütern, Angaben über Ihre etwaige Unternehmenstätigkeit, Informationen über die Kreditwürdigkeit), die Sie selbst oder andere Personen (1) an uns weitergeben. Diese können auch besondere Kategorien von personenbezogenen Daten (2) einschließen, falls deren Angabe notwendig ist, um Ihnen die genannten Leistungen und/oder Versicherungsprodukte bereitzustellen.

WARUM FRAGEN WIR NACH IHREN DATEN?

Ihre Daten werden von unserer Gesellschaft zu Zwecken verwendet, die ausschließlich mit der Versicherungstätigkeit zusammenhängen, wie zum Beispiel (i) zur Erbringung der von Ihnen geforderten vertraglichen Leistungen und der Versicherungsdienste sowie zur Erfüllung der entsprechenden gesetzlichen, verwaltungstechnischen und buchhalterischen Pflichten, (ii) zur Umsetzung von Maßnahmen zur Betrugsbekämpfung und Vorbeugung, (iii) ggf. zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen sowie (iv) zur Durchführung der Tätigkeiten zur Analyse und Verarbeitung von Daten (mit Ausnahme von sensiblen Daten) im Zusammenhang mit statistischen und tariflichen Bewertungen, wobei die Verarbeitung gemäß den Produktkriterien, den Merkmalen der Police, den kommerziellen Informationen und den Informationen zur Kreditwürdigkeit (in Bezug auf Ihre Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit bei Zahlungen) erfolgt. Die Verarbeitung Ihrer Daten in Bezug auf unter Punkt (i) genannten Zwecke ist notwendig, um die vorvertraglichen Tätigkeiten durchzuführen, um die Sie gebeten haben (u. a. zur Erstellung eines Angebots und zur Festlegung der Prämienhöhe), um den Versicherungsvertrag abzuschließen und auszuführen (3) sowie zur Erfüllung der damit zusammenhängenden gesetzlichen Pflichten und gesetzlichen Bestimmungen im Versicherungsbereich, einschließlich der Vorschriften von öffentlichen Behörden, wie z. B. die Justizbehörde oder Aufsichtsbehörden (4). Ferner ist die Verarbeitung Ihrer Daten notwendig, damit unsere Gesellschaft, andere zur Versicherungsgruppe gehörende Unternehmen und Dritte als Empfänger innerhalb der Versicherungskette (siehe Fußnote 7) legitime Interessen im Zusammenhang mit der Durchführung der Tätigkeiten in Bezug auf die Verarbeitungszwecke gemäß den Punkten (ii), (iii) und iv) verfolgen können. Ihre personenbezogenen Daten, die zu besonderen Kategorien von Daten gehören (wie z. B. Daten über Ihren Gesundheitszustand) dürfen wir nur nach Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeiten.

Die Angabe Ihrer personenbezogenen Daten für die o. g. Zwecke ist daher für den Vertragsabschluss und die Bereitstellung der gewünschten Leistungen nicht nur erforderlich, sondern in bestimmten Fällen sogar vertraglich oder gesetzlich zwingend vorgeschrieben. Werden die für die o. g. Zwecke notwendigen und/oder zwingend erforderlichen Daten nicht angegeben, könnte dies zur Folge haben, dass der Vertrag nicht zustande kommen kann oder die von Ihnen gewünschten vertraglichen Leistungen nicht erbracht werden können. Hingegen hat die freiwillige Angabe einiger weiterer Informationen zu Ihren Kontaktdaten keinen Einfluss auf die gewünschten Leistungen, kann jedoch nützlich sein, um die Zusendung von Ankündigungen und Mitteilung zu vereinfachen. Darüber hinaus informieren wir Sie, dass einige der von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten (Vor- und Nachname, Nr. der Police, E-Mail-Adresse) von uns verarbeitet werden, um Ihnen Mitteilungen über die Modalitäten für den Zugang zum persönlichen Bereich zuzusenden, um bestimmte, für Sie vorgesehene Dienste nutzen können. Diese Daten können auch vom technischen Kundendienst verwendet werden, um Probleme beim Zugang oder bei der Konsultation des genannten persönlichen Bereichs zu lösen. Werden diese Daten nicht angegeben, sind wir nicht in der Lage, die geforderten Leistungen ordnungsgemäß zu erbringen.

