



UNIPOLSAI INFORTUNI PREMIUM 2.0

Unfall- und Gesundheitsversicherung

Sehr geehrter Kunde,
Wir fügen folgende Dokumente bei:

- **DIP-SCHÄDEN (Vorvertragliches Informationsdokument für Schäden)**
- **DIP ZUSÄTZLICHE SCHÄDEN (Zusätzliches vorvertragliches Informationsdokument für Schadenversicherungsprodukte)**
- **VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN einschließlich Glossar (verfasst in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Technischen Tabelle zur Vereinfachung von Verträgen)**
- **DATENSCHUTZERKLÄRUNG**

Unfall- und Gesundheitsversicherung

Vorvertragliches Produktinformationsblatt für Sachversicherungen



Versicherungsunternehmen: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Versicherungsprodukt:
UNIPOLSAI INFORTUNI PREMIUM 2.0

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. Die Gesellschaft UnipolSai unterliegt der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit der Unipol Gruppo S.p.A. und ist Teil der Versicherungsgruppe „Gruppo Assicurativo Unipol“, die im Verzeichnis der Versicherungsunternehmen der italienischen Aufsichtsbehörde für Versicherungen IVASS unter der Nr. 046 eingetragen ist.

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

Um was für eine Versicherung handelt es sich?

Dieser Vertrag bietet Ihnen einen Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und/oder Freizeitunfälle mit Assistenzleistungen, die mit den Versicherungsgarantien Krankheit und Rechtsschutz kombiniert werden können.



Was ist versichert?

- ✓ **UNFÄLLE** direkte und ausschließliche Folgen von Unfällen, die der Versicherte bei der Ausübung seiner Tätigkeit erleidet. Je nachdem, welche Form ausgewählt wurde („Freizeit und Arbeit“ oder „Arbeit“ oder „Freizeit“), ist im Rahmen des Unfallversicherungsschutzes bei einem Arbeits- und/oder Freizeitunfall eine Entschädigung vorgesehen. Die Entschädigung wird in folgenden Fällen ausgezahlt:
 - **Todesfall:** Im Todesfall wird die Versicherungssumme an die benannten Begünstigten oder - falls keine Begünstigten benannt wurden - an die Erben des Versicherten ausgezahlt. Die gleiche Entschädigung wird auch bei einem irreversiblen komatösen Zustand ausgezahlt.
 - **Bleibende Invaliderität durch einen Unfall:** Auszahlung der Entschädigung, die vom festgestellten Prozentsatz der bleibenden Invaliderität abhängt, wobei zur Bewertung nach den angewandten Entschädigungstabellen zwischen diversen Invalideritätspunkten unterschieden wird.

- ✓ **KRANKHEIT:** Zahlung einer täglichen Entschädigung (Krankenhaustagegeld) zugunsten des Versicherten bei einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Tagesklinik, die durch eine Krankheit, die Entbindung oder einen therapeutischen Schwangerschaftsabbruch notwendig geworden ist.

Die Garantie wird je nach getroffener Auswahl wie folgt geleistet:

- **Entschädigung für die stationäre Behandlung:** Wenn die klinische Genesung abgeschlossen ist, wird für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes das in der Versicherungspolice angegebene Tagesgeld gezahlt.
- **Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit:** Zusätzlich zur Entschädigung für die stationäre Behandlung wird eine Entschädigung für die Genesungszeit nach einem Unfall ausgezahlt.

- ✓ **RECHTSSCHUTZ:** Rechtskosten, Kosten für Sachverständige, Gerichts-, Verfahrens- und Ermittlungskosten, die nicht von der Gegenpartei zu erstatten sind und dem Versicherungsnehmer bzw. dem Versicherten zur Verteidigung der eigenen Interessen in außergerichtlichen und gerichtlichen Verfahren im Zusammenhang mit den im Vertrag vorgesehenen Fällen in Bezug auf körperliche und psychische Verletzungen und/oder moralische Schäden entstehen sollten.

- ✓ **ASSISTENZ:** Leistung einer Soforthilfe, wie z. B. die Zusendung von Ärzten, Krankenpflegepersonal und Physiotherapeuten, der Rücktransport mit einem Krankenwagen und diverse andere Hilfsmaßnahmen, falls sich der Versicherte in einer Notsituation befindet. Ferner wird ein Dienst mit ermäßigten Tarifen für fachärztliche und diagnostische Untersuchungen angeboten, die in Einrichtungen durchgeführt werden, die als Vertragspartner zum Gesundheitsnetz von SiSalute gehören.

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

GARANTIEOPTIONEN

Zusatzgarantien [gegen Zahlung einer Zusatzprämie]:

UNFÄLLE: Garantie Plus / Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall / Entschädigung für die stationäre Behandlung / Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit / Entschädigung für die Ruhigstellung (Eingipsung/Immobilisierung) bei einer Fraktur (Knochenbruch)/ Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall (vollständige Arbeitsunfähigkeit - teilweise Arbeitsunfähigkeit - völlige Berufsunfähigkeit).

Sonderbedingungen [gegen Zahlung einer Zusatzprämie]:

UNFÄLLE: Anwendung der INAIL-Tabelle / Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invaliderität „Classic“ (bleibende Invaliderität mit 3 % Selbstbehalt, bleibende Invaliderität mit gestaffeltem Selbstbehalt von 0 % bis 10 %, bleibende Invaliderität mit gestaffeltem Selbstbehalt von 3 % bis 10 %, bleibende Invaliderität mit Selbstbehalt UnipolSai Plus) / Spezielle höhere Bewertung für anatomische Bereiche / Höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invaliderität, Pauschalentschädigung für Frakturen (Knochenbrüche), Pauschalentschädigung nach längerer oder mehrmaliger stationärer Behandlung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit / Pauschalentschädigung für die Ruhigstellung (Eingipsung/Immobilisierung) / Bleibende Invaliderität durch einen ästhetischen Schaden / Extremsportarten / Motorsport und Motorbootsport / Flugsport.

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



Was ist nicht versichert?

- ✗ Nicht versichert sind Schäden, die der Versicherte oder der Versicherungsnehmer vorsätzlich verursacht hat.

Ferner gilt Folgendes:

- ✗ **UNFÄLLE:** Nicht versichert sind 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 Invaliderität und/oder keine der anderen vertraglich garantierten Leistungen zur Folge haben.
- ✗ **KRANKHEIT:** Nicht versichert sind Veränderungen des Gesundheitszustands, die klinisch nicht diagnostiziert werden können oder Fehlbildungen oder körperliche Mängel darstellen oder durch einen Unfall bedingt sind.
- ✗ **ASSISTENZ:** Es werden keine Leistungen erbracht, die in Situationen angefordert werden, die keinen Dringlichkeitscharakter aufweisen oder unproblematisch sind.



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 Versicherungspolice angegebenen ungedeckten Beträge (in Prozentanteilen des entschädigungsfähigen Schadens) und die Selbstbehalte (in feststehenden Zahlen, in Prozentpunkten der bleibenden Invaliderität oder in Tagen bei Entschädigungen) angewendet, die zu einer Reduzierung oder Nichtauszahlung der Entschädigung führen können. Darüber hinaus sind bei diesen Versicherungsdeckungen bestimmte Ausschlüsse vorgesehen (insofern sie nicht durch Zusatzgarantien aufgehoben werden), wie zum Beispiel Ausschlüsse 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; Alkoholrausch des Versicherten beim Führen von Fahrzeugen allgemein, die Einnahme von Drogen oder Halluzinogenen (insofern diese nicht zu therapeutischen Zwecken von Ärzten verschrieben worden sind), 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 Profisport.

! **KRANKHEIT:** Krankheiten, die zum Wirksamkeitsdatum der Garantien bereits bestanden haben und dem Versicherten bekannt waren; psychiatrische Erkrankungen und psychische Beschwerden allgemein, einschließlich neurotischer Erkrankungen, Angstsyndrome 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; Krankheiten, die durch chronischen Alkoholismus und/oder Drogenabhängigkeit verursacht wurden.

! **RECHTSSCHUTZ:** Familienrecht, Erbfolge und Schenkungen; Steuer- oder Verwaltungsangelegenheiten; Schadensfälle als Folge von Volksaufständen, Unruhen, Kriegshandlungen, Terrorakten, Vandalismus, Erdbeben, Streiks und Absperrungen, den Besitz oder die Verwendung von radioaktiven Substanzen, Naturereignissen, für die der Katastrophen- oder Alarmzustand ausgerufen wurde.

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



Wo gilt die Versicherung?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt generell an dem Ort, an dem das versicherte Risiko besteht, wobei auf Folgendes genauer hingewiesen wird:
- ✓ UNFÄLLE: Die Versicherung gilt weltweit.
- ✓ KRANKHEIT: Die Versicherung gilt weltweit.
- ✓ RECHTSSCHUTZ: Die Versicherung gilt je nach angebotenen Garantien für Schadensfälle, die in den nachfolgend genannten Staaten eingetreten sind und von der zuständigen Gerichtsbehörde behandelt werden müssen:
 - in den Ländern der Europäischen Union, im Vereinigten Königreich, im Vatikanstaat, in der Republik San Marino, im Fürstentum Monaco, in der Schweiz und in Liechtenstein. Bei Schadensfällen, die in anderen als den o. g. Ländern oder Gebieten entstanden sind und dort behandelt werden müssen, gilt die Garantie in jedem Fall weltweit, jedoch nur bis zu einem Rückerstattungsbetrag von höchstens 5.000 Euro.
 - in Italien, im Vatikanstaat und in der Republik San Marino.
- ✓ ASSISTENZ: Der Versicherungsschutz besteht je nach den erbrachten Leistungen in Italien und im Ausland. Der Dienst mit ermäßigten Tarifen ist in Italien wirksam.



Welche Pflichten habe ich?

Wenn Sie den Vertrag unterzeichnen, sind Sie verpflichtet, wahrheitsgetreue, genaue und vollständige Angaben über das zu versichernde Risiko zu machen. Während der Vertragslaufzeit müssen Sie etwaige Änderungen mitteilen, die zu einer Erhöhung des versicherten Risikos führen. Falsche, ungenaue oder verschwiegene Angaben oder die unterlassene Mitteilung über die Risikoerhöhung können zur Folge haben, dass der Vertrag aufgelöst und die Entschädigung bei einem Schadensfall verweigert oder der Höhe nach reduziert wird.



Wann und wie kann ich die Prämie zahlen?

Die Versicherungsprämie ist jährlich zu zahlen. Die Versicherungsprämie enthält bereits die Steuern und muss bei Aushändigung der Versicherungspolice bezahlt werden. Sie können die Prämie im Rahmen der gesetzlichen Höchstbeträge entweder in bar oder mit den gesetzlich zugelassenen Zahlungsmitteln zahlen, die beim Vermittler zur Verfügung stehen. Die Versicherungsprämie kann auch 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 monatlichen Raten gezahlt werden, die direkt vom Girokonto abgebucht werden. Wenn der Versicherungsvertrag mit einer mehrjährigen Dauer abgeschlossen wurde, wird die Prämie gegenüber jener, die für die jährliche Dauer vorgesehen ist, reduziert. Der berechnete Preisnachlass ist in der Versicherungspolice angegeben.



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Die Versicherung hat die in der Versicherungspolice angegebene Dauer. Die Versicherung tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, der in der Versicherungspolice angegeben ist, insofern die Prämie oder die erste Prämienrate gezahlt wurde. Andernfalls tritt die Versicherung um 24.00 Uhr am Tag der Zahlung in Kraft. Falls der Versicherungsnehmer die Prämie oder die Raten der Folgeprämien nicht zahlt, wird die Versicherung ab 24.00 Uhr des 15. 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 der Anspruch von UnipolSai auf Zahlung der fällig gewordenen Prämien bleiben vorbehalten. Die Versicherung endet zu dem in der Versicherungspolice 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 eine 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. Hat der Vertrag eine mehrjährige Dauer und ist der Abschnitt „KRANKHEIT“ vorgesehen, verzichtet das Unternehmen auf die Ausübung des Rücktrittsrechts im Schadensfall.

Wird der Vertrag mit stillschweigender Erneuerung abgeschlossen, muss die Kündigung mindestens 30 Tage vor dem jährlichen Auslauf des Versicherungsvertrags zugesendet werden.

Wenn der Vertrag eine Laufzeit von über 5 Jahren hat, kann der Versicherungsnehmer sein Rücktrittsrecht erst nach Ablauf der ersten 5 Vertragsjahre ausüben. Auch in diesem Fall muss die Kündigung mindestens 30 Tage vor Vertragsauslauf zugesendet werden. Gilt der Vertrag für eine Dauer von fünf Jahren oder weniger, können Sie nicht vorzeitig vom Vertrag zurücktreten und müssen den vorgesehenen Vertragsablauf abwarten.

Unfall- und Gesundheitsversicherung



Produktinformationsblatt mit ergänzenden Informationen zum
vorvertraglichen Informationsblatt für Sachversicherungen
(Zusatzinformationsblatt für Sachversicherungen)

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Versicherungsprodukt: UNIPOLSAI INFORTUNI PREMIUM 2.0

Datum 01/04/2020 - Dieses Zusatzinformationsblatt für Sachversicherungen
ist die neueste veröffentlichte Version.

Das vorliegende Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für die Sachversicherungen (Zusatzinformationsblatt für Sachversicherungen), 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 Vertrags durchlesen.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., nachfolgend kurz als „UnipolSai“ bezeichnet, mit Rechtssitz in Italien, 40128 Bologna, Via Stalingrado 45, Telefonnummer: 051.5077111, Webseite: www.unipolsai.it, E-Mail-Adresse: info-danni@unipolsai.it, PEC-Adresse: 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.

Die folgenden Informationen beziehen sich auf den letzten genehmigten Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2018: - Eigenkapital des Unternehmens: € 5.765,85 Mio. - Stammkapital € 2.031,46 Mio.; - Gesamtbetrag der Vermögensrücklagen: € 3.321,61 Mio. Mit Bezug auf den Bericht über die Solvabilität und Finanzlage (SFCR) des Unternehmen, der auf der Internetseite www.unipolsai.com konsultiert werden kann, 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 2018 € 2.788,51 Mio. und die Mindestkapitalanforderung (MCR) € 1.254,83 Mio. beträgt, zu deren Deckung das Unternehmen über Eigenkapital in Höhe von je € 7.057,07 Mio. und € 6.889,4 Mio. verfügt, woraus sich zum 31. Dezember 2018 ein Solvabilitätsindex ergibt, der dem 2,53-fachen 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, den 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 im Rahmen der in der Versicherungspolice und in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Grenzen einen Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und/oder Freizeitunfälle mit Assistenzleistungen, die mit den Deckungsgarantien „Krankheit“ und „Rechtsschutz“ kombiniert werden können.

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 Versicherungspolice 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 Versicherungspolice angegeben ist, einschließlich der Wegeunfälle, die sich auf dem Hin- und Rückweg zwischen der Wohnung des Versicherten und dem Ort der in der Versicherungspolice angegebenen beruflichen Tätigkeit ereignen.

C) FREIZEIT

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung jeder nicht berufsbedingten Tätigkeit erleidet, einschließlich der Wegeunfälle, die auf dem Hin- und Rückweg 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 abschließen?

OPTIONEN MIT PRÄMIENREDUZIERUNG

| | |
|---|--|
| Anwendung der Entschädigungstabelle SMART | Festlegung der bleibenden Invalidität nach der vertraglich vereinbarten Entschädigungstabelle SMART. |
|---|--|

OPTIONEN MIT ZAHLUNG EINER ZUSATZPRÄMIE

UNFÄLLE

| | |
|---|--|
| Garantie Plus | Die Versicherung wird auf die folgenden Versicherungsdeckungen erweitert: Höhere Bewertung zum Schutz der Zukunft, Verlust des Schuljahres, Rückerstattung der Behandlungskosten für nicht versicherte minderjährige Kinder, bleibende Invalidität von versicherten minderjährigen Kindern, Pauschalentschädigung für den komatösen Zustand, zusätzliche Entschädigung im Fall des Todes als Folge eines Verkehrsunfalls, Unterstützung und Sicherheit, Anpassung der Wohnung, Anpassung des Fahrzeugs. |
| Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall | Erstattung der Behandlungskosten, u. a. einschließlich der Kosten für diagnostische und fachärztliche Untersuchungen sowie für den Kauf der ärztlich verordneten orthopädischen Hilfs- und Stützmittel, die innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalldatum entstanden sind. |
| Entschädigung für die stationäre Behandlung | Entschädigung mit Zahlung der vereinbarten Summe für jeden Tag der stationären Behandlung bis höchstens 365 Tage pro Unfall. |
| Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit | Entschädigung für die Genesungszeit, wobei zusätzlich zu der im Fall der stationären Behandlung vorgesehenen Entschädigung die vereinbarte Summe für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts bis maximal 90 Tage pro Unfall ausgezahlt wird, vorausgesetzt der stationäre Aufenthalt dauert mindestens 2 aufeinanderfolgende Tage an. |
| Entschädigung für Immobilisierung/Ruhigstellung bei einer Fraktur | Entschädigung mit Zahlung der vereinbarten Summe für jeden Tag der Immobilisierung für höchstens 60 Tage pro Unfall. |
| Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall | Wahlweise zwischen: <ul style="list-style-type: none"> • Volle vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (mit Zahlung der gesamten vereinbarten Summe für jeden Tag der teilweisen oder völligen körperlichen Unfähigkeit, der in der Versicherungspolice angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen, bis maximal 365 Tage pro Unfall); • Teilweise vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (mit Zahlung der vereinbarten Summe in Höhe von 100% bei völliger Arbeitsunfähigkeit und 50% bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit für jeden Tag der körperlichen Unfähigkeit, der in der Versicherungspolice angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen, bis maximal 365 Tage pro Unfall); • Vollständige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (mit Zahlung der gesamten vereinbarten Summe für jeden Tag der vollständigen körperlichen Unfähigkeit, der in der Versicherungspolice angegebenen Tätigkeit nachzugehen, bis maximal 365 Tage pro Unfall). |

| | |
|---|--|
| Anwendung der INAIL-Tabelle | <i>Festlegung der bleibenden Invalidität nach der INAIL-Tabelle gemäß Anhang 1 des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30/06/1965.</i> |
| Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität "Classic" | <p><i>Änderungen des Selbstbehalts (5%), der bei der bleibenden Invalidität „Classic“ vorgesehen ist. Wahlweise zwischen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt;</i> - <i>Bleibende Invalidität mit gestaffeltem Selbstbehalt von 0% bis 10% unter Anwendung von diversen Selbstbehalten, die je Versicherungssumme variieren;</i> - <i>Bleibende Invalidität mit gestaffeltem Selbstbehalt von 3% bis 10% unter Anwendung von diversen Selbstbehalten, die je Versicherungssumme variieren;</i> - <i>Bleibende Invalidität mit Selbstbehalt UnipolSai Plus, mit Minderung der Auswirkung des Selbstbehalts von 5% auf den auszuzahlenden Prozentanteil der Versicherungssumme für diese Garantie.</i> |
| Spezielle höhere Bewertung für anatomische Bereiche | <i>Erhöhung der Prozente der bleibenden Invalidität, die anstelle der vertraglich vorgesehenen Bewertungstabelle für die Beeinträchtigung bestimmter anatomischer Bereiche 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 einer Pauschalsumme 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 einer Pauschalsumme 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/ Ruhigstellung | <i>Erweiterung der Garantie „Entschädigung für die Immobilisierung/Ruhigstellung bei einem Knochenbruch“ auf andere Fälle, u. a. auf einen durch eine Röntgenaufnahme bestätigten Knochenbruch, der keinerlei Stützmittel (z. B. Gipsverband) 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 anhand der Angaben in der entsprechenden Tabelle in Prozentpunkten ermittelt und bewertet wird.</i> |
| Extremsportarten | <i>Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Extremsportarten, die sowohl in der Freizeit als auch als Leistungssport ausgeübt werden.</i> |
| Motorsport und Motorbootsport | <i>Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Motorsport und Motorbootsport, der sowohl in der Freizeit als auch als Leistungssport ausgeübt wird.</i> |
| Flugsport | <i>Erweiterung der Versicherung auf die Ausübung von Luftsport, der sowohl in der Freizeit als auch als Leistungssport ausgeübt wird.</i> |



Was ist NICHT versichert?

| | |
|--------------------------|---|
| Risikoausschlüsse | <i>Neben den im vorvertraglichen Produktinformationsblatt für Sachversicherungen enthaltenen Angaben sind keine weiteren Informationen enthalten.</i> |
|--------------------------|---|



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Bei allen mit diesem Vertrag angebotenen Versicherungsdeckungen werden vertragsgemäß die angegebenen ungedeckten Beträge und Selbstbehalte angewendet, die zu einer Reduzierung oder Nichtauszahlung der Entschädigung führen können.

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%.

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

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

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall: Bei Versicherungssummen von € 50,00 oder darunter:

- Selbstbehalt von 7 Tagen, für die keine Entschädigung zuerkannt wird;
- Ab dem 8. Tag wird ein Tagegeld in Höhe der gesamten Versicherungssumme gezahlt.

Bei Versicherungssummen von über € 50,00:

- Selbstbehalt von 7 Tagen, für die keine Entschädigung zuerkannt wird;
- Vom 8. bis zum 15. Tag wird ein Tagegeld von € 50,00 gezahlt.
- Ab dem 16. Tag wird ein Tagegeld in Höhe der gesamten Versicherungssumme gezahlt.

ABSCHNITT „KRANKHEIT“

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

Garantiausschlüsse sind ebenfalls für folgende Abschnitte vorgesehen:

ABSCHNITT UNFÄLLE

Die Versicherung gilt nicht für Unfälle durch folgende Ursachen:

- die Verwendung und das Führen von Luftfahrzeugen, Drachenfliegern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmfliegern, vorbehaltlich der in der Garantieerweiterung vorgesehenen Bestimmungen;
- die auch nur gelegentliche Ausübung von Extremsportarten aus welchem Grund auch immer, vorbehaltlich der Bestimmungen in den Sonderbedingungen - Erweiterung auf andere Sportarten;
- transozeanische Regatten;
- die auch nur gelegentliche Ausübung von Motorsport und Motorbootsport aus welchem Grund auch immer, vorbehaltlich der Bestimmungen in den Sonderbedingungen - Erweiterung auf andere Sportarten; Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind in jedem Fall Sprintrennen, Grasbahnrennen sowie Rennen, die mit Einsitzern, Prototypen, Dragstern und Stockcars gefahren werden, und Offshore-Rennen.
- die auch nur gelegentliche Ausübung von Flugsport aus welchem Grund auch immer, vorbehaltlich der Bestimmungen in den Sonderbedingungen - Erweiterung auf andere Sportarten;
- 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 Garantieerweiterungen;
- 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 Verhaltensweisen des Versicherten wegen Unzurechnungsfähigkeit aufgrund der folgenden Erkrankungen: Schizophrenie, manisch-depressive Formen, paranoide Zustände, Alzheimer-Krankheit, Demenz und chronischer Alkoholismus.

Ferner ist Folgendes vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- durch jegliche Ursache herbeigeführter Herzinfarkt und Schlaganfall sowie Infektionen mit dem HIV- und Hepatitisvirus als Folge eines entschädigungsfähigen Unfalls;
- die Ausübung der mit Sonderklausel versicherbaren beruflichen Tätigkeiten, die im Verzeichnis der Tätigkeiten angegeben sind.

Falls die versicherte Person den Polizeikräften oder dem Militär angehört, bleiben folgende Unfälle jedoch von der Unfallversicherung ausgeschlossen:

- Unfälle, die sich bei eventuellen Auslandseinsätzen ereignen;
- Unfälle, die sich bei Ausübung folgender Tätigkeiten ereignen, auch wenn sie in den Aufgabenbereich des Polizei- oder Militärkorps fallen, dem die versicherte Person angehört:
 - Fallschirmspringen
 - Unterwassersport im Allgemeinen
 - Klettern an Felsen oder Gletschern
 - Pilot oder Besatzungsmitglied von Flugzeugen
 - Höhlenforschung

ABSCHNITT „KRANKHEIT“

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- bei einem nicht therapeutisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch und den möglichen Folgen;
- bei Therapien zur Behandlung der Unfruchtbarkeit, Sterilität und Impotenz;
- bei Behandlungen zu ästhetischen Zwecken (außer Eingriffe der plastischen Chirurgie, kieferorthopädische oder zahnärztliche Eingriffe zur Rekonstruktion als direkte Unfallfolge oder Eingriffe zur Reduzierung oder Entnahme eines Organs, die im Sinne der Versicherungspolice entschädigungspflichtig sind);
- bei stationären Aufenthalten wegen chronischer Erkrankungen in Gesundheitseinrichtungen zur Langzeitbehandlung (Pflegeheime für chronisch Kranke, Altersheime und andere Einrichtungen, die keine Heilanstalten sind), auch wenn diese als Kliniken oder medizinische Einrichtungen angesehen werden;
- bei zahnärztlichen Behandlungen und der Behandlung von Parodontopathien, wenn diese nicht durch einen im Sinne der Versicherungspolice entschädigungspflichtigen Unfall notwendig geworden sind;
- bei den direkten oder indirekten Folgen von natürlichen oder künstlich herbeigeführten Umwandlungen des Atomkerns oder Freisetzungen von Atomenergie sowie der 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 Versicherungspolice entschädigungspflichtig sind;
- bei den Folgen von Krieg, Volksaufständen, Unruhen, gewaltsamen Handlungen und Aggressionen, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat und die politische oder soziale Zwecke verfolgen;
- bei den Folgen von Vulkanausbrüchen;
- bei HIV-Infektionen und den damit verbundenen Krankheitszuständen.

ABSCHNITT RECHTSSCHUTZ

Die Versicherung gilt nicht für Schadensfälle im Zusammenhang mit:

- der Zahlung von Bußgeldern, Geldstrafen und Verwaltungsstrafen allgemein;
- Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit Beschäftigungsverhältnissen, der selbstständigen Tätigkeit oder der Unternehmenstätigkeit der Versicherten;
- vorsätzlichen Handlungen der versicherten Personen;
- dem Besitz von Fahrzeugen, Flugzeugen, Booten, Schiffen und Sportbooten;
- dem Beitritt zu Sammelklagen (class action);
- Finanz- und Bankverträgen sowie Kfz-Haftpflichtversicherungen;
- Rechtsstreitigkeiten mit dem Versicherungsunternehmen im Zusammenhang mit dieser Versicherungspolice;
- Rechtsstreitigkeiten aufgrund von medizinischen Leistungen aus rein ästhetischen Zwecken, mit Ausnahme der Eingriffe der plastischen Chirurgie zur Rekonstruktion;
- Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit der Entbindung oder einem therapeutischen Schwangerschaftsabbruch.

ABSCHNITT ASSISTENZ

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- bei Kriegshandlungen, Volksaufständen, Unruhen, Aufruhr, Terrorakten, Sabotage, militärischer Besetzung, Invasionen;
- bei den direkten und indirekten Folgen von Atomkernumwandlungen, Folgen von Strahlungen durch künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen und der Exposition gegenüber Ionenstrahlung;

Die Dienstleistungen mit vergünstigten Tarifen wird nicht erbracht für Krankenhausaufenthalte, chirurgische Eingriffe, einschließlich ambulanter Operationen, zahnmedizinische Untersuchungen und Leistungen und physiotherapeutische Behandlungen.



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.

Die Schadensmeldung, die vom Versicherten oder im Fall der Unmöglichkeit wegen der nach sich gezogenen Konsequenzen von seinen Anspruchsberechtigten unterzeichnete wurde, müssen der Ort, der Tag und die Uhrzeit des Unfalls sowie eine eingehende Beschreibung des Unfallhergangs angegeben sein. Der Schadensmeldung muss zudem eine ärztliche Bescheinigung beigelegt werden.

Darüber hinaus sind in Bezug auf den Abschnitt „UNFÄLLE“ folgende Unterlagen einzureichen:

- **Auszahlung der Entschädigung für die bleibende Invalidität zugunsten der Erben:** die Dokumente, die die Stabilisierung der bleibenden Folgen nachweisen, mit den gesamten medizinischen Unterlagen über den Schadensfall, falls diese noch nicht eingereicht wurden, einschließlich der Krankenakte im Fall eines Krankenhausaufenthalts, sollte der Versicherte vor der von UnipolSai angeordneten rechtsmedizinischen Untersuchung aus nicht unfallbedingten Gründen verstorben sein;
- **Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit:** Vorlage der Dokumente als Nachweis für die Ursache und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ab 24.00 Uhr des ordnungsgemäß gemeldeten Unfalltages. Falls der Versicherte keine ärztlichen Folgebescheinigungen zugesendet hat, erfolgt die Auszahlung der Entschädigung, wobei als Heilungsdatum der Tag berücksichtigt wird, der 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 zu prüfen.
- **Entschädigung für die alleinige stationäre Behandlung oder für die stationäre Behandlung und Genesungszeit:** der Antrag auf Entschädigung, dem die Unterlagen als Nachweis der Ursache und Dauer des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik beizufügen sind;
- **Entschädigung für die Immobilisierung bei einer Fraktur:** der Antrag auf Entschädigung, dem die Unterlagen als Nachweis der Ursache und Dauer der Immobilisierung/Ruhigstellung beizufügen sind.

In Bezug auf die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ muss der Versicherte die Einsatzzentrale der UniSalute S.p.A. kontaktieren, wenn Leistungen in Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen werden, die Vertragspartner von UniSalute sind. Die Einsatzzentrale wird nach Prüfung des Antrags einen Termin mit der Gesundheitseinrichtung vereinbaren und dem Versicherten die Angaben zum Termin mitteilen.

In Bezug auf den Abschnitt KRANKHEIT: Bei einer stationären Behandlung muss der Versicherte die mit dem Original übereinstimmende Kopie der Krankenakte zusenden.

In Bezug auf den Abschnitt RECHTSSCHUTZ: Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer muss UnipolSai oder der Agentur, die für den Vertrag zuständig ist, bzw. der ARAG schriftlich jeden Versicherungsfall melden, sobald er eingetreten ist bzw. sobald er davon Kenntnis erlangt. Darüber hinaus muss er die Zustellung aller an ihn gerichteten gerichtlichen Schriftstücke mitteilen.

In Bezug auf den Abschnitt ASSISTENZ: Der Versicherte muss sich unverzüglich mit der Organisationsstruktur von UniSalute S.p.A. in Verbindung setzen.

Direkte Assistenz/Assistenz durch Vertragspartner: Die medizinischen Leistungen in Bezug auf die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ können über ein Netz mit vertraglich gebundenen Gesundheitseinrichtungen erbracht werden, die dem Versicherten von UniSalute über die Einsatzzentrale zur Verfügung gestellt werden, wobei UniSalute für die direkte Zahlung der Kosten sorgt.

Abwicklung durch andere Unternehmen: In Bezug auf den Abschnitt ASSISTENZ ist die Gesellschaft UniSalute S.p.A. mit der Abwicklung und Auszahlung von Schadensfällen betraut.

In Bezug auf den Abschnitt RECHTSSCHUTZ ist die Gesellschaft ARAG mit der Abwicklung der Versicherungsfälle betraut.

Verjährung: Die sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Ansprüche, die nicht die Ratenzahlung der Versicherungsprämie betreffen, verjähren innerhalb von zwei Jahren ab dem Zeitpunkt, in dem sich der Umstand ereignet, auf dem der Anspruch beruht.

Falsche, ungenaue oder verschwiegene Angaben

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

| | |
|---|--|
| <p>Pflichten des Versicherungsunternehmens</p> | <p>Bei den Schadensfällen in Bezug auf die Garantien „Unfälle“ und „Krankheit“ sorgt UnipolSai nach Erhalt der notwendigen Unterlagen innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum der Feststellung der zustehenden Entschädigung für deren Auszahlung, insofern keine Einwände erhoben wurden und keiner der in den Vertragsausschlüssen vorgesehenen Fälle vorliegt.</p> <p>In Bezug auf die Versicherungsfälle im Bereich „Rechtsschutz“ erfolgt die Zahlung der garantierten Kosten innerhalb von 30 Tagen, nachdem die Angemessenheit des geforderten Betrags geprüft wurde.</p> <p>In Bezug auf die Versicherungsfälle im Bereich „Assistenz“, bei denen die zuvor kontaktierte Organisationsstruktur den Versicherten dazu ermächtigt hat, die Organisation des Hilfeinsatzes selbständig zu leiten, erstattet das Unternehmen die dem Versicherten entstandenen und genehmigten Kosten innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Originale der Rechnungsunterlagen, die belegen, dass der Versicherte die Kosten tatsächlich getragen hat.</p> |
|---|--|



Wann und wie kann ich die Prämie zahlen?

| | |
|-----------------------------------|--|
| <p>Versicherungsprämie</p> | <p>Insofern nicht der Verzicht auf die automatische Angleichung vereinbart wurde, werden die in absoluten Zahlen angegebenen Versicherungssummen, Höchstbeträge und Pauschalentschädigung sowie die Versicherungsprämien bei jeder jährlichen Erneuerung um 3% erhöht.</p> |
| <p>Rückerstattung</p> | <p>UnipolSai 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.</p> |



Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

| | |
|-----------------------------|--|
| <p>Dauer</p> | <p>Der Vertrag sieht bei den Versicherungsgarantien KRANKHEIT eine Karenzfrist vor (die auch als Wartefrist bezeichnet wird). Dies bedeutet, dass ein etwaiger Schaden am Anfang des Vertragsverhältnisses nicht von der Garantie abgedeckt ist und demzufolge keinerlei Entschädigung gezahlt wird.</p> <p>Der Versicherungsschutz in Bezug auf den Abschnitt KRANKHEIT beginnt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 einem therapeutischen Schwangerschaftsabbruch ab dem dreihundertsten Tag, nachdem der Vertrag wirksam geworden ist. <p>Die Versicherungsleistung in Bezug auf den Abschnitt RECHTSSCHUTZ wird für Versicherungsfälle erbracht, die nach Ablauf von 3 Monaten ab dem Wirksamkeitsdatum der Versicherungspolice aufgetreten sind, mit Ausnahme von außervertraglichen Schäden oder angeblichen außervertraglichen Schäden des Versicherten aufgrund von rechtswidrigen Handlungen Dritter, die einen Unfall zur Folge hatten, oder aufgrund eines tatsächlichen oder mutmaßlichen Verstoßes gegen Verwaltungsrecht, der während der gesamten Gültigkeitsdauer der Versicherungspolice versichert ist.</p> |
| <p>Unterbrechung</p> | <p>Die Möglichkeit, die Versicherungsgarantien vorübergehend zu unterbrechen, ist laut Vertrag nicht vorgesehen.</p> |



Wie kann ich die Versicherung kündigen?

| | |
|---|---|
| <p>Meinungsänderung nach Vertragsabschluss</p> | <p>Es besteht nicht die Möglichkeit, vom Vertrag zurückzutreten, falls der Versicherungsnehmer nach Vertragsabschluss seine Meinung ändern sollte.</p> |
| <p>Vertragsauflösung</p> | <p>Es ist vertraglich nicht vorgesehen, dass der Versicherungsnehmer den Vertrag auflösen kann. Begrenzt auf die Garantien und die betreffenden Personen endet die Versicherung bei der jährlichen Fälligkeit der Prämie, nachdem das 80. Lebensalter erreicht wurde.</p> |



Für wen ist dieses Versicherungsprodukt gedacht?

Dieses Versicherungsprodukt 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 Grundbedarf darin, sich gegen Unfallrisiken abzusichern und Assistenzleistungen zu erhalten.



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:

Eventuelle 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

Darüber hinaus 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 Beschwerdegrundes.