Ihre Anschriften (die Adresse des Wohnsitzes sowie die E-Mail-Adresse) können außerdem verwendet werden, um Ihnen per Post oder per E-Mail Werbe- und Promotionsmaterial über unsere Versicherungsprodukte und Dienstleistungen zuzusenden, die denen 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**).

AN WEN WERDEN IHRE DATEN ÜBERMITTELT?

Ihre Daten werden nicht weitergegeben. Kenntnis von Ihren Daten erhalten nur bevollmächtigte Mitarbeiter der Strukturen unseres Unternehmens, die mit der Lieferung der Sie betreffenden Versicherungsprodukte und Versicherungsdienste beauftragt sind, sowie externe Personen unseres Vertrauens, denen wir einige Aufgaben technischer oder organisatorischer Art übertragen. Diese Personen sind in unserem Auftrag als Verantwortliche für die Datenverarbeitung tätig⁽⁵⁾.

Ihre Daten könnten zu internen Verwaltungszwecken und zur Verfolgung der legitimen Interessen im Zusammenhang mit der Durchführung der Tätigkeiten für die unter den Punkten (ii), (ii) und (iv) genannten Zwecke auch anderen Gesellschaften der Unipol-Gruppe⁽⁶⁾ mitgeteilt werden.

Ihre Daten könnten darüber hinaus öffentlichen oder privaten Personen außerhalb unseres Unternehmens mitgeteilt werden, die an der Erbringung der Sie betreffenden Versicherungsdienste bzw. an den erforderlichen Vorgängen zur Erfüllung der Pflichten in Zusammenhang mit der Versicherungstätigkeit beteiligt sind⁽⁷⁾ (siehe auch Fußnote 4).

WIE VERARBEITEN WIR IHRE DATEN UND WIE LANGE WERDEN DIESE VON UNS GESPEICHERT?

Ihre personenbezogenen Daten werden mit geeigneten Modalitäten und Verfahren - auch mit telematischen Mitteln und Informatiksystemen - unter Umsetzung geeigneter organisatorischer und technischer Sicherheitsmaßnahmen verarbeitet und aufbewahrt. Ihre Daten werden für die Dauer des Versicherungsvertrags und nach Vertragsablauf noch solange gespeichert, wie es in der Richtlinie über die Aufbewahrung von Dokumenten zu verwaltungstechnischen, buchhalterischen, steuerrechtlichen, vertraglichen und versicherungstechnischen Zwecken vorgesehen ist (in der Regel für 10 Jahre). Für etwaige Beanstandungen und Rechtsstreitigkeiten werden die Daten für den Zeitraum der Verjährungsfristen für die jeweiligen Ansprüche aufbewahrt.

WELCHE RECHTE HABEN SIE?

Die Datenschutz-Grundverordnung (Art. 15-22 der Richtlinie) garantiert Ihnen das Recht, jederzeit auf Daten zuzugreifen, die Sie betreffen, die Berichtigung und/oder Ergänzung falscher oder unvollständiger Daten sowie deren Löschung und die Einschränkung der Datenverarbeitung zu verlangen. Wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, haben Sie das Recht, sich aufgrund Ihrer besonderen persönlichen Situation der Verarbeitung Ihrer Daten zu widersetzen. Zudem haben Sie das Recht auf die Übertragbarkeit der von Ihnen angegebenen Daten im Sinne der Bestimmungen in Art. 20 der Verordnung, falls diese Daten zur Erbringung der vertraglichen Leistungen mit automatisierten Verfahren verarbeitet werden. Sie haben außerdem das Recht, Ihre erteilte Einwilligung für Verarbeitungszwecke, bei denen die betroffene Person in die Verarbeitung einwilligen muss, zu widerrufen (wie z. B. bei der Verwendung von Gesundheitsdaten), vorbehaltlich der Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Der Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer Daten ist die UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) mit Sitz in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Der „Datenschutzbeauftragte“ wird Ihnen weiterhelfen, wenn Sie Fragen oder Zweifel haben: Zu diesem Zweck sowie zur Ausübung Ihrer Rechte und hinsichtlich des aktualisierten Verzeichnisses der Kategorien von Empfängern der Daten (siehe Fußnote 7) können Sie den Datenschutzbeauftragten am angegebenen Sitz der UnipolSai Assicurazioni S.p.A. unter der E-Mail-Adresse privacy@unipolsai.it, kontaktieren. 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 Zusendung von Werbe- und Promotionsmaterial über unsere Versicherungsprodukte und Dienste zu verweigern. Davon unberührt bleibt Ihr Recht auf Beschwerde bei der italienischen Datenschutzbehörde, falls dies zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten und Ihrer diesbezüglichen Rechte notwendig ist.