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, Finanzvermittler oder Banken) des einheitlichen Registers für Vermittler eingetragen sind, sowie über das Verhalten von Versicherungsvermittlern, die in das beigefügte Verzeichnis eingetragen sind, müssen in schriftlicher Form direkt an den Sitz des Versicherungsvermittlers gerichtet werden. Diese Reklamationen werden vom Versicherungsvermittler selbst bearbeitet, der dem Beschwerdeführer innerhalb einer Höchstfrist von 45 Tagen eine Antwort erteilt.

Nützliche Informationen für die Einreichung von Reklamationen sind auf der Internetseite des Unternehmens www.unipolsai.it und in den Mitteilungen angegeben, die während der Vertragslaufzeit regelmäßig zugesendet werden (insofern vorgesehen).

Nach Eingang der Reklamation muss die Reklamations- und Kundendienststelle von UnipolSai innerhalb einer Höchstfrist von 45 Tagen eine Antwort erteilen. Falls die Reklamation das Verhalten des Agenten oder des Versicherungsvermittlers in Nebentätigkeit (und von dessen Beschäftigten und Mitarbeitern) betrifft, muss die Antwort innerhalb von 60 Tagen erteilt werden.

Reklamation bei der Aufsichtsbehörde IVASS:

Falls der Beschwerdeführer nicht mit dem Ergebnis der beim Unternehmen eingereichten Reklamation einverstanden ist oder 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, Familienname und Wohnsitz des Beschwerdeführers, gegebenenfalls mit Telefonnummer;
- b) Angabe des Gegenstands der Beschwerde oder der Personen, über deren Tätigkeiten sich beschwert wird;
- c) kurze und ausführliche Beschreibung des Beschwerdegrundes;
- d) die Kopie der beim Unternehmen eingereichten Reklamation und der gegebenenfalls vom Unternehmen erteilten Antwort;
- e) alle sachdienlichen Dokumente zur ausführlichen Beschreibung der diesbezüglichen Umstände.

BEVOR DER RECHTSWEG BESCHRITTEN WIRD, besteht die Möglichkeit, folgende Verfahren zur Streitbeilegung in Anspruch zu nehmen:

| | |
|--|---|
| Schlichtungsverfahren | Über einen Rechtsanwalt des Vertrauens kann eine in der entsprechenden Liste des Justizministeriums angeführte Schlichtungsstelle angerufen werden, die auf der Webseite www.giustizia.it konsultiert werden kann (Gesetz Nr. 98 vom 9/8/2013). Die Inanspruchnahme des Schlichtungsverfahrens ist eine Bedingung für die Zulässigkeit einer gerichtlichen Klage. |
| Übereinkommen mit Rechtsbeistand | Durch Antragsstellung des eigenen Anwalts beim Unternehmen mit den Modalitäten, die im Gesetzesdekret Nr. 132 vom 12. September 2014 (umgewandelt in das Gesetz Nr. 162 vom 10. November 2014) angegeben sind. |
| Alternative Systeme zur Beilegung von Streitigkeiten: | <ul style="list-style-type: none">- Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung: Streitigkeiten medizinischer Art über die Entschädigungsfähigkeit des Schadensfalls und über die Ursache, die Art und die Folgen des Unfalls können die Parteien mit schriftlicher Anfrage an ein Kollegium bestehend aus drei Ärzten übertragen, die im gegenseitigen Einvernehmen bestellt werden. Bei Uneinigkeit wird das Ärztekollegium 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. In Bezug auf den Abschnitt RECHTSSCHUTZ: Besteht ein Interessenkonflikt oder Uneinigkeit über die Schadensabwicklung zwischen dem Versicherten und der Gesellschaft oder ARAG kann die Entscheidung einem Schiedsrichter übergeben werden, der nach Billigkeit entscheidet. Dieser Schiedsrichter wird von den Parteien im gegenseitigen Einvernehmen oder, sofern keine Einigkeit erzielt wird, vom Präsidenten des gemäß der Zivilprozessordnung zuständigen Gerichts ernannt.- Reklamation bei der Aufsichtsbehörde IVASS oder direkt 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, wobei der Beschwerdeführer die Aktivierung der FIN-NET-Prozedur beantragen muss, um grenzüberschreitende Streitfälle zu lösen, in die der Beschwerdeführer mit Wohnsitz in Italien verwickelt ist. |

HINWEIS:

FÜR DIESEN VERTRAG UNTERHÄLT DAS UNTERNEHMEN AUF DER EIGENEN WEBSEITE KEINEN RESERVIERTEN INTERNETBEREICH FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER (die sog. HOME INSURANCE - DIE VERSICHERUNG VON ZU HAUSE AUS), SODASS DER VERSICHERUNGSNEHMER DIESEN VERTRAG NACH VERTRAGSABSCHLUSS NICHT TELEMATISCH VERWALTEN KANN.

UNIPOLSAI INFORTUNI PREMIUM 2.0

Unfall- und Gesundheitsversicherung

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN, EINSCHLIESSLICH GLOSSAR

Modell SI/01205/000/00000/C – Ausgabe 01/04/2020

Das vorliegende Dokument wurde gemäß den Richtlinien des technischen Fachkreises über die Vereinfachung von Verträgen erstellt

| | |
|--|-----------|
| GLOSSAR | 1 von 73 |
| 1. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE VERSICHERUNG ALLGEMEIN | 6 von 73 |
| 2. ABSCHNITT UNFÄLLE | 11 von 73 |
| 3. ABSCHNITT KRANKHEIT | 33 von 73 |
| 4. ABSCHNITT RECHTSSCHUTZ | 36 von 73 |
| 5. ABSCHNITT ASSISTENZ | 40 von 73 |
| 6. BESTIMMUNGEN ÜBER DIE REGULIERUNG VON SCHADENSFÄLLEN | 48 von 73 |
| ANHANG - TABELLE DER BERUFLICHEN TÄTIGKEITEN | 67 von 73 |
| GESETZLICHE BESTIMMUNGEN, AUF DIE IN DER VERSICHERUNGSPOLICE VERWIESEN WIRD | 70 von 73 |

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. Diese Felder enthalten: Antworten bei Zweifeln oder im Bedarfsfall zu befolgende Anweisungen,  Punkte,  auf die besonders zu achten ist, Kontaktdaten .

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, immer sorgfältig durchzulesen.

Die folgenden Begriffe ergänzen in jeder Hinsicht den Versicherungsvertrag, wobei die Parteien ihnen die im Folgenden näher angegebene Bedeutung zuweisen:

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

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

ARAG: die Versicherungsgesellschaft ARAG SE Generalvertretung und Direktion für Italien mit Sitz in 37135 Verona - Viale del Commercio 59, die mit der Verwaltung, Bearbeitung und Abwicklung von Schadensfällen im Bereich der Rechtsschutzversicherung betraut ist.

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 vertraglichen Vereinbarungen bereitgestellt wird.

Außervertragliche Haftung: die Haftung der Person, die durch ein unrechtmäßige Handlung anderen einen nicht gerechtfertigten Schaden zufügt.

Außergerichtliche Phase: die Phase des Rechtsstreits, die darauf abzielt, eine Einigung zwischen den Parteien zu erzielen, auch durch ein Schlichtungsverfahren und die Verhandlung mit Rechtsbeistand, ohne die Gerichtsbehörden dafür einzuschalten.

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, jeglicher gewinnbringender Tätigkeit unabhängig vom ausgeübten Beruf nachzugehen.

Chirurgischer Eingriff: jeder operative Eingriff zu therapeutischen Zwecken, der manuell oder mit Instrumenten durchgeführt wird und bei dem ein Haut- oder Gewebeeinschnitt vorgenommen wird, auch durch Verwendung von mechanischen bzw. Wärme- oder Laserquellen.

Einsatzzentrale: Struktur der UniSalute, bestehend aus Mitarbeitern, Ärzten, medizinischem Fachpersonal und Technikern, die von Montag bis Freitag (außer an Feiertagen) von 8.30 - 19.30 Uhr erreichbar ist und nach Anfrage des Versicherten den direkten Zugang zu den vertraglich gebundenen Gesundheitseinrichtungen organisiert und den entsprechenden Termin vereinbart.

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 „einzigere Versicherungsfall“ angesehen werden.

Extremsport: Dazu zählt die Ausübung folgender Sportarten: Bergsteigen mit Klettern an Felsen oder Gletschern über den 3. Grad der Schwierigkeitsskala hinaus bzw. mit einem gleichwertigen Schwierigkeitsgrad, Kampfsportarten mit körperlichem Kontakt, Basejumping, Bungeejumping, Bob, Kanusport über den 3. Grad der Wildwasserschwierigkeitsskala hinaus bzw. mit einem gleichwertigen Schwierigkeitsgrad, Aerial Dance (mit Luftakrobatik), Bergabfahrten (Downhill) mit beliebigem Schwierigkeitsgrad und in all seinen Formen, Canyoning (Wildwasserfahrten), American Football, Freeclimbing, Free Riding und Helisnow, Hockey, Hydrospeed, Rennschlitten und Motorschlitten, Jetski, Kitesurfen, Ringkampf in seinen unterschiedlichen Formen, Parkour, Boxen, Rafting, Rugby, Hockey, Springen von der Sprungschanze oder vom Sprungbrett mit Ski oder Wasserski, Ski-Alpinismus, Ski- oder Snowboard-Akrobatik, Extremski und Extrem-Snowboarding (außerhalb von Pisten in entfernt gelegenen Bereichen, die sich nicht in unmittelbarer Nähe der präparierten Pisten mit Skiliftanlagen befinden), Rodelschlitten (Skeleton), Snowrafting, 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, (einmotorige und mehrmotorige) Flugzeuge mit Rotorflügeln, Segelflieger, Motorsegelflugzeuge, Heißluftballons und Luftschiffe.

Freizeitsport: Dazu zählen Sportarten, die nur zu reinen Freizeit Zwecken ausgeübt werden, selbst wenn sie von Mitgliedern von Sportverbänden oder Vereinigungen, die vom Dachverband CONI anerkannt sind, ausgeübt werden und in jedem Fall nicht explizit zur regelmäßigen Teilnahme an Wettbewerben, Wettkämpfen oder anderen Sportveranstaltungen mit Leistungssportcharakter dienen. Zu den 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.

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

Gerichtliche Phase die Phase des Rechtsstreits, die vor den Gerichtsbehörden stattfindet.

Gerichtskosten: die im Dekret des Präsidenten der Republik D.P.R. Nr. 115/2002 festgelegten Kosten.

Gutachterkosten: die Vergütungen des Sachverständigen, auch in seiner Eigenschaft als Parteigutachter oder als gerichtlich bestellter Gutachter.

Höchstbetrag: die in der Versicherungspolice angegebene Summe, die den Höchstbetrag der Entschädigung im Schadensfall darstellt.

Immobilisierung/Ruhigstellung: die Anwendung einer nicht selbst abnehmbaren, steifen und äußerlich angebrachten Stützprothese nach einem Unfall.

Es kann sich dabei auch um abnehmbare Stützmittel und gebrauchsfertiger Orthesen handeln, insofern sie starr und außen angebracht sind (unter Ausschluss von weichen Halskrausen und orthopädischen Stützkorsetten) und unter der Voraussetzung, dass sie

- von einer zum Krankenhaus gehörenden Notaufnahme ohne stationäre Behandlung im Krankenhaus oder in einer Tagesklinik verordnet worden sind;
- durch einen ambulanten Arzt verordnet worden sind, unter der Voraussetzung, dass die Verletzung durch eine instrumentelle Untersuchung festgestellt wurde;
- bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik von den Ärzten während der stationären Behandlung verordnet worden sind.

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

IVASS: Aufsichtsbehörde für Versicherungen.

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

Karenzzeit: Dabei handelt es sich um den Zeitraum, der nur das erste Jahr unmittelbar nach dem Wirksamkeitsdatum der Versicherung betrifft, in dem noch keine Versicherungsleistungen gewährt werden.

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

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/Fehlbildung: anatomische Veränderung, die angeboren ist, sich nicht langsam entwickelt hat oder durch eine Krankheit oder einen Unfall erworben wurde, die vor Vertragsabschluss offensichtlich ist und/oder klinisch festgestellt werden kann.

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

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

Leistungssport: Dazu gehören Sportarten, die von Personen ab 12 Jahren als Mitglieder von Sportverbänden oder Sportvereinen ausgeübt werden, die vom Dachverband CONI anerkannt sind und in jedem Fall explizit der regelmäßigen Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen mit Leistungssportcharakter dienen.

Es versteht sich jedoch dabei, dass die sportlichen Aktivitäten, die auf die o. g. Art und Weise von Personen unter 12 Jahren ausgeübt werden, in jedem Fall als Freizeitsportarten angesehen werden.

Medizinische Unterlagen: Krankenakte und/oder sämtliche ärztliche Bescheinigungen, bestehend aus Diagnosen, Befunden, ärztlichen Gutachten und Verordnungen, Röntgenaufnahmen, instrumentellen und diagnostischen Untersuchungen sowie der Kostenbelege als Nachweis der Ausgaben (einschließlich Rechnungen für Honorare und Quittungen für Arzneimittel).

Motorsport und Motorbootssport: Dazu gehören folgende Sportarten:

- Sportarten, die auch als Beifahrer mit Kraftfahrzeugen oder Motorfahrzeugen auf Pisten, Rennstrecken oder jedenfalls während Wettrennen und/oder Trainingsläufen ausgeübt werden, es sei denn, es handelt sich um Rennen mit Spezialregeln.
- Sportarten, die auch als Teammitglied mit Wasserskootern/Jetski, Wassermotorrädern, Renn- oder Motorbooten auf Pisten und bei der Teilnahme an Rennen und/oder Sportveranstaltungen und an den entsprechenden Test- und Trainingsfahrten ausgeübt werden.

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.

Professionelle Luftfahrt: Für folgende Zwecke durchgeführte Flüge: Ambulanzflüge mit Flugzeugen mit starren Flügeln - Trainingsflüge - Flüge mit Pilot beim Umstieg auf eine andere Flugzeugklasse - Absprung von Fallschirmspringern - Schleppen von Segelflugzeugen - Schleppen von Bannern - Luftaufnahmen für Filme - 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 Rettungsflüge, auch mit Verwendung einer Seilwinde - Rettungshubschrauber - Kunstflugwettbewerbe - Rekordversuche - Transport von Gegenständen mit Lasthaken - Verlegung von Materialien - Offshore - Fischfanghilfe - Trägerlandung - Löschen von Bränden.

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 - mit Ausnahme von Kostenrückerstattungen - die die Haupteinnahmequelle des Versicherten darstellt. In jedem Fall gehören zu dieser Klassifizierung die Sportarten, die von Sportlern ausgeübt werden, die an internationalen Wettbewerben, wie die Olympischen Spielen, Europameisterschaften und Weltmeisterschaften, teilnehmen, unabhängig von der erhaltenen Vergütung.

Risiko: Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadens.

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

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

Selbstbehalt: der Teil des Schadens, der durch die Entschädigung nicht abdeckt ist. Der Selbstbehalt wird für die bleibende Invalidität in Prozentpunkten, für Entschädigungen in Tagen oder für die Kostenrückerstattung in feststehenden Zahlen angegeben.

SiSalute: ein Dienst von UniSalute Servizi S.r.l., eine Gesellschaft, die vollständig von UniSalute S.p.A. mit Sitz in Via Larga 8 - 40138 Bologna kontrolliert wird, die mit der Verwaltung des Dienstes mit ermäßigten Tarifen beauftragt ist.

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

Die häusliche Krankenpflege wird in jeder Hinsicht mit einer stationären Behandlung in einer klinischen Einrichtung gleichgestellt.

Rücktritt: einseitige Auflösung der vertraglichen Bindung, die gesetzlich oder laut Vertrag vorgesehen ist.

Profifußballer: ein Sportler, der Mitglied in einem Fußballklub der Fußballligen Serie A, B oder C (Lega Pro) ist, bzw. eine Sportlerin, die Mitglied in einem Frauenfußballklub der Fußballliga Serie A ist.

Als Profifußballer gilt ebenfalls ein Sportler, der Mitglied in einem Fußballklub der obersten Amateurliga (Serie D) ist, bzw. eine Sportlerin, die Mitglied in einem Frauenfußballklub der Fußballliga Serie B ist.

Tagesklinik: Aufenthalt in einer Tagesklinik ohne Übernachtung, um medizinische Leistungen in Bezug auf chirurgische und ärztliche Behandlungen in Anspruch zu nehmen (unter Ausschluss von diagnostischen Vorsorgeuntersuchungen), die in der Krankenakte dokumentiert sind, aus der hervorgeht, wie lange der Aufenthalt des Versicherten in der Tagesklinik tatsächlich gedauert hat.

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

Tier: Hund oder Katze des Versicherten, der/die ständig mit dem Versicherten zusammenlebt.

Unerlaubte Handlung: eine Handlung oder Unterlassung, die gegen die Rechtsordnung verstößt, da es sich um die Verletzung einer gesetzlich verankerten Pflicht handelt.

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.

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

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

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

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 Versicherungspolice wirksam wird, und mit dem Vertragsauslauf endet. Bei einer Vertragsdauer von über einem Jahr beginnt der erste Versicherungszeitraum um 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.

Vergleich: Der Vergleich ist der Vertrag, mit dem die Parteien durch gegenseitige Zugeständnisse einen bereits begonnenen Rechtsstreit beenden oder einem potentiellen Rechtsstreit zuvorkommen.

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 Versicherungspolice angegeben ist.

Versicherungsnehmer: die Person, die die Versicherung abschließt und die damit verbundenen Pflichten übernimmt, u. a. die grundlegende Pflicht zur Zahlung der Prämie.

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

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

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

Vertraglich gebundene Gesundheitseinrichtung/Struktur: klinische Einrichtungen 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.

Vertragliche Haftung: die Haftung einer Vertragspartei, die ihren Verpflichtungen gegenüber der anderen Vertragspartei nicht oder nur teilweise nachkommt.

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit: der zeitweilige, völlige oder teilweise Verlust der körperlichen Fähigkeit des Versicherten, seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.

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

Wettkämpfe mit Spezialregeln: Wettbewerbe mit Motorfahrzeugen oder Wasserfahrzeugen mit Motor, bei denen es nicht auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten oder Bestzeiten auf den jeweiligen Strecken ankommt, sondern die Einhaltung vorgegebener Zeiten der ausschlaggebende Faktor für die Klassifizierung ist.

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

Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Art. 1.1 - Versicherungsbeginn und Wirksamkeit

Die Versicherung tritt ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, der in der Versicherungspolice angegeben ist, insofern 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 Versicherungspolice angegeben ist. Die in der Police angegebene Versicherungsprämie beinhaltet bereits die o. g. Reduzierung. Im Falle einer automatischen Anpassung der Versicherungssummen und der Prämie variiert demzufolge auch die Höhe der Tarifiereduzierung.

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

Der Vertrag wird jeweils um ein Jahr verlängert, wenn er mit stillschweigender Verlängerung abgeschlossen wurde und keine Kündigung einer der Parteien mindestens 30 Tage vor Versicherungsablauf eingegangen ist, die per Einschreiben, Fax oder Mitteilung an die PEC-Adresse (zertifizierte E-Mail-Adresse) - falls der Versicherte oder der Versicherungsnehmer über eine solche verfügt - direkt an die Agentur, die mit dem Vertrag betraut wurde, oder an die Direktion der Versicherungsgesellschaft zu richten ist.

Wenn der Vertrag mit stillschweigender Verlängerung abgeschlossen wurde und Tarifänderungen in Bezug auf die vertragsgegenständlichen Risiken eintreten, stellt die Gesellschaft dem Versicherungsnehmer bei Vertragsauslauf die neuen Prämienbedingungen zur Verfügung, die dem Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Vertragsauslauf zugesendet werden. Die Zahlung der angebotenen Prämie durch den Versicherungsnehmer gilt als Annahme und führt

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 Versicherungspolice 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 automatisch zu dem in der Versicherungspolice angegebenen Datum oder besteht er weiterhin?



Dies hängt davon ab, was bei Vertragsabschluss vereinbart worden ist. 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.

zur Erneuerung des Vertrags, der sich nur in Bezug auf die neue Prämie ändert. Sollte der Versicherungsnehmer nicht mit der neuen Prämie einverstanden sein und diese nicht bezahlt, verzichtet das Unternehmen auf die Eintreibung der Prämie. In diesem Fall gilt der Vertrag wegen Kündigung zum Auslaufdatum als beendet. 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 Kündigungsmittelung mindestens 30 Tage vor Vertragsauslauf 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 – Rücktritt bei einem Schadensfall

Nach jedem Schadensfall und bis zum sechzigsten Tag ab Zahlung oder Ablehnung der Entschädigung kann jede Vertragspartei vom Versicherungsvertrag zurücktreten, indem der Gegenpartei dies vorab schriftlich mitgeteilt wird. Die entsprechende Mitteilung per Einschreiben, Fax oder PEC-Adresse (zertifizierte E-Mail-Adresse) - falls der Versicherte oder der Versicherungsnehmer 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“ versichert, verzichtet das Unternehmen auf die Ausübung des Rücktrittsrechts im Schadensfall.

Wann und wie kann ich die Prämie zahlen?

Art. 1.5 – Zahlung der Prämie³

Die Prämien sind an das Versicherungsunternehmen oder an die Versicherungsagentur zu zahlen, an die der Vertrag übertragen wurde.

Die steuerlichen Pflichten bezüglich der Versicherung gehen zulasten des Versicherungsnehmers.

Art. 1.6 - Ratenzahlung der Prämie⁴

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 tritt wieder ab 24.00 Uhr des Tages in Kraft, an dem die ausstehende Prämie gezahlt wird.

3 Was ist die Versicherungsprämie 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 Versicherungsprämie wird beim Abschluss der Versicherung zu dem derzeit geltenden Tarif berechnet bzw. anhand der zur Berechnung berücksichtigten „Risikoparameter“ ermittelt.

4. Wann muss die Versicherungsprämie 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 Versicherungspolice eine einzige Rate vorgesehen ist, muss diese bei der Unterzeichnung gezahlt werden. Wurde hingegen eine Ratenzahlung vereinbart, wird bei der Begleichung einer jeden Prämienrate ein Beleg ausgestellt, die sogenannte „Quittung“, mit der die erfolgte Zahlung und das weitere Bestehen des Versicherungsschutzes bestätigt werden.

Art.1.7-Zahlung der Prämienraten über das S.D.D.-Lastschriftverfahren (nur geltend, wenn in der Versicherungspolice 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 Unternehmen ermöglicht es, dass der Versicherungsnehmer die vereinbarte Jahresprämie in Raten zahlt, und zwar ohne zusätzliche Gebühren für die Ratenzahlung und mit 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 (zzgl. des eventuellen Monatsanteils) der vereinbarten Prämie sorgen, (ii) sich verpflichten, die restliche Prämie in Höhe von neun Zwölfteln mit monatlichen Raten in Höhe von jeweils einem Zwölftel zu zahlen, und (iii) sich verpflichten, die monatlichen Folgeraten zu zahlen, wenn der Vertrag stillschweigend erneuert wird, indem er eine entsprechende Einzugsermächtigung für das SEPA Direct Debit-Lastschriftverfahren (S.D.D.) unterzeichnet und somit seine Bank ermächtigt, die entsprechenden Abbuchungsaufträge des Versicherungsunternehmens anzunehmen.
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 in Bezug auf die Zahlung der Monatsraten und den Versicherungsschutz der in der Versicherungspolice vorgesehenen Garantien, indem das Unternehmen dem Versicherungsnehmer die folgende Nachricht zusendet, 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 für den [TT Monat JJJJ] der Versicherungspolice Nr. xx/xx/xxxx erhalten. Hiermit bestätigen wir den Versicherungsschutz. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Diese Nachricht wird vom Versicherungsunternehmen zugesendet:
- 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 die nicht erfolgte 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 für den TT/MM/JJJJ der Versicherungspolice Nr. xxx/xxxxxxx wurde von Ihrer Bank zurückgewiesen. Daher sind die vertraglich geleisteten Garantien ab dem TT/MM/JJJJ ausgesetzt. Bitte wenden Sie sich an Ihre Agentur, um die Zahlung zu regulieren. UnipolSai Assicurazioni».

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 unverzüglich allfällige Änderungen seiner Bankkoordinaten oder den eventuell von ihm angewiesenen Widerruf der Abbuchung durch das S.D.D.-Lastschriftverfahren mitzuteilen.
2. Wird der Versicherungsvertrag ersetzt und der Versicherungsnehmer auch beim neuen Vertrag die Zahlung per S.D.D.-Lastschriftverfahren weiterhin 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 Versicherungspolice 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 per S.D.D.-Lastschriftverfahren der Prämie für die Police Nr. xxx/xxxxxxx, teilen wir Ihnen mit, dass die vertraglich geleisteten Garantien ausgesetzt sind. Bitte wenden Sie sich an Ihre Agentur, um die Zahlung der Prämie ab dem GG/MM/JJJJ zu regulieren. UnipolSai Assicurazioni».
5. Grundsätzlich hat der Versicherte im Fall des Widerrufs oder der Änderung des S.D.D.-Lastschriftverfahrens in der Agentur für die Zahlung der geschuldeten Prämienraten zu sorgen, und er muss mit der Agentur eine andere Zahlungsmodalität vereinbaren, indem er sich für eine von denen entscheidet, die in den geltenden Gesetzesnormen vorgesehen sind und in der Agentur eingerichtet wurden. Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die Begünstigung in Bezug auf die Ratenzahlung der Prämie vom Unternehmen nur bei Zahlung per S.D.D.-Lastschriftverfahren gewährt wird.

Der Versicherungsnehmer muss das Unternehmen ausdrücklich dazu ermächtigen, Mitteilungen über den Vertrag oder Leistungen an die angegebene E-Mail-Adresse oder Mobilfunknummer zu senden, wobei er sich verpflichtet, allfällige Änderungen umgehend mitzuteilen.

Art. 1.8 Angleichung der Versicherungssummen und der jeweiligen Prämien

Insofern in der Versicherungspolice nicht der Verzicht auf die automatische Angleichung vereinbart wurde, werden die in absoluten Zahlen angegebenen Versicherungssummen, Höchstbeträge und Pauschalentschädigung sowie die Versicherungsprämien bei jeder jährlichen Erneuerung um 3% erhöht.

Nicht angeglichen werden die Selbstbehalte, die ungedeckten Mindest- und Höchstbeträge, die in Tagen angegebenen Grenzen, die in Prozent ausgedrückten Werte sowie die in absoluten Zahlen angegebenen Beträge in Bezug auf:

- die in Art. 2.1 - Grundgarantien, Punkt 5) Risiko Leistungssport vorgesehenen Höchstgrenzen der Entschädigung;
- den Höchstbetrag gemäß Art. 2.8 - Leistungsgrenze im Katastrophenfall;
- alle Leistungen im Abschnitt „Assistenz“.

Welche Pflichten habe ich?

Art. 1.9 - Erklärungen bezüglich der Risikoumstände

Die Gesellschaft gewährt den Versicherungsschutz basierend auf den vom Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss angegebenen Risikoumständen. Sollten die Angaben aufgrund falscher oder unvollständiger Informationen nicht korrekt sein, kann dies das Versicherungsunternehmen dazu veranlassen, das Risiko zu unterschätzen, das andernfalls als nicht versicherbar oder zu höheren Prämienbedingungen versicherbar eingeschätzt worden wäre. Macht der Versicherungsnehmer bewusst, absichtlich oder auch grob fahrlässig fehlerhafte oder unvollständige Angaben kann das Unternehmen in diesem Fall die Auszahlung des Schadensfalls verweigern und die Aufhebung des Vertrags verlangen. Hat der Versicherungsnehmer hingegen ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit gehandelt, kann das Unternehmen den Schadensfall auszahlen und die Entschädigung anteilmäßig zur geringeren Prämie reduzieren (wenn das Unternehmen zum Beispiel 50% der Prämie erhalten hat, die bei einer korrekten Risikobewertung verlangt worden wäre, zahlt das Unternehmen nur 50% des Betrags für den Schadensfall aus).

Art. 1.10 - Erhöhung des Risikos⁵

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

Art. 1.11 - 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.

Sonstige Bestimmungen

Art. 1.12 - Benennung des Versicherten und Auswahl zwischen PERSON/FAMILIE

Die Versicherung kann je nach der vom Versicherungsnehmer getroffenen und in der Versicherungspolice angegebenen Auswahl in einer der folgenden Formen abgeschlossen werden:

- **PERSON:** zugunsten von einer oder mehreren Versicherten, die in der Versicherungspolice namentlich angegeben werden;
- **FAMILIE:** zugunsten von zwei oder mehreren Versicherten, die zu der im Haushalt lebenden Familie gehören, wobei nur der Versicherungsnehmer in der Versicherungspolice angegeben wird. Ferner ist es möglich, bis zu 3 Personen einzuschließen, die nicht zu der im Haushalt lebenden Familie des Versicherungsnehmers gehören, und/oder bis zu 3 Personen auszuschließen, die zu der im Haushalt lebenden Familie des Versicherungsnehmers gehören; in beiden Fällen müssen die Namen der ein- oder ausgeschlossenen Personen ausdrücklich in der Versicherungspolice angegeben werden.

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

Um den Inhalt der im Vertrag genannten Artikel des italienischen Zivilgesetzbuchs, der italienischen Zivilprozessordnung und des italienischen Gesetzbuchs über die Luft- und Seefahrt nachlesen zu können, wurde nach den Versicherungsbedingungen der Abschnitt „GESETZLICHE BESTIMMUNGEN, AUF DIE IN DER POLICE VERWIESEN WIRD“ eingefügt, in dem der vollständige Text dieser Artikel angegeben ist.

Bei der Versicherungsform FAMILIE sind Unfälle vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, die der Versicherte bei der Ausübung von Tätigkeiten erleidet, die mit einer Sonderklausel versicherbar sind. Siehe MIT SONDERKLAUSEL VERSICHERBARE BERUFLICHE TÄTIGKEITEN.

Art. 1.13 – Änderungen der Versicherung

Etwaige Änderungen der Versicherung müssen in schriftlicher Form genehmigt werden.

Art. 1.14 – 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 Versicherungsnehmer über eine solche verfügt - an die Direktion des Versicherungsunternehmens oder an die für die Versicherungspolice zuständige Agentur zugesendet werden.

Art. 1.15 – Pflichtversicherungen

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

Art. 1.16 Andere Versicherungen

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

Die vorsätzliche Unterlassung der o. g. Mitteilung führt zur Verwirkung des Rechts auf Entschädigung.

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

- bei Versicherungspolice 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 Versicherungspolice ist auch der Versicherungsnehmer im vorliegenden Vertrag;
- bei Versicherungspolice zur Abdeckung des Risikos von Verkehrsunfällen;
- bei Garantien für Unfälle/Krankheit, die automatisch auf den Besitz von Kreditkarten oder die Inhaberschaft von Bankgirokonten oder auf andere Deckungen aufgrund des Kaufs von Gütern oder Dienstleistungen, die nicht unter die Versicherungsbranche fallen, zurückzuführen sind;
- 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.

Der Versicherte ist gehalten, von jedem der Versicherer die Entschädigung zu fordern, die ihm laut dem jeweiligen, einzeln zu berücksichtigenden Vertrag zusteht, solange die insgesamt erhaltenen Summen den Gesamtbetrag des Schadens nicht übersteigen.

Art. 1.17 – 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. 1.18 - Verweis auf gesetzliche Bestimmungen

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

Was versichert ist

Art. 2.1 - Grundgarantie ⁷

Das Unternehmen entschädigt innerhalb der Grenzen der in der Versicherungspolice angegebenen Garantien und Versicherungssummen⁸ die direkten und ausschließlichen Folgen von Unfällen, die der Versicherte während der Vertragswirksamkeit 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 Versicherungspolice 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 Versicherungspolice angegeben ist, einschließlich der Wegeunfälle, die sich auf dem Hin- und Rückweg zwischen der Wohnung des Versicherten und dem Ort der in der Versicherungspolice angegebenen beruflichen Tätigkeit ereignen.

C) FREIZEIT

Die Versicherung gilt für Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung jeder nicht berufsbedingten Tätigkeit erleidet, einschließlich der Wegeunfälle, die auf dem Hin- und Rückweg zwischen der Wohnung des Versicherten und dem Ort der beruflichen Tätigkeit eintreten. Wenn die vom Versicherten in der Versicherungspolice angegebene berufliche Tätigkeit zur Berufsgruppe der Militärangehörigen und/oder Polizeikräfte gehört, sind vom Risiko außerdem 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 Versicherungspolice angegebenen Militärkorps leistet.

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 Versicherungspolice 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 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 Garantien, die bei der gewählten Versicherungsform vorgesehen sind, 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. Die bleibende Invalidität wird nach den Entschädigungskriterien ausgezahlt, die in Art. 6.5 (Kriterien zur Beurteilung von subkutanen Sehnenrupturen) vorgesehen sind. Mit ausschließlichem Bezug auf die Rotatorenmanschette ist der Versicherungsschutz nur auf die Garantien für den Todesfall, die bleibende Invalidität, die Entschädigung für die stationäre Behandlung sowie die Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit begrenzt, wenn sie in der Police angegeben sind.
- h) durch Kraftanstrengung verursachte Bauchhernien, **unter Ausschluss jeder anderen Art von Hernien.** Die bleibende Invalidität wird nach den Entschädigungskriterien ausgezahlt, die in Art. 6.6 (Kriterien zur Beurteilung von durch Kraftanstrengung verursachten Bauchhernien) vorgesehen sind. Der Versicherungsschutz gilt bei den Garantien für den Todesfall, die bleibende Invalidität, die Entschädigung für die stationäre Behandlung sowie die Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit, wenn sie in der Police angegeben sind.
- i) Läsionen durch die Aufnahme von Lebensmitteln und Getränken;
- (j) durch Kraftanstrengung verursachte Muskelverletzungen;
- k) Unfälle, die sich bei Unwohlsein, plötzlicher Unpässlichkeit oder Bewusstlosigkeit bzw. als Folge davon ereignen;
- l) Unfälle, die durch schwere Schuld, mangelnde Erfahrung oder Fahrlässigkeit des Versicherten herbeigeführt werden;
- m) Embolien und die Folgen von Wasserdruck.

Garantierweiterungen

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 dem Vatikanstaat 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 bei Unruhen, terroristischen Akten, Aufruhr und gewaltsamen Handlungen generell, 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/Flugunternehmen für die professionelle Luftfahrt bei Flügen, die nicht zur öffentlichen Passagierbeförderung bestimmt sind;
- Luftsportflüge.

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.

?

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

4) Risiko in Bezug auf Freizeitsportarten

Beschränkt auf die Versicherungsformen „Freizeit und Arbeit“ und „Freizeit“ sind die Garantien bei Unfällen wirksam, die der Versicherte bei der Ausübung von **Freizeitsportarten erleidet**.

5) Risiko „Leistungssport“

Bei der Garantiewahl „PERSON“ wird der Versicherungsschutz für die Garantiewahl „Freizeit und Arbeit“ sowie „Freizeit“ für Unfälle geleistet, die der Versicherte während der Ausübung von Leistungssportarten erleidet, und zwar begrenzt auf die angeführten Garantien, falls diese erworben wurden:

- **Todesfall** bis zu 50% der in der Versicherungspolice angegebenen Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von € 250.000,00;
- **Bleibende Invalidität** bis zu 50% der in der Versicherungspolice angegebenen Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von € 250.000,00.

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den Kriterien in Art. 6.4 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität) oder in Art. 6.4.1 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen festgelegt und ausbezahlt:

- bei Auswahl der bleibenden Invalidität CLASSIC immer mit einem Selbstbehalt von 5% und gemäß den Bedingungen in Art. 6.7.3 - Entschädigungstabelle „SMART“, Buchstabe A) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen;
- bei Auswahl der bleibenden Invalidität TOP TARGET mit einem Selbstbehalt von 30% und gemäß den Bedingungen in Art. 6.7.2 - Entschädigungstabelle „TOP TARGET“ der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen.