ANMERKUNGEN

- 1) Beispielsweise Versicherungsnehmer von Versicherungspolice, bei denen Sie der Versicherte oder Begünstigte sind; eventuelle Mitverpflichtete, andere Versicherungsdienstleister (wie Versicherungsvermittler, Versicherungsunternehmen usw.); Verbände (z. B. ANIA) und Zusammenschlüsse des Versicherungssektors, andere Datenbanken und öffentliche Rechtspersonen, Personen, bei denen wir zur Bearbeitung Ihrer Anfragen (z. B. bei der Ausstellung oder Erneuerung eines Versicherungsschutzes, bei der Schadensregulierung usw.) kommerzielle und Kreditinformationen anfragen - insbesondere über externe Unternehmen, die Kreditinformationssysteme betreiben - in Bezug auf Anfragen und Finanzierungsverträge, an denen Banken und Finanzgesellschaften beteiligt sind.
- 2) Beispielsweise Versicherungsnehmer von Versicherungspolice, bei denen Sie der Versicherte oder Begünstigte sind; eventuelle Mitverpflichtete, andere Versicherungsdienstleister (wie Versicherungsvermittler, Versicherungsunternehmen usw.); Verbände (z. B. ANIA) und Zusammenschlüsse des Versicherungssektors, andere Datenbanken und öffentliche Rechtspersonen, Personen, bei denen wir zur Bearbeitung Ihrer Anfragen (z. B. bei der Ausstellung oder Erneuerung eines Versicherungsschutzes,

bei der Schadensregulierung usw.) kommerzielle und Kreditinformationen anfragen - insbesondere über externe Unternehmen, die Kreditinformationssysteme betreiben - in Bezug auf Anfragen und Finanzierungsverträge, an denen Banken und Finanzgesellschaften beteiligt sind Daten über mögliche strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten von unserer Gesellschaft verarbeitet werden.