- **Entschädigung für die stationäre Behandlung/Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit** bis zu 50% der in der Versicherungspolice angegebenen Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von € 100,00;
- **Erstattung der Behandlungskosten** bis zu 50% der in der Versicherungspolice angegebenen Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von € 10.000,00.

Die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten“ wird nur nach einem Unfall geleistet, bei dem die Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses erfolgt sind. Bei Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner von UniSalute sind, wird immer ein ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem nicht entschädigungspflichtigen Mindestbetrag von € 200,00 angewendet.

Die Kosten für physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen werden bis zu einer Höchstgrenze pro Schadensfall in Höhe von 20% der Versicherungssumme geleistet.

Bei der Garantiewahl „FAMILIE“ gelten die Bestimmungen in Art. Art. 2.7 - Versicherungsform und Aufteilung der Versicherungssummen, Punkt 5).

In jedem Fall gelten NIE die höheren Bewertungen gemäß der Artikel 2.5.3 - Höhere Bewertung für anatomische Bereiche und 2.5.4 - Höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invalidität und auch nicht die Garantien gemäß der Artikel 2.5.5 - Pauschalentschädigung für Frakturen (Knochenbrüche), 2.5.6 - Pauschalentschädigung nach längerer oder mehrmaliger stationärer Behandlung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit, 2.5.7 Pauschalentschädigung für die Immobilisierung/Ruhigstellung, 2.5.8 - Bleibende Invalidität durch einen ästhetischen Schaden, insofern diese erworben wurden.

6) Risiko „Naturkatastrophen“

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

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

Nur wenn in der Versicherungspolice die Garantie „Bleibende Invalidität Classic“ wirksam ist, wird die Entschädigung für diese Garantie anhand der Kriterien bestimmt, die in Art. 6.9 „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 Versicherungspolice angegeben sind.

a) Todesfall

Die Garantie wird im Rahmen der in der Versicherungspolice angegebenen Versicherungssumme für einen Unfall geleistet, der den Tod des Versicherten zur Folge hat. Die Wirksamkeit der Garantie wird auch auf 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 ausgezahlt, verstirbt der Versicherte jedoch 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.

Tritt der Tod im Ausland ein, erstattet das Unternehmen den Begünstigten bzw. den Erben die von ihnen getragenen Kosten für die Rückführung des Leichnams bis höchstens 10% der Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von € 10.000.

a.1) Irreversibler komatöser Zustand

Bei einem im Sinne der Versicherungspolice entschädigungsfähigen Unfall, der zu einem irreversiblen komatösen Zustand führt, der seit 180 aufeinanderfolgenden Tagen ununterbrochen andauert, zahlt das Unternehmen (vorbehaltlich der Schadensmeldung, die das Fortbestehen des komatösen Zustands für den o.g. Zeitraum nachweist, so wie von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt) 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 Liquidation 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 festgestellt wird, die in Art. 6.4 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität) oder in Art. 6.4.1 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen vorgesehen sind.

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

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

Mögliche Auswahloptionen

b.1) Bleibende Invalidität „Classic“ - Selbstbehalt 5%¹⁰

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

Bei einer bleibenden Invalidität von über 5% wird die Entschädigung anteilmäßig zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität nach den Bedingungen ausgezahlt, die in Art. 6.7.1 (Entschädigungstabelle „SUPER“), Buchstabe A) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

10 Ich habe die Garantie für die Versicherung der bleibenden Invalidität „Classic“ erworben. Wie wird die Summe berechnet, die ich nach einer bleibenden Invalidität infolge eines Unfalls als Entschädigung erhalte?

?

Die Summe, die Sie als Entschädigung erhalten, hängt von den bei der Unterzeichnung der Versicherungspolice ausgewählten Kriterien ab:

- Bewertungskriterium: Sie können wählen, ob Sie die BASIS-Bewertungstabelle beibehalten möchten oder alternativ die INAIL-Bewertungstabelle durch Erwerb hinzufügen möchten, die generell günstigere Bedingungen für die Bewertung der bleibenden Invalidität enthält.
- Bewertungskriterium: Sie können wählen, ob Sie die SUPER-Bewertungstabelle beibehalten möchten oder alternativ die SMART-Bewertungstabelle hinzufügen möchten, bei der Ihnen neben unterschiedlichen Bedingungen zur Festlegung der Entschädigungshöhe eine Ermäßigung der Versicherungsprämie zuerkannt wird.
- Selbstbehalt: Die Entschädigung wird abzüglich eines Selbstbehalts von 5% gezahlt. Je nach der ausgeübten beruflichen Tätigkeit können Sie alternativ dazu eine Sonderbedingung erwerben, bei der die Auswahl zwischen einem Selbstbehalt von 3%, einem gestaffelten Selbstbehalt zwischen 0% und 10%, einem gestaffelten Selbstbehalt zwischen 3% und 10% oder der Selbstbehalt UnipolSai Plus möglich ist.

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

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

Bei einer bleibenden Invalidität von über 30% wird die Entschädigung anteilmäßig zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität nach den Bedingungen ausgezahlt, die in Art. 6.7.2 (Entschädigungstabelle „TOP TARGET“) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

Was NICHT versichert ist

Art. 2.2 - Ausschlüsse

Die Versicherung gilt nicht für Unfälle durch folgende Ursachen:

- a) das Fahren/Führen eines beliebigen Fahrzeugs oder Wasserfahrzeugs mit Motor, wenn der Versicherte gemäß den geltenden Bestimmungen nicht dazu ermächtigt war, es sei denn, der Führerschein ist abgelaufen und wird vor Definition des Schadensfalls erneuert bzw. er wird aus Gründen nicht erneuert, die direkt und ausschließlich auf die Verletzungen des Fahrers/Führers als Folge des Unfalls zurückzuführen sind, ausgenommen der erlittenen Unfälle minderjähriger Kinder aufgrund des Fahrens von Fahrzeugen ohne das Wissen der Eltern oder des Erziehungsberechtigten;
- b) die Verwendung und das Fliegen von Luftfahrzeugen, Drachenfliegern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmfliegern, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.1 Grundgarantie - Erweiterung der Garantie, Punkt 3) Flugrisiko);
- c) die Ausübung von Profisport;
- d) die auch nur gelegentliche Ausübung von Extremsportarten aus welchem Grund auch immer, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.5.9 - Extremsportarten, insofern wirksam;
- e) transozeanische Regatten;
- f) die auch nur gelegentliche Ausübung von Motorsport und Motorbootsport aus welchem Grund auch immer, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.5.10 - Motorsport und Motorbootsport, insofern wirksam;
- g) die auch nur gelegentliche Ausübung von Flugsport aus welchem Grund auch immer, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.5.11 - Flugsport, insofern wirksam;
- h) die Verwendung und das Führen von Unterwasserfahrzeugen;
- i) Vergehen, die der Versicherte mit Vorsatz begangen hat oder versucht hat, ein solches zu begehen, ausgenommen der ausgeübten Handlungen als Pflicht zur menschlichen Solidarität oder zur Selbstverteidigung;
- j) Alkoholrausch des Versicherten beim Führen von Fahrzeugen;
- k) der Missbrauch 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;
- l) Krieg, Aufstand oder Terrorakte, vorbehaltlich der Bestimmungen in Art. 2.1- Grundgarantien - Erweiterung der Garantie, Punkt 1) „Risiko „Krieg und Aufstände im Ausland“ und Punkt 2) Risiko „Unruhen und terroristische Akte“;
- m) Atomkernumwandlungen, Strahlungen durch die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen, Exposition gegenüber Ionenstrahlung, chemische und biologische Kontaminationen (wobei darunter die Vergiftung mit nuklearen, biologischen oder chemischen Substanzen zu verstehen ist);
- n) chirurgische Eingriffe (Operationen), Untersuchungen und medizinische Behandlungen, die nicht durch einen Unfall notwendig geworden sind;
- o) Handlungen oder Verhaltensweisen des Versicherungsnehmers aufgrund von:
 - Unzurechnungsfähigkeit aufgrund folgender Erkrankungen: Schizophrenie, manisch-depressive Formen, paranoide Zustände, Alzheimer-Krankheit, Demenz;
 - chronischer Alkoholismus.

Ferner ist Folgendes vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- p) durch jegliche Ursache herbeigeführter Herzinfarkt und Schlaganfall sowie Infektionen mit dem HIV- und Hepatitisvirus als Folge eines entschädigungsfähigen Unfalls;
- q) die Ausübung der mit Sonderklausel versicherbaren Tätigkeiten laut dem Anhang mit der Tabelle der beruflichen Tätigkeiten der Versicherungsbedingungen, insofern in der Versicherungspolice nichts anderes vereinbart wurde.

Falls mit der vorliegenden Versicherungspolice Personen versichert sind, die den Polizeikräften oder dem Militär angehören, gilt jedoch als vereinbart, dass folgende Unfälle in jedem Fall von der Unfallversicherung ausgeschlossen sind:

- r) Unfälle, die sich bei eventuellen Auslandseinsätzen ereignen;
- s) Unfälle, die sich bei Ausübung folgender Tätigkeiten ereignen, auch wenn sie in den Aufgabenbereich des Polizei- oder Militärkorps fallen, dem die versicherte Person angehört:

- Fallschirmspringen
- Unterwassersport im Allgemeinen
- Klettern an Felsen oder Gletschern
- Pilot oder Besatzungsmitglied von Flugzeugen
- Höhlenforschung

Art. 2.3 - Auflösung der Versicherung

Wenn eine der versicherten Personen während der Vertragslaufzeit das 80. Lebensjahr erreicht, dann enden alle in der Versicherungspolice angegebenen Garantien in Bezug auf sämtliche Abschnitte bei der jährlichen Fälligkeit der Prämie, nachdem das genannte Alter erreicht wurde; dies gilt nur für die betreffende Person.

Personalisierungsmöglichkeiten ¹¹

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 Versicherungspolice angegeben ist und die entsprechende Prämie gezahlt wurde.

Art. 2.4.1 - Garantie Plus

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

Familienschutz

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 körperlich beeinträchtigten Kindern vertraglich zustehenden Entschädigungsanteile verdoppelt. Es versteht sich jedoch dabei, dass der Höchstbetrag für das Versicherungsunternehmen keinesfalls eine Gesamtsumme von € 200.000,00 überschreiten darf, und zwar unabhängig von der Anzahl der minderjährigen oder körperlich beeinträchtigten Begünstigten.

2) Verlust eines Schuljahres

Führt der Unfall des minderjährigen Versicherten dazu, dass der Besuch der Unterrichtsstunden über einen so langen Zeitraum 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.

Die Garantie gilt:

- für minderjährige Versicherte, die Grund- und Sekundarschulen in Italien oder im Ausland besuchen, die sich im Territorium der Republik Italien, im Vatikanstaat und in der Republik San Marino befinden;
- nach Vorlage einer vom Schulsekretariat oder von der Schulbehörde ausgestellten Bescheinigung, mit der nachgewiesen wird, 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) Rückerstattung der Behandlungskosten 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. 2.4.2 „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“ zu, die binnen zwei Jahren ab dem Unfall angefallen sind, bis zu einem Höchstbetrag von € 10.000,00.

¹¹ 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 „Personalisierungsmöglichkeiten“ möglich, Zusatzgarantien und Sonderbedingungen auszuwählen, die den Versicherungsschutz erweitern und es ermöglichen, bestimmte Untergrenzen und Selbstbehalte/ungedechte Beträge anzupassen.



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.

Schutz der Person

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 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 die Rückerstattung der bereits gezahlten Entschädigungssummen.

6) **Zusätzliche Entschädigung für den Todesfall durch einen Verkehrsunfall**

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 zu eigenen Zwecken sowie von Zweirädern, der nach den geltenden Gesetzesbestimmungen dazu befähigt ist;
- als 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;
- als 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.

Die Begrenzungen in Art. 2.1 (Grundgarantien - Garantierweiterung, Punkt 6) Risiko „Naturkatastrophen“ werden bei Unfällen als Folge von Naturkatastrophen nicht auf die zusätzliche Entschädigung angewendet.

7) **Unterstützung und Sicherheit**

Bei einem im Sinne der Police entschädigungspflichtigen Unfall als Folge von:

(a) Diebstahl durch Entreißen der Sache, Raub, versuchter Raub, versuchte Entführung, Erpressung, leistet das Unternehmen die folgenden Entschädigung:

- Im **Todesfall** wird die dafür vorgesehene Versicherungssumme zu gleichen Teilen an die bezeichneten Begünstigten oder - falls keine Begünstigten benannt wurden - an die Erben des Versicherten ausgezahlt, die um 30% erhöht wird.
- Bei einer festgestellten **bleibenden Invalidität** ab 60% wird die für die bleibende Invalidität vorgesehene Entschädigung ausgezahlt, die um 30% erhöht wird.

b) Bei körperlicher Gewalt wird eine Pauschalentschädigung von € 2.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr ausgezahlt, wenn bei den zuständigen Behörden Anzeige erstattet wurde und das Ereignis durch den Befund eines Arztes der Notaufnahme bestätigt ist.

8) **Anpassung der Wohnung**

Bei einem Schadensfall, der für den Versicherten zu einer **bleibenden Invalidität von mindestens 60%** geführt hat und infolgedessen einige Anpassungen an der ständigen Wohnung vorgenommen werden müssen, damit er weiterhin darin wohnen bleiben kann (zum Beispiel: Einbau von Zufahrtsrampen, Verbreiterung von Türen usw.), wird durch das Unternehmen eine Pauschalentschädigung in Höhe von € 10.000 pro Schadensfall und Versicherungsjahr zuerkannt.

9) **Anpassung des Fahrzeugs**

Bei einem Schadensfall, der für den Versicherten zu einer **bleibenden Invalidität von mindestens 60%** geführt hat und infolgedessen einige Anpassungen an seinem Fahrzeug vorgenommen werden müssen, damit er dieses weiterhin nutzen kann, wird durch das Unternehmen eine Pauschalentschädigung in Höhe von € 2.500 pro Schadensfall und Versicherungsjahr zuerkannt.

Art. 2.4.2 - 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 (Operation) 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;
- c) Arzneimittel, physiotherapeutische und/oder rehabilitative Behandlungen, die von Ärzten/medizinischem Fachpersonal ausgeführt werden, die gemäß den geltenden Vorschriften einen Gesundheitsberuf ausüben, Thermalkuren (Hotelkosten sind in jedem Fall ausgenommen);
- 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 gilt jedoch als vereinbart, 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 Krankentransportmittel, einschließlich Rettungshubschreibern, die speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung und/oder Arztpraxis eingesetzt werden, bis zu einer Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme.

Das Unternehmen erstattet die Behandlungskosten auf folgende Weise:

1) Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind¹²⁻¹³

Bei Inanspruchnahme von Leistungen in vertraglich gebundenen Gesundheitseinrichtungen hat der Versicherte Anspruch auf die Rückerstattung bis zur maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der in der Versicherungspolice angegebenen Versicherungssumme, die um € 1.000,00 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 und einem nicht entschädigungspflichtigen Höchstbetrag von € 250,00 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 das Unternehmen die Zuzahlung sowie die zulasten des Versicherten verbliebenen Gesundheitsausgaben

12 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

13 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 übernommen wird.
- Er hat Anspruch auf die Rückerstattung bis zur maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der in der Versicherungspolice angegebenen Versicherungssumme, die um 1.000,00 Euro erhöht wird.
- Für den Schadensfall werden die eventuell vorgesehenen Selbstbehalte nicht angewendet.

bis zur maximalen Entschädigungsgrenze pro Versicherungsjahr in Höhe der im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme, die um € 1.000,00 erhöht wird, ohne Anwendung eines ungedeckten Betrags.

Die in der Versicherungspolice 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 bei Leistungen in vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtungen erst in Anspruch nehmen, nachdem die in der Versicherungspolice angegebene Versicherungssumme ausgeschöpft ist.

Entschädigung für einen Unfall

Art. 2.4.3 - Entschädigung für die stationäre Behandlung¹⁴

Die Garantie wird im Rahmen der in der Versicherungspolice 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 höchstens 365 Tage pro Unfall gezahlt.

Zur Berechnung der Tage der stationären Behandlung wird der Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus/der Klinik zwecks Gültigkeit dieser Garantie nicht mitgezählt.

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. 2.4.4 - Entschädigung für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit

Zusätzlich zu den Bestimmungen in Art. 2.4.3 „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. 2.4.5 - Entschädigung für die Immobilisierung bei einer Fraktur

Bei einem Unfall, der eine Fraktur zur Folge hat, die durch eine Röntgenaufnahme bestätigt wird und bei der eine Eingipsung oder Ruhigstellung des betreffenden Knochens mit entsprechenden Mitteln notwendig ist, die ausschließlich in klinischen Einrichtungen von Ärzten oder medizinischem Fachpersonal angebracht und wieder entfernt werden, zahlt das Unternehmen für höchstens 60 Tage pro Unfall den in der Versicherungspolice angegebenen Tagessatz, bis der Gips oder das Stützmittel entfernt wurde.

Bei der Anwendung von abnehmbaren und gebrauchsfertigen Stützmitteln oder Orthesen wird die Entschädigung nur für den in der ärztlichen Bescheinigung angegebenen Zeitraum ausgezahlt, in dem diese Stützmittel oder Orthesen der Ruhigstellung dienen, und zwar für höchstens 60 Tage pro Unfall.