- 3) Beispielsweise zur Vorbereitung und zum Abschluss von Versicherungsverträgen (einschließlich Ausführungsverträge für Zusatzrentenversicherungen sowie der individuelle oder kollektive Beitritt zu Rentenfonds der Gesellschaft), zur Eintreibung der Prämien, der Auszahlung der Schadensfälle, der Zahlung oder Ausführung anderer Leistungen; für Rückversicherungen und Mitversicherungen; zur Erfüllung anderer spezifischer gesetzlicher oder vertraglicher Pflichten; zur Verhinderung und Erkennung von Versicherungsbetrug gemeinsam mit den anderen Gesellschaften der Unternehmensgruppe und für diesbezügliche rechtliche Schritte; zwecks Begründung, Wahrnehmung und Verteidigung von Rechten des Versicherers; zur Analyse neuer Versicherungsmärkte; für die Verwaltung und interne Kontrolle; für statistische und tarifrchnerische Tätigkeiten.
- 4) Zur Erfüllung spezifischer Pflichten, wie zum Beispiel für (i) Bestimmungen der IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Datenschutzbehörde, (ii) Erfüllungen im steuerrechtlichen Bereich (z. B. aufgrund des Gesetzes Nr. 95/2015 zur (a) Ratifizierung des Abkommens zwischen den USA und der Republik Italien über die Umsetzung der FATCA-Vorschriften-Foreign Account Tax Compliance Act) und (b) zur Ratifizierung der Abkommen zwischen Italien und anderen ausländischen Staaten zur Umsetzung des automatischen Austausches von Finanzinformationen zu steuerlichen Zwecken mithilfe der Standardkommunikation „Common Reporting Standard“ oder kurz „CRS“), (iii) Erfüllungen im Bereich der Identifikation, Registrierung und angemessenen Überprüfung der Kundschaft sowie der Meldung von verdächtigen Vorgängen im Sinne der Gesetzesnorm zur Bekämpfung der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung (gesetzesvertretendes Dekret D.Lgs. Nr. 231/07), (iv) zur Führung eines von der Consap für das italienische Wirtschafts- und Finanzministerium (als Inhaber) geführten computergestützten Zentralarchivs zur Vorbeugung von Betrug durch Identitätsdiebstahl, (v) zur Führung von anderen Datenbanken, bei denen die Übermittlung der Daten vorgeschrieben ist, wie z. B. die Zentralstelle für Unfallverhütung sowie die von der ANIA verwaltete Datenbank SITA ATRC für Risikobescheinigungen. Die vollständige Liste steht an unserem Sitz oder beim Datenschutzbeauftragten zur Verfügung.
- 5) Beispielsweise IT-Unternehmen für informationstechnische und telematische Dienste oder Archivierung; Dienstleistungsgesellschaften, die mit der Verwaltung, Regulierung und Auszahlung der Schadensfälle beauftragt werden; Hilfgesellschaften für Verwaltungstätigkeiten, einschließlich der Gesellschaften für Postdienste; Gesellschaften für Wirtschaftsprüfung und Beratung; Gesellschaften für kommerzielle Informationen zu finanziellen Risiken; Dienstleistungsgesellschaften zur Betrugskontrolle; Inkassogesellschaften.
- 6) Gruppe Unipol mit dem führenden Unternehmen Unipol Gruppo 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., Finitalia S.p.A. usw. Weitere Informationen über die Unternehmen, die zur Gruppe Unipol gehören, sind auf der Internetseite der Unipol Gruppo S.p.A. angegeben: www.unipol.it.
- 7) Ihre Daten können insbesondere in Italien und - falls dies für die Erbringung der geforderten Leistungen notwendig ist (zum Beispiel im Rahmen der Garantie „Assistenz“) - in EU-Ländern oder auch in Ländern außerhalb der EU vom Versicherungsunternehmen Unipol Sai Assicurazioni S.p.A. verarbeitet werden und an andere Unternehmen der Unipol-Gruppe (das vollständige Verzeichnis der Gesellschaften der Unipol-Gruppe ist auf der Internetseite der Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it veröffentlicht) sowie an andere Unternehmen und Personen weitergegeben und/oder von diesen verarbeitet werden, die zur sogenannten „Versicherungskette“ gehören, wie z. B.: andere Versicherer; Mitversicherer und Rückversicherer; Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler und andere Kanäle zum Erwerb von Versicherungsverträgen; Banken; Vertrauensärzte, Sachverständige; Rechtsanwälte; KFZ-Werkstätten, Dienstleistungsgesellschaften für Zahlungsquittierungen, Vertragskliniken oder Gesundheitseinrichtungen; sowie öffentliche Körperschaften und Organe, einschließlich jener des Versicherungssektors oder zusammengeschlossene Körperschaften zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen und zur Überwachung (wie z. B. CONSAP); sonstige Datenbanken, denen die Daten mitgeteilt werden müssen, wie z. B. die zentrale Datenbank für Unfälle (das vollständige Verzeichnis steht an unserem Sitz oder beim Datenschutzbeauftragten zur Verfügung). Die eventuelle Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Personen oder Unternehmen mit Sitz in Ländern außerhalb der Europäischen Union erfolgt unter Beachtung der Grenzen und Vorschriften gemäß der europäischen Richtlinien, der EU-Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016 und den Anordnungen der Datenschutzbehörde.
- 8) Sowie basierend auf den versicherten Garantien, die eventuell von Ihnen erworben wurden und begrenzt auf die Abwicklung und Regulierung von Schadensfällen in Bezug auf Erkrankungen, auch die UniSalute S.p.A mit Sitz in Bologna, Via Larga 8.