Art. 2.4.6 - Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall

Die Garantie wird im Rahmen der in der Versicherungspolice angegebenen Versicherungssumme bei Unfall geleistet, der zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Die Zahlung der Entschädigung erfolgt

14 Wie erfolgt die Berechnung der Entschädigung im Falle eines Krankenhausaufenthalts?

Stationäre Behandlung in einer klinischen Einrichtung; 15 Tage [einschließlich des Tages Einlieferung und der Entlassung]

Versicherungssumme: € 50,00 pro Tag des Krankenhausaufenthalts

Ausgezahlter Betrag: 14 Tage x € 50,00 = € 700,00 [bei der Berechnung der Krankenhaustage wird der Tag der Entlassung nicht mitgezählt]

Für Unfälle und Krankenhausaufenthalte außerhalb der Grenzen der Italienischen Republik, der Vatikanstadt und der Republik San Marino:

Versicherungssumme: € 75,00 [Erhöhung der in der Police vorgesehenen Versicherungssumme um 50%]

Ausgezahlter Betrag: 14 Tage x € 75,00 = € 1.050,00 [bei der Berechnung der Krankenhaustage wird der Tag der Entlassung nicht mitgezählt]

gemäß den nachfolgend angegebenen Modalitäten, je nachdem, welche Auswahl vom Versicherungsnehmer in der Versicherungspolice angegeben wurde:

a) Vollständige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Das Unternehmen zahlt für höchstens 365 Tage pro Unfall den in der Versicherungspolice angegebenen Tagessatz vollständig für jeden Tag aus, an dem der Versicherte gar nicht oder nur teilweise in der Lage war, der in der Versicherungspolice angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.

b) Teilweise vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Das Unternehmen zahlt für höchstens 365 Tage pro Unfall den in der Versicherungspolice angegebenen Tagessatz folgendermaßen aus:

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

Es gilt jedoch als vereinbart, dass das Unternehmen den Tagessatz für höchstens 90 Tage pro Schadensfall und Versicherungszeitraum und in jedem Fall nur dann vollständig auszahlt, wenn durch den Unfall einer oder mehrere der nachfolgenden Fälle eintreten:

- 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;
- eine Immobilisierung/Ruhigstellung von mindestens 20 aufeinanderfolgenden Tagen unter Ausschluss der Ruhigstellung der Finger;
- eine 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 ausgeheilt ist.

c) Völlige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit¹⁵

Das Unternehmen zahlt für höchstens 365 Tage pro Unfall den in der Versicherungspolice angegebenen Tagessatz vollständig für jeden Tag aus, an dem der Versicherte körperlich gar nicht in der Lage war, seiner in der Versicherungspolice angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.

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

- Für Versicherungssummen von € 50,00 oder darunter sind folgende Selbstbehalte vorgesehen:
 - Selbstbehalt von 7 Tagen, für die keinerlei Entschädigung zuerkannt wird;
 - Ab dem 8. Tag wird ein Tagegeld in Höhe der gesamten Versicherungssumme gezahlt.
- Für Versicherungssummen über € 50,00 sind folgende Selbstbehalte vorgesehen:
 - Selbstbehalt von 7 Tagen, für die keinerlei Entschädigung zuerkannt wird;
 - Vom 8. bis zum 15. Tag wird ein Tagegeld von € 50,00 gezahlt.
 - Ab dem 16. Tag wird ein Tagegeld in Höhe der gesamten Versicherungssumme gezahlt.

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/einer Operation führt.

15 Wie erfolgt die Berechnung der Entschädigung?

Beispiel für die Garantie bei vollständiger vorübergehender Arbeitsunfähigkeit:

Versicherungssumme: 75,00 €

Völlige Arbeitsunfähigkeit: 20 Tage

Selbstbehalt: 7 Tage

Entschädigung ab dem 8. bis zum 15. Tag: 50,00 €

Entschädigung ab dem 16. bis zum 20. Tag: 75,00 €

Ausgezahlter Betrag: (8 Tage x 50,00 €) + (5 Tage x 75,00 €) = 775,00 €.



Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit außerhalb Europas ist 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 Versicherungspolice angegeben ist und die entsprechende Prämie gezahlt wurde.

Änderung der Bewertungstabelle und des Selbstbehalts bei bleibender 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 Feststellung des Invaliditätsgrads anhand der Prozentsätze gemäß Art. 6.4.1 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle.

Art. 2.5.2 - 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 „Geleistete Grundgarantien“ wird die Entschädigung für die bleibende Invalidität basierend auf der vom Versicherungsnehmer getroffenen Wahl ausgezahlt. Im Einzelnen:

a) Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt

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

Bei einer bleibenden Invalidität von über 3% wird die Entschädigung anteilmäßig zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität nach den Bedingungen ausgezahlt, die in Art. 6.7.1 (Entschädigungstabelle „SUPER“), Buchstabe B) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

b) Bleibende Invalidität mit gestaffeltem Selbstbehalt von 0% bis 10%

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird folgendermaßen ausgezahlt:

- Auf den Teil der Versicherungssumme bis € 100.000 wird die Entschädigung ohne Anwendung eines Selbstbehalts gezahlt.
- Ab einer Versicherungssumme von € 100.001 bis € 200.000 wird die Entschädigung mit Anwendung eines Selbstbehalts von 3% gezahlt.
- Ab einer Versicherungssumme von € 200.001 bis € 400.000 wird die Entschädigung mit Anwendung eines Selbstbehalts von 5% gezahlt.
- Ab einer Versicherungssumme von über € 400.000 wird die Entschädigung mit Anwendung eines Selbstbehalts von 10% gezahlt.

Bei einer bleibenden Invalidität mit einem Invaliditätsgrad, der die Selbstbehalte übersteigt, wird die Entschädigung anteilmäßig zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität nach den Bedingungen ausgezahlt, die in Art. 6.7.1 (Entschädigungstabelle „SUPER“), Buchstabe C) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

c) Bleibende Invalidität mit gestaffeltem Selbstbehalt von 3% bis 10%

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird folgendermaßen ausgezahlt:

- Auf den Teil der Versicherungssumme bis € 200.000,00 wird die Entschädigung mit Anwendung eines Selbstbehalts von 3% gezahlt.
- Ab einer Versicherungssumme von € 200.001 bis € 400.000 wird die Entschädigung mit Anwendung eines Selbstbehalts von 5% gezahlt.
- Ab einer Versicherungssumme von über € 400.000 wird die Entschädigung mit Anwendung eines Selbstbehalts von 10% gezahlt.

Bei einer bleibenden Invalidität mit einem Invaliditätsgrad, der die Selbstbehalte übersteigt, wird die Entschädigung anteilmäßig zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität nach den Bedingungen ausgezahlt, die in Art. 6.7.1 (Entschädigungstabelle „SUPER“), Buchstabe D) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

d) 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 in % | Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz |
|--------------------------------------|---|
| 1 | 0,3 |
| 2 | 0,6 |
| 3 | 1 |
| 4 | 1,5 |
| 5 | 2 |

Bei einer bleibenden Invalidität von über 5% wird die Entschädigung anteilmäßig zur Versicherungssumme für die bleibende Invalidität nach den Bedingungen ausgezahlt, die in Art. 6.7.1 (Entschädigungstabelle „SUPER“), Buchstabe E) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

Höhere Bewertung der bleibenden Invalidität durch einen Unfall

Art. 2.5.3 - Spezielle höhere Bewertung für anatomische Bereiche

Die Prozentsätze zur Festlegung der bleibenden Invalidität, die anhand der Kriterien und der Bewertungstabelle in Art. 6.4 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität) oder in Art. 6.4.1 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen festgelegt wurde, gelten teilweise als wie folgt geändert:

| Vollständiger anatomischer oder funktionaler Verlust einer Gliedmaße/eines Organs | Festgestellter Invaliditätsgrad in % |
|---|--------------------------------------|
| Ein Arm | 100% |
| Eine Hand oder ein Unterarm | 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 gilt, 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) oder Art. 6.4.1 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen zur Anwendung kommen.

Art. 2.5.4 - Höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invalidität

Die Entschädigung im Hinblick auf die Garantie für die bleibende Invalidität, die nach den in der Versicherungspolice 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 in % | Erhöhung der Entschädigung |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1% bis 10% | 10% |
| 11% bis 25% | 20% |
| 26% bis 50% | 30% |
| 51% bis 100% | 50% |

Sonstiger Versicherungsschutz

Art. 2.5.5 - Pauschalentschädigung für Frakturen (Knochenbrüche)

Bei einem im Sinne des Vertrags entschädigungsfähigen Unfall, bei dem der Versicherte eine Knochenfraktur erleidet, die durch eine Röntgenaufnahme bestätigt wird, zahlt das Unternehmen eine Pauschalentschädigung in Höhe von € 200,00 pro Versicherungsjahr.

Art. 2.5.6 - Pauschalentschädigung nach längerer oder mehrmaliger stationärer Behandlung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit

Bei einer Krankheit oder einem im Sinne der Versicherungspolice entschädigungspflichtigen Unfall, die nach dem Wirksamkeitsdatum 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.

In diesem Fall zahlt das Versicherungsunternehmen eine Pauschalentschädigung in Höhe von € 3.000,00 pro Versicherungsjahr.

Zur Berechnung der Tage der stationären Behandlung wird der Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus/der Klinik zwecks Gültigkeit dieser Garantie nicht mitgezählt.

Art. 2.5.7 - Pauschalentschädigung für die Immobilisierung

Die Garantie gemäß Art. 2.4.5 (Entschädigung für die Immobilisierung bei einer Fraktur) wird auf folgende Fälle erweitert:

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

Es gilt jedoch als vereinbart, dass die Entschädigung in den oben genannten Fällen für einen Zeitraum von höchstens 60 Tagen pro Unfall ausgezahlt wird.

Art. 2.5.8 - Bleibende Invalidität durch einen ästhetischen Schaden

Die Garantie gemäß Art 2.1.1 (Geleistete Garantien), Buchstabe b) „Bleibende Invalidität durch einen Unfall“ wird auf Unfälle erweitert, die im Sinne der Versicherungspolice 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 | Festgestellter Invaliditätsgrad in % |
|---|--|
| 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 a) einseitig b) beidseitig | 12% 25% |
| Narben im Gesicht: a) lineare Narben alle 4 cm, die auf Gesprächsabstand sichtbar sind; b) großflächige Narbe, die auf Gesprächsabstand sichtbar ist, pro cm ² | 3% 1% |
| Narbenbildung an Hals, am Rumpf, an Armen und Beinen: großflächige hypertrophe Narben, Narben mit veränderter Hautfarbe oder Narbenschumpfung, die auf Gesprächsabstand sichtbar sind, a) bis 20 cm ² b) von 20 cm ² bis 50 cm ² c) 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 bleibende ästhetische Schäden von 5% oder weniger. 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 mehr zahlt das Unternehmen die Entschädigung ohne Anwendung des Selbstbehalts, ausgenommen bei Auswahl der bleibenden Invalidität Top Target.

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

Erweiterung auf andere Sportarten

Art. 2.5.9 - Extremsportarten

Die Versicherung wird im Rahmen der entsprechenden, in der Police angegebenen Garantien und Versicherungssummen auf die Unfälle erweitert, die der Versicherte bei der Ausübung von Extremsportarten erleidet, die sowohl in der Freizeit wie auch in Form von Leistungssport ausgeübt werden.

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den Kriterien in Art. 6.4 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität) oder in Art. 6.4.1 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen festgelegt und gemäß den Bedingungen ausgezahlt, die in Art. 6.7.4 Entschädigungstabelle für EXTREMSPORT, MOTORSPORT/MOTORBOOTSPORT und FLUGSPORT der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten“, insofern wirksam, gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art. 2.4.2 „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 angewendet.

Art. 2.5.10 - Motorsport und Motorbootsport

Die Versicherung wird im Rahmen der entsprechenden, in der Police angegebenen Garantien und Versicherungssummen auf die Unfälle erweitert, die der Versicherte bei der Ausübung von Motorsport und Motorbootsport erleidet, die sowohl in der Freizeit wie auch in Form von Leistungssport ausgeübt werden.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind in jedem Fall Sprintrennen, Grasbahnrennen sowie Rennen, die mit Einsitzern, Prototypen, Dragstern und Stockcars gefahren werden, und Offshore-Rennen.

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den Kriterien in Art. 6.4 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität) oder in Art. 6.4.1 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen festgelegt und gemäß den Bedingungen ausgezahlt, die in Art. 6.7.4 Entschädigungstabelle für EXTREMSPORT, MOTORSPORT/MOTORBOOTSPORT und FLUGSPORT der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten“, insofern wirksam, gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art. 2.4.2 „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 angewendet.

Art. 2.5.11 - Flugsport

Die Versicherung wird im Rahmen der entsprechenden, in der Police angegebenen Garantien und Versicherungssummen auf die Unfälle erweitert, die der Versicherte bei der Ausübung von Flugsportarten erleidet, die sowohl in der Freizeit wie auch in Form von Leistungssport ausgeübt werden.

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität wird ausschließlich basierend auf den Kriterien in Art. 6.4 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität) oder in Art. 6.4.1 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen festgelegt und gemäß den Bedingungen ausgezahlt, die in Art. 6.7.4 Entschädigungstabelle für EXTREMSPORT, MOTORSPORT/MOTORBOOTSPORT und FLUGSPORT der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen angegeben sind.

Die Garantie „Erstattung der Behandlungskosten“, insofern wirksam, gilt ausschließlich in Folge eines Unfalls, der zur Inanspruchnahme von Erstbehandlungen in einer Notaufnahme eines Krankenhauses geführt hat.

In teilweiser Abweichung von Art. 2.4.2 „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 angewendet.

Art. 2.6 - Sonderbedingung (mit Prämiennachlass)

Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, die nachfolgend angebotene Sonderbedingung auszuwählen. Diese Garantie ist nur wirksam, wenn sie in der Versicherungspolice angegeben ist.

Art. 2.6.1 - Anwendung der Entschädigungstabelle SMART

In einer teilweisen Abweichung von den Bestimmungen in:

- Art. 2.1.1 Geleistete Garantien, Buchstabe b.1) Bleibende Invalidität „Classic“ - Selbstbehalt 5%
- Art. 2.5.2 Änderung des Selbstbehalts - Bleibende Invalidität „Classic“

wird die Entschädigung für die bleibende Invalidität gemäß den Bedingungen in Art. 6.7.3 Entschädigungstabelle SMART der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen ausgezahlt.

Wie versichert wird

Art. 2.7 - Versicherungsform und Aufteilung der Versicherungssummen

Das Unternehmen leistet gemäß den Bestimmungen in Art. 1.12 - Benennung des Versicherten und Auswahl zwischen PERSON/FAMILIE - die in diesem Abschnitt vorgesehenen Garantien im Rahmen der in der Police angegebenen Versicherungssummen nach folgenden Regeln:

PERSON

Wurde die Option „PERSON“ ausgewählt, werden die Garantien im Rahmen der für jede einzelne versicherte Person vorgesehenen Versicherungssumme zugunsten eines oder mehrerer Versicherter geleistet, die in der Police namentlich genannt sind.

IM HAUSHALT LEBENDE FAMILIENANGEHÖRIGE¹⁶

Wurde die Option „FAMILIE“ ausgewählt, werden die Garantien zugunsten des Versicherungsnehmers und der zu seinem Haushalt gehörenden Familienmitglieder sowie zugunsten der ausdrücklich in der Police angegebenen Personen nach folgenden Regeln geleistet:

- 1) Die in der Police angegebene Versicherungssumme wird pauschal pro Versicherungsjahr zugunsten aller versicherten Personen geleistet.
- 2) Für jede versicherte Person werden die Beträge bis zu höchstens 50% der in der Police angegebenen Summen garantiert, bei denen die für jede Garantie geltenden und in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Entschädigungskriterien angewandt werden.
- 3) Sollte sich die Anzahl der versicherten Personen aufgrund einer Änderung der im Haushalt lebenden Familienangehörigen oder aufgrund der Bestimmung in Art. 2.3 (Aufhebung des Vertrags) während der Vertragslaufzeit auf nur eine Person verringern, werden die etwaigen Entschädigungen basierend auf den in der Police für die gesamte Familie angegebenen Summen berechnet.
- 4) Bei einem Ereignis, in das mehrere versicherte Personen verwickelt sind, werden die in der Versicherungspolice 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.
- 5) Bei der Ausübung von Leistungssportarten werden die in den Punkten 2), 3) und 4) vorgesehene Höchstbeträge für die Entschädigung für jeden Versicherten um 50% reduziert.

Art. 2.8 - Leistungsgrenze im Katastrophenfall

Sollten vom selben Ereignis gleichzeitig mehrere, mit dieser Versicherungspolice versicherte Personen betroffen sein, so darf die maximale Gesamtauslage des Unternehmens für den Schadensfall in jedem Fall nicht mehr als € 5.000.000 betragen.

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



16 Wie wird die Versicherungssumme aufgeteilt, wenn die Option „Familie“ ausgewählt wurde?

Bei der Versicherungssumme handelt es sich um eine einzige Summe; jedes Familienmitglied hat Anspruch auf 50% dieser Summe. Falls von dem Ereignis mehrere Familienmitglieder betroffen sind, wird die Summe zu gleichen Teilen aufteilt.

Beispiel:

Versicherungssumme bleibende Invalidität: 300.000 €

Anzahl der im Haushalt lebenden Familienmitglieder: 4

Versicherungssumme pro Kopf, wenn das Ereignis 1 Familienmitglied betrifft: 150.000 €

Versicherungssumme pro Kopf, wenn das Ereignis 2 Familienmitglieder betrifft: 150.000 €

Versicherungssumme pro Kopf, wenn das Ereignis 3 Familienmitglieder betrifft: 100.000 €

Versicherungssumme pro Kopf, wenn das Ereignis alle Familienmitglieder betrifft: 75.000 €

Art. 2.9 – 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. 2.10 - Örtlicher Geltungsbereich

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“.

ÜBERBLICK ÜBER DIE ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN/-UNTERGRENZEN UND SELBSTBEHALTE/UNGEDECKTE BETRÄGE

Die nachfolgende Entschädigungstabelle bezieht sich auf die Auswahl der Versicherung einer „PERSON“. Wurde die Option „FAMILIE“ ausgewählt, werden die folgenden Grenzen für jedes Familienmitglied bis höchstens 50% geleistet, vorbehaltlich des Höchstbetrags von 100% der Versicherungssumme pro Versicherungsjahr, die in der Police angegeben ist.

| ABSCHNITT UNFÄLLE | | | |
|-----------------------|------------------------------------|--|--|
| Grundgarantien | | Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung | Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge |
| Todesfall | | Rückführung des Leichnams: 10% der Versicherungssumme für den Todesfall mit einem Rückerstattungsbetrag von höchstens € 10.000. Risiko Naturkatastrophen: bis 50% der Versicherungssumme | - |
| Bleibende Invalidität | Bleibende Invalidität „Classic“ | Risiko Naturkatastrophen: bis 50% der Versicherungssumme | Bleibende Invalidität CLASSIC: <ul style="list-style-type: none">• Selbstbehalt von 5%• Keinerlei Selbstbehalt bei bleibender Invalidität von $\geq 15\%$ |
| | Bleibende Invalidität „Top Target“ | | Bleibende Invalidität – Naturkatastrophen: <ul style="list-style-type: none">• Selbstbehalt von 10%• Keinerlei Selbstbehalt bei bleibender Invalidität von $\geq 15\%$ |
| Leistungssport | | Siehe Tabelle FOCUS Leistungssport | |

| Zusatzgarantien (gegen Zahlung einer Zusatzprämie) | | Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung | Selbstbehalte und/oder unge- deckte Beträge |
|---|--|--|--|
| Garantie Plus | Höhere Bewertung zum Schutz der Zukunft | Verdoppelung der Versicherungssummen für den Todesfall mit einem Höchstbetrag von € 200.000, im Falle des Ablebens des Versicherten und des Ehegatten/der Ehefrau oder des eheähnlich zusammenlebenden Partners | - |
| | Verlust eines Schuljahres | Pauschalentschädigung von € 2.500 | - |
| | Rückerstattung der Behandlungskosten von nicht versicherten minderjährigen Kindern | Höchstens € 10.000 für Kosten, die innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall aufgewendet werden. | Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner von UniSalute sind: Ungedeckter Betrag 10% mit einem nicht entschädigungsfähigen Mindestbetrag von € 50 und einem Höchstbetrag von € 250 Euro pro Schadensfall |
| | Bleibende Invalidität von versicherten minderjährigen Kindern | Erhöhung der Versicherungssumme um 50% | - |
| | Pauschalentschädigung für den komatösen Zustand | € 10.000 | Innerhalb von 5 Tagen ab dem Datum, an dem sich der Schadensfall ereignet hat, und Aufenthalt von mindestens 5 Tagen |
| | Zusätzliche Entschädigung für den Todesfall durch einen Verkehrsunfall | Pauschalentschädigung von € 50.000 | - |
| | Unterstützung und Sicherheit | <ul style="list-style-type: none"> - Im Todesfall: Erhöhung der Versicherungssumme um 30% • Bei einer bleibenden Invalidität von $\geq 60\%$: Erhöhung der Entschädigung um 30% • Im Fall von körperlicher Gewalt, bei Vorliegen einer Strafanzeige und eines ärztlichen Berichts der Notaufnahme: € 2.000 pro Versicherungsjahr | - |
| | Anpassung der Wohnung | Bei einer bleibenden Invalidität von $\geq 60\%$: € 10.000 pro Versicherungsjahr | - |
| | Anpassung des Fahrzeugs | Bei einer bleibenden Invalidität von $\geq 60\%$: € 2.500 pro Versicherungsjahr | - |

| Zusatzgarantien (gegen Zahlung einer Zusatzprämie) | | Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung | Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge |
|---|---|--|---|
| Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall | | <p>Bei Inanspruchnahme von Leistungen in vertraglich an UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtungen oder in Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens: Erhöhung der Versicherungssumme um € 1.000 pro Versicherungsjahr</p> <p>Transport des Versicherten mit Rettungsfahrzeugen, die speziell für den medizinischen Hilfstransport von oder zur klinischen Einrichtung eingesetzt werden, bis zu einer Höchstgrenze von 50% der Versicherungssumme.</p> | <p>Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner von UniSalute sind: Ungedeckter Betrag 10% mit einem nicht entschädigungsfähigen Mindestbetrag von € 50 und einem Höchstbetrag von € 250 Euro pro Unfall</p> |
| Entschädigung für einen Unfall | Entschädigung für die stationäre Behandlung | <ul style="list-style-type: none"> • Bei der stationären Behandlung in einer Tagesklinik: 50% der Versicherungssumme • Bei einem Klinikaufenthalt im Ausland: Zuerkennung eines um 50% erhöhten Tagessatzes. <p>Höchstens 365 Tage pro Ereignis</p> | - |
| | Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit | <p>Entschädigung in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jene für die stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik</p> <p>Höchstens 90 Tage pro Ereignis</p> | Klinikaufenthalt von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Tagen |
| Entschädigung für die Immobilisierung bei einer Fraktur | | Höchstens 60 Tage pro Ereignis | - |

| Zusatzgarantien (gegen Zahlung einer Zusatzprämie) | | Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung | Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge |
|--|---|---|---|
| Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall | Vollständige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit | Versicherungssumme für jeden Tag der vollständigen oder teilweisen körperlichen Unfähigkeit Höchstens 365 Tage pro Ereignis | Selbstbehalt: <ul style="list-style-type: none"> Bei Versicherungssummen von \leq € 50: Selbstbehalt von 7 Tagen Bei Versicherungssummen von $>$ € 50: <ul style="list-style-type: none"> Selbstbehalt von 7 Tagen Vom 8. bis zum 15. Tag: Entschädigung von € 50 Ab dem 16. Tag: die volle Versicherungssumme |
| | Teilweise vorübergehende Arbeitsunfähigkeit | Die in der Versicherungspolice angegebene Versicherungssumme: <ul style="list-style-type: none"> zu 100% für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit zu 50% für jeden Tag der teilweisen Arbeitsunfähigkeit Höchstens 365 Tage pro Ereignis Versicherungssumme immer in Höhe von 100%, bei: <ul style="list-style-type: none"> stationärer Behandlung von mindestens 5 aufeinanderfolgenden Tagen oder mehrere Krankenhausaufenthalte mit einer Dauer von über 30 Tagen; Immobilisierung von mindestens 20 aufeinanderfolgenden Tagen Bleibende Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von \geq 15% - Erstversorgung durch akkreditierte Notaufnahmen Höchstens 90 Tage pro Ereignis | Keinerlei Selbstbehalt bei: <ul style="list-style-type: none"> stationärer Behandlung von mindestens 2 Tagen Aufenthalt in einer Tagesklinik mit einem chirurgischen Eingriff |
| | Völlige vorübergehende Arbeitsunfähigkeit | Versicherungssumme, die in der Versicherungspolice angegeben ist, für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit | Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit außerhalb Europas ist begrenzt auf den Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes entschädigungsfähig. Diese Begrenzung endet ab 24.00 Uhr des Tages, an dem der Versicherte nach Europa zurückkehrt. |
| Leistungssport | | Siehe Tabelle FOCUS Leistungssport | |

| Sonderbedingungen (gegen Zahlung einer Zusatzprämie) | Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung | Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge |
|--|---|---|
| Bleibende Invalidität mit 3% Selbstbehalt | 250% der Versicherungssumme | Selbstbehalt von 3% Keinerlei Selbstbehalt bei einer bleibenden Invalidität von $\geq 15\%$ |
| Bleibende Invalidität mit gestaffeltem Selbstbehalt von 0% bis 10% | | Gestaffelter Selbstbehalt auf die Versicherungssumme: <ul style="list-style-type: none"> Von € 0 bis € 100.000: Keinerlei Selbstbehalt Von € 100.001 bis € 200.000: Selbstbehalt von 3% Von € 200.001 bis € 400.000: Selbstbehalt von 5% Über 400.000 €: Selbstbehalt von 10% Keinerlei Selbstbehalt bei einer bleibenden Invalidität von $\geq 15\%$ |
| Bleibende Invalidität mit gestaffeltem Selbstbehalt von 3% bis 10% | | Gestaffelter Selbstbehalt auf die Versicherungssumme: <ul style="list-style-type: none"> Von € 0 bis € 200.000: Selbstbehalt von 3% Von € 200.001 bis € 400.000: Selbstbehalt von 5% Über 400.000 €: Selbstbehalt von 10% Keinerlei Selbstbehalt bei einer bleibenden Invalidität von $\geq 15\%$ |
| Bleibende Invalidität mit Selbstbehalt UnipolSai Plus | | Reduzierte Selbstbehalte für die ersten 5 Punkte der bleibenden Invalidität Keinerlei Selbstbehalt bei einer bleibenden Invalidität von $\geq 15\%$ |
| Höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invalidität | 375% der 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 in folgenden Fällen: <ul style="list-style-type: none"> stationäre Behandlung von mindestens 7 aufeinanderfolgenden Tagen; mehrere Krankenhausaufenthalte mit einer Gesamtdauer von über 30 Tagen | - |
| Pauschalentschädigung für die Immobilisierung/ Ruhigstellung | höchstens 60 Tage pro Schadensfall | - |
| Bleibende Invalidität durch einen ästhetischen Schaden | - | Selbstbehalt von 5% Bei bleibender Invalidität von $> 25\%$ kein Selbstbehalt (mit Ausnahme der Entschädigungstabelle Top Target) |
| Extremsportarten | - | Bei bleibender Invalidität: Selbstbehalt von 5% Keinerlei Selbstbehalt bei einer bleibenden Invalidität von $\geq 20\%$ Rückerstattung der Behandlungskosten: Ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem Mindestbetrag von € 200 im Fall der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die kein Partner der UniSalute sind. |
| Motorsport und Motorbootsport | - | Bei bleibender Invalidität: Selbstbehalt von 10% Keinerlei Selbstbehalt bei einer bleibenden Invalidität von $\geq 20\%$ Rückerstattung der Behandlungskosten: |
| Flugsport | - | Ungedeckter Betrag in Höhe von 10% mit einem Mindestbetrag von € 200 bei Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die keine Partner von UniSalute sind. |

| Sonderbedingungen (mit Nachlass) | Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung | Selbstbehalte und/oder unge- deckte Beträge |
|-------------------------------------|--|---|
| Entschädigungstabelle SMART | <ul style="list-style-type: none"> • 100% der Versicherungssumme • 150% im Fall des Erwerbs der Sonderbedingung „Höhere Bewertung der Entschädigung für die bleibende Invalidität“ | Keinerlei Selbstbehalt bei einer bleibenden Invalidität von $\geq 20\%$ |

FOKUS LEISTUNGSSPORT

| Garantien | Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung | Selbstbehalte und/oder unge- deckte Beträge |
|---|---|---|
| Todesfall | 50% der angegebenen Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von € 250.000 | |
| Bleibende Invalidität | 50% der angegebenen Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von € 250.000 | Bleibende Invalidität „CLASSIC“ <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbehalt von 5% • Standardtabelle SMART • Keinerlei Selbstbehalt bei bleibender Invalidität von $\geq 20\%$ Bleibende Invalidität TOP TARGET: <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbehalt von 30% • Tabelle TOP TARGET |
| Entschädigung für die stationäre Behandlung | 50% der angegebenen Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von € 100 | - |
| Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit | 50% der angegebenen Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von € 100 | Klinikaufenthalt von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Tagen |
| Rückerstattung der Behandlungskosten | 50% der angegebenen Versicherungssumme mit einem Höchstbetrag von € 10.000 Ausgaben für Rehabilitation und Physiotherapie: höchstens 20% der Versicherungssumme pro Schadensfall | Ungedeckter Betrag 10% mit Mindestbetrag von € 200 |

Was versichert ist**Art. 3.1 - Grundgarantie**

Das Unternehmen zahlt in folgenden Fällen, im Rahmen der in der Versicherungspolice angegebenen Garantien und Versicherungssummen eines Tagessatz für die:

- stationäre Behandlung in einer klinischen Einrichtung;
- 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 Versicherungspolice vorgesehenen Entschädigung für jeden Tag des Aufenthalts in einer Tagesklinik.

Die Entschädigung wird auch ohne eine Krankheit ausgezahlt, allerdings nur bei einem Krankenhaus- oder Klinikaufenthalt von mehr als 15 Tagen, der während der Dauer des Aufenthalts durch eine klinisch diagnostizierbare krankhafte Veränderung des Gesundheitszustandes notwendig ist, vorausgesetzt, dass dies nicht zurückzuführen ist auf:

- Fehlbildung oder körperlicher Mangel;
- Unfall.

Die Entschädigung wird für höchstens 365 Tage für jede angezeigte 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, 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 Versicherungsjahr.

Die Versicherungsgarantie ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

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

Was NICHT versichert ist**Art. 3.2 - Ausschlüsse**

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 Versicherungspolice 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 die zum Wirksamkeitsdatum der ersetzten Versicherungspolice bereits bestanden und dem Versicherten bekannt waren.

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

Nein, um den Versicherungsschutz in Anspruch nehmen zu können, der in den Garantien im Abschnitt KRANKHEIT vorgesehen ist, müssen zugleich auch dieselben Garantien im Abschnitt UNFÄLLE erworben werden.



- b) psychiatrische Krankheiten oder psychische Beschwerden allgemein, einschließlich neurotischer Erkrankungen, Angstsyndrome und/oder Depressionen;
- c) Krankheiten im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen oder Halluzinogenen und dem Missbrauch von Alkohol und psychotropen Substanzen;
- d) nicht therapeutisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch und mögliche Folgen;
- e) Therapien zur Behandlung der Unfruchtbarkeit, Sterilität und Impotenz;
- f) Behandlung 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 Versicherungspolice entschädigungspflichtig sind);
- g) 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) stationäre Aufenthalte wegen chronischer Erkrankungen in Gesundheitseinrichtungen zur Langzeitbehandlung (Pflegeheime für chronisch Kranke, Altersheime und andere Institute, die keine Heil Institute sind);
- i) zahnärztliche Behandlungen und die Behandlung von Parodontopathien, wenn diese nicht durch einen im Sinne der Versicherungspolice 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 Versicherungspolice entschädigungspflichtig sind;
- k) bei den Folgen von Krieg, Volksaufständen, Unruhen, gewaltsamen Handlungen und Aggressionen, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat und die politische oder soziale Zwecke verfolgen;
- l) die Folgen von Vulkanausbrüchen;
- m) HIV-Infektionen und die damit verbundenen Krankheitszustände;
- (n) Krankheiten, die durch chronischen Alkoholismus und/oder Drogenabhängigkeit verursacht werden.

Art. 3.3 - Auflösung der Versicherung

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

Wie versichert wird

Art. 3.4 - Versicherungsform und Aufteilung der Versicherungssummen

Das Unternehmen leistet gemäß den Bestimmungen in Art. 1.12 - Benennung des Versicherten und Auswahl zwischen PERSON/FAMILIE - die in diesem Abschnitt vorgesehenen Garantien im Rahmen der in der Police angegebenen Versicherungssummen nach folgenden Regeln:

PERSON

Wurde die Option „PERSON“ ausgewählt, werden die Garantien im Rahmen der für jede einzelne versicherte Person vorgesehenen Versicherungssumme zugunsten eines oder mehrerer Versicherter geleistet, die in der Police namentlich genannt sind.

FAMILIE

Wurde die Option „FAMILIE“ ausgewählt, werden die Garantien zugunsten des Versicherungsnehmers und der zu seinem Haushalt gehörenden Familienmitglieder sowie zugunsten der ausdrücklich in der Police angegebenen Personen nach folgenden Regeln geleistet:

- 1) Die in der Police angegebene Versicherungssumme wird pauschal pro Versicherungsjahr zugunsten aller versicherten Personen geleistet.
- 2) Für jede versicherte Person werden die Beträge bis zu höchstens 50% der in der Police angegebenen Summen garantiert, bei denen die für jede Garantie geltenden und in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Entschädigungskriterien angewandt werden.
- 3) Sollte sich die Anzahl der versicherten Personen aufgrund einer Änderung der im Haushalt lebenden Familienangehörigen oder aufgrund der Bestimmung in Art. 3.3 (Aufhebung des Vertrags) während der Vertragslaufzeit auf nur eine Person verringern, werden die etwaigen Entschädigungen basierend auf den in der Police für die gesamte Familie angegebenen Summen berechnet.
- 4) Bei einem Ereignis, in das mehrere versicherte Personen verwickelt sind, werden die in der Versicherungspolice 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.

Art. 3.5 - 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:

- 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 einem therapeutischen Schwangerschaftsabbruch **ab dem dreihundertsten 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. 3.6 - Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit.

ÜBERBLICK ÜBER DIE ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN/-UNTERGRENZEN UND SELBSTBEHALTE/UNGEDECKTE BETRÄGE

Die nachfolgende Entschädigungstabelle bezieht sich auf die Auswahl der Versicherung einer „PERSON“. Wurde die Option „FAMILIE“ ausgewählt, werden die folgenden Grenzen für jedes Familienmitglied bis höchstens 50% geleistet, vorbehaltlich des Höchstbetrags von 100% der Versicherungssumme pro Versicherungsjahr, die in der Police angegeben ist.

| ABSCHNITT KRANKHEIT | | |
|---|--|--|
| Grundgarantie | Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung | Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge |
| Entschädigung für die stationäre Behandlung | Aufenthalt in einer Tagesklinik: 50% der Versicherungssumme Höchstens 365 Tage pro Ereignis | Der Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. aus der Klinik wird nicht mitgezählt |
| Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit | Entschädigung in gleicher Höhe und mit gleicher Dauer wie jene für die stationäre Behandlung oder den Aufenthalt in einer Tagesklinik Höchstens 90 Tage pro Ereignis Höchstens 30 Tage pro Versicherungsjahr für jede angeborene Krankheit | Klinikaufenthalt von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Tagen |

Was versichert ist

Art. 4.1 - Grundgarantie

Die Gesellschaft versichert bis zu der in der Versicherungspolice angegebenen Höchstsumme die **Rechtskosten, Kosten für Gutachter, Gerichts-, Verfahrens- und Ermittlungskosten**, die nicht von der Gegenpartei zu erstatten sind und dem Versicherungsnehmer und/oder dem Versicherten zur Verteidigung der eigenen Interessen in außergerichtlichen und gerichtlichen Verfahren im Zusammenhang mit den im vorliegenden Versicherungsabschnitt vorgesehenen Fällen in Bezug auf **körperliche und psychische Verletzungen und/oder moralische Schäden entstehen sollten**, die auf **Ereignisse zurückzuführen sind, die nach dem Inkrafttreten dieser Versicherungspolice eingetreten sind**.

Die Kosten für den Einsatz **nur eines Anwalts** für jede Verfahrensinstanz und die etwaigen Kosten, die dem Versicherungsnehmer/Versicherten bei einem Unterliegen auferlegt werden.

Darüber hinaus sind auch folgende Kosten abgedeckt:

- Anwaltskosten, wenn der Rechtsstreit durch Übereinkommen mit Beteiligung eines Anwalts oder unter Einbeziehung einer Schlichtungsstelle behandelt wird;
- die Kosten der Schlichtungsstelle in Fällen der obligatorischen Schlichtung und die Kosten für den Schiedsrichter, die der Versicherungsnehmer/Versicherte eventuell zu tragen hat;
- Die Kosten für Zwangsvollstreckungsmaßnahmen sind für maximal 2 (zwei) Versuche pro Schadensfall abgedeckt.
- Die Kosten für die Stellung des Strafantrags werden nur anerkannt, wenn ein Strafverfahren eingeleitet wurde, bei dem Anklage gegen die Gegenpartei erhoben wird.
- die Kosten für die notwendige Zustellung, wobei jede Verdopplung der Honorare und Reisekosten ausgeschlossen sind.

Der Versicherte muss die Steuern, Gebühren und alle anderen gesetzlich festgelegten Abgaben im Zusammenhang mit dem Schadensfall, der Prämie und/oder der Police tragen.

Die erfolgsabhängigen Honorare, die zwischen dem Versicherten und dem Rechtsbeistand vereinbart wurden, sind nicht Gegenstand der Versicherungsdeckung.

Das Versicherungsunternehmen hat ARAG mit der Erbringung der Leistungen beauftragt.

Garantierte Leistung¹⁹⁻²⁰

Die Versicherung betrifft den Schutz der Rechte des Versicherten in folgenden Fällen:

- a) Schadensersatzforderungen für außervertragliche **Schäden** aufgrund von rechtswidrigen Handlungen Dritter, die einen **Unfall** zur Folge hatten;

18 Kann ich nur die im Abschnitt RECHTSSCHUTZ vorgesehenen Garantien versichern?

Nein, um den im Abschnitt RECHTSSCHUTZ vorgesehenen Versicherungsschutz in Anspruch nehmen zu können, ist es erforderlich, auch eine oder mehrere Garantien im Abschnitt UNFÄLLE zu erwerben.

19 Was muss ich tun, um die Leistungen der RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG in Anspruch nehmen zu können?

Sie müssen eine Schadensmeldung bei der Agentur, die für den Vertrag zuständig ist, oder beim Unternehmen bzw. beim Versicherer ARAG SE (die Gesellschaft, die mit der Abwicklung der Schadensfälle im Bereich Rechtsschutz beauftragt ist) einreichen. Kontaktdaten für die Meldung neuer Schadensereignisse: per FAX an die Nummer 045.8290557 oder per E-MAIL an denunce@arag.it.

Einzelheiten dazu sind weiter unten im Abschnitt „Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen“ - „Bestimmungen zum Abschnitt RECHTSSCHUTZ“.

20 Kann ich den Beistand eines Anwalt meines Vertrauens in Anspruch nehmen oder muss ich mich an einen von der ARAG SE gewählten Rechtsanwalt wenden?

Der Rechtsanwalt kann frei gewählt werden. Daher können Sie sich von einem Anwalt Ihres Vertrauens oder, falls Sie keinen solchen haben, von einem Anwalt vertreten lassen, der zum Netzwerk von ARAG gehört. Einzelheiten dazu sind weiter unten im Abschnitt „Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen“ - „Bestimmungen zum Abschnitt RECHTSSCHUTZ“.

- b) Schadensersatzforderungen für vertragliche und außervertragliche Personenschäden infolge von körperlicher Verletzung, die der Versicherte als Folge **medizinischen Fehlverhaltens** erlitten hat;
- b) **vertragliche Rechtsstreitigkeiten mit Versicherungsunternehmen** in Bezug auf Policen zur Unfallversicherung, Krankenversicherung, Erstattung von Behandlungskosten, CPI (Kreditrestschuldversicherung) und LTC (Langzeitpflegeversicherung), sofern der Streitwert über € 500,00 liegt. **Ausgeschlossen bleiben Rechtsstreitigkeiten mit UnipolSai.**
- d) **Streitigkeiten** mit öffentlichen Instituten oder Körperschaften der Sozial- und Fürsorgeversicherung;
- e) **Einsprüche gegenüber der öffentlichen Verwaltung** infolge von Ablehnung oder ausbleibender Bearbeitung von Anträgen im Bereich Arbeitsunfähigkeit und Invalidität der Versicherten, wenn die Anträge nach Wirksamkeitsbeginn der vorliegenden Police eingereicht wurden.

Was NICHT versichert ist

Art. 4.2 - Ausschlüsse

Die Versicherung ist in folgenden Fällen nicht wirksam:

- a) Familienrecht, Erbfolge und Schenkungen;
- b) Steuer- oder Verwaltungsangelegenheiten;
- c) Schadensfälle als Folge von Volksaufständen, Unruhen, Kriegshandlungen, Terrorakten, Vandalismus, Erdbeben, Streiks und Absperrungen, Besitz oder die Verwendung von radioaktiven Substanzen, Naturereignissen, für die der Katastrophen- oder Alarmzustand ausgerufen wurde;
- d) Zahlung von Bußgeldern, Geldstrafen und Verwaltungsstrafen allgemein;
- e) Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit Beschäftigungsverhältnissen, der selbstständigen Tätigkeit oder der Unternehmenstätigkeit der Versicherten;
- f) vorsätzliche Handlungen der versicherten Personen;
- g) Besitz von Fahrzeugen, Flugzeugen, Booten, Schiffen und Sportbooten;
- h) Beitritt zu Sammelklagen (class action);
- i) Finanz- und Bankverträge sowie Kfz-Haftpflichtversicherungen;
- j) Rechtsstreitigkeiten mit dem Versicherungsunternehmen im Zusammenhang mit dieser Versicherungspolice;
- k) Rechtsstreitigkeiten aufgrund von medizinischen Leistungen aus rein ästhetischen Gründen, mit Ausnahme der Eingriffe der plastischen Chirurgie zur Rekonstruktion;
- l) Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit der Entbindung oder einem therapeutischen Schwangerschaftsabbruch.

Wie versichert wird

Art. 4.3 – Gültigkeitsbeginn der Versicherungsgarantie

Die Versicherungsleistungen werden für Schadensfälle garantiert, die:

- a) **während der Laufzeit der Versicherungspolice**, wenn es um einen außervertraglichen Schaden bzw. einen angeblichen außervertraglichen Schaden geht, den der Versicherte erlitten hat, oder wenn es um die Verletzung straf- oder verwaltungsrechtlicher Gesetzesvorschriften geht;
- b) **3 Monate nach Gültigkeitsbeginn der Versicherungspolice** in allen anderen Fällen.

Sollte diese Versicherung ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes als Ersatz einer vorherigen Rechtsschutzversicherung ausgestellt worden sein, gilt die Karenzfrist von 3 (drei) Monaten nicht für alle bereits in dieser Garantie enthaltenen Leistungen, während die Karenzfrist mit voller rechtlicher Wirkung für alle in diesen Vertrag aufgenommenen neuen Leistungen gilt. Daher ist der Versicherungsnehmer/der Versicherte verpflichtet, bei der Schadensanzeige die entsprechende Dokumentation vorzulegen, um das Vorliegen einer vorherigen Rechtsschutzversicherung nachzuweisen.

Art. 4.4 – Eintritt des Schadensfalls

Im Sinne der vorliegenden Police wird **unter dem Eintritt des Schadensfalls das Datum angesehen, an dem das Schadensereignis eintritt**, das je nach Art der Streitigkeit verstanden wird als:

- a) der außervertragliche Schaden bzw. angebliche außervertragliche Schaden, den der Versicherte erlitten hat;
- b) die Vertragsverletzung bzw. angebliche Vertragsverletzung;
- c) die Verletzung bzw. angebliche Verletzung von Gesetzesvorschriften;

Bei mehreren Schadensereignissen derselben Art wird zur Festlegung des Datums, an dem der Schadensfall eingetreten ist, auf den Zeitpunkt des ersten Schadensereignisses Bezug genommen.

Bei Vorliegen von mehreren Verstößen derselben Art wird zur Festlegung des Datums, an dem der Schadensfall eingetreten ist, auf den Zeitpunkt des ersten Verletzung Bezug genommen.

Die Versicherungsgarantie beinhaltet Schadensfälle, die während der Vertragsgültigkeit eingetreten sind und innerhalb vom 2 Jahren ab Vertragsauslauf nach den Modalitäten und Fristen gemäß Art. 6.1 (Schadensmeldung und Pflichten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten) und Art. 6.15 (freie Wahl des Rechtsbestands) der Bestimmungen über die Liquidation von Schadensfällen beim Unternehmen oder beim Versicherer ARAG angezeigt wurden.

Als einziger Schadensfall gelten in jeder Hinsicht ein oder mehrere Schadensereignisse, die miteinander verbunden sind, miteinander im Zusammenhang stehen oder auf dieselben Umstände zurückzuführen sind, auch wenn mehrere Personen involviert sind. Das Eintrittsdatum entspricht dem Datum, an dem das erste Schadensereignis eingetreten ist.

Art. 4.5 - Höchstsumme

Die Garantie wird je nach getroffener Wahl des Versicherungsnehmers, die in der Versicherungspolice angegeben ist, bis zum Erreichen folgender Summen geleistet:

- € 40.000 pro Versicherungsjahr mit einem Höchstbetrag von € 10.000 per Schadensereignis
- € 100.000 pro Versicherungsjahr mit einem Höchstbetrag von € 30.000 per Schadensereignis

unabhängig von der getroffenen Wahl in Art. 1.12 - Benennung des Versicherten und Auswahl zwischen PERSON/FAMILIE.

Wenn mehrere versicherte Personen in ein einziges Schadensereignis involviert sind, wird die Garantie mit einem einzigen Höchstbetrag geleistet, der zwischen allen Versicherten gerecht aufgeteilt wird, unabhängig von den jeweils getragenen Kosten. Falls bei der Festlegung des Schadensfalls die Höchstsumme nicht ausgeschöpft wurde, wird der übrige Betrag zu gleichen Anteilen zwischen den Versicherten aufgeteilt, die keinen vollständigen Schadensersatz erhalten haben.

Art. 4.6 - Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt für Schadensfälle, die in den nachfolgend genannten Staaten eingetreten sind und von der zuständigen Gerichtsbehörde behandelt werden müssen:

- für die Garantien gemäß Art. 4.1 - Grundgarantie, Punkt a), b) und c) **in den Ländern der Europäischen Union, im Vereinigten Königreich, im Vatikanstaat, in der Republik San Marino, im Fürstentum Monaco, in der Schweiz und in Liechtenstein.** Bei Schadensfällen, die in anderen als den o. g. Ländern oder Gebieten entstanden sind und dort behandelt werden müssen, gilt die Garantie in jedem Fall weltweit, jedoch nur bis zu einem Rückerstattungsbetrag von höchstens € 5.000.
- für die Garantien gemäß Punkt d) und e) **in der Republik Italien, im Vatikanstaat und in der Republik San Marino.**

ÜBERBLICK ÜBER DIE ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN/-UNTERGRENZEN UND SELBSTBEHALTE/UNGEDECKTE BETRÄGE

| ABSCHNITT RECHTSSCHUTZ | | |
|------------------------|--|---|
| Garantie | Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung | Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge |
| Grundgarantie | <p>Wahlweise zwischen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Höchstbetrag von € 40.000 pro Versicherungsjahr bis maximal € 10.000 per Schadensereignis • Höchstbetrag von € 100.000 pro Versicherungsjahr bis maximal € 30.000 per Schadensereignis <p>Kosten für Zwangsvollstreckungsmaßnahmen: für maximal 2 Versuche pro Schadensfall</p> <p>Grundgarantie Punkt a) b) c) Bei Schadensereignissen in anderen Ländern als den Ländern der Europäischen Union, dem Vereinigten Königreich, dem Vatikanstaat, der Republik San Marino, des Fürstentums Monaco, der Schweiz und Liechtenstein: Höchstentschädigung € 5.000</p> | - |

Was versichert ist

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.²¹

Die Garantie gilt für alle Versicherten, für die der Abschnitt „Unfälle“ wirksam ist.

Das Versicherungsunternehmen hat die UniSalute damit beauftragt, diese Leistungen zu erbringen.

In Italien und im Ausland erbrachte Leistungen

Ärztliche Meinungen und Informationen

1) Telefonische Informationen in Bezug auf medizinische Fragen

Die Organisationsstruktur erteilt medizinische Informationen über:

- öffentliche und private Gesundheitseinrichtungen: Lage, Fachbereiche;
- 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 Bewertung des vom Versicherten gemeldeten Falls durchzuführen;
- gemeinsam mit dem Versicherten nachzuprüfen, ob die Kopien der klinischen/diagnostischen Unterlagen in seinem Besitz vollständig sind;
- die Namen der Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung zu stellen, die ein Gutachten über die gemeldete Krankheit ausstellen können.

Die Organisationsstruktur:

- wird angeben, welche anderen 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, muss 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. 2016/679 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.

Das Versicherungsunternehmen übernimmt folgende Kosten:

- Zusendung der vom Versicherten erhaltenen Dokumentation an den Facharzt
- Übersetzung der Dokumente und die Umwandlung der Bilder zur Nutzung am Computer für die anschließende Übermittlung an den beauftragten Facharzt

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

Um die vertraglich vorgesehenen Assistenzleistungen in Anspruch nehmen zu können, muss zuvor immer die Organisationsstruktur der UniSalute 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“.



- 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.

Zulasten des Versicherten verbleiben die folgenden Kosten:

- die Kosten für die Vorbereitung und Bereitstellung der Kopien der gesamten klinischen/diagnostischen Unterlagen in seinem Besitz (einschließlich der Unterlagen für die bildgebende Diagnostik)
- die Kosten für die Zusendung der Kopien der klinischen/diagnostischen Unterlagen mit einem Expresskurier an das Ärzteteam der Organisationsstruktur an die telefonisch angegebene Adresse;
- die Kosten des Honorars für den Facharzt, der die zweite ärztliche Meinung erstellen soll, und die Vergütung der Gesundheitseinrichtung, an der dieser Facharzt tätig ist;
- 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. 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr und ergänzende nationale Gesetzesbestimmungen).

Leistungen, die in Italien, in der Republik San Marino oder im Vatikanstaat 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 keinem der Vertragsärzte möglich sein, persönlich Hilfe zu leisten, wird die Organisationsstruktur ersatzweise den Transport des Versicherten mit einem Krankenwagen in ein geeignetes, naheliegendes Ärztezentrum organisieren.

5) Entsendung eines Krankenwagens

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 Einsatzzentrale für die Entsendung eines Krankenwagens, wobei das Unternehmen die entsprechenden Kosten bis zu einer Strecke von maximal 300 km und 300,00 € pro Schadensfall und pro Versicherten trägt.

6) Entsendung einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers zum Wohnsitz

Bei einer stationären Behandlung infolge von:

- Fraktur des Oberschenkelknochens
- Frakturen der Wirbel
- Schädelfrakturen mit Verletzungen des Gehirns und/oder Hirnblutungen
- Frakturen, bei denen die Ruhigstellung mindestens eines Beins oder Arms 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 krankenschwesterischer 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 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.

7) Entsendung eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz

Bei einer stationären Behandlung infolge von:

- Fraktur des Oberschenkelknochens
- Frakturen der Wirbel
- Schädelfrakturen mit Verletzungen des Gehirns und/oder der Hirnhäute
- Frakturen, bei denen die Ruhigstellung mindestens eines Beins oder Arms 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 beurteilen und die Möglichkeit, bewerten, psychologischen Beistand zu leisten.

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

Die Behandlung wird bis zur Heilung der 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 er 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 beurteilen und die Möglichkeit, bewerten, psychologischen Beistand zu 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 für die Behandlung übernimmt vollständig das Unternehmen.

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 irreparablen 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 erheblichen 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 Versicherungspolice 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 höchstens 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 ist 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. Zulasten 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 ist 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 Versicherten 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 Tests und Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken in Analyselaboren hat der Versicherte zu tragen.

Familienassistenz

14) Assistenzleistungen für behinderte Kinder nach einem Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls des Versicherten von über 5 Tagen

Bei dieser Garantie ist bei einem Krankenhausaufenthalt von über 5 Tagen für höchstens 15 Tage die Leistung einer Soforthilfe zugunsten des Versicherten vorgesehen, um Kinder mit einem Invaliditätsgrad über 45% zu unterstützen.

Vorausgesetzt, dass der Krankenhausaufenthalt nach dem Wirksamkeitsdatum der Versicherungspolice begonnen hat, muss der Versicherte die Organisationsstruktur kontaktieren, die ihm die Informationen hinsichtlich der Vertragsstruktur und der Leistungen mitteilen wird, die für behinderte Kinder erbracht werden können (je nach Fall z. B. häusliche Pflege, medizinische Hilfe, Rehabilitation, krankenschwägerische Leistungen). Die Organisationsstruktur übernimmt den täglichen Betrag in Höhe von: € 100,00 für höchstens 15 Tage pro Krankenhausaufenthalt für alle o. g. Leistungen insgesamt.

Falls die Leistungen nicht in Einrichtungen erbracht werden können, die vertraglich an die Unisalute gebunden sind, wird das Unternehmen dem Versicherten die Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von € 100 pro Tag für maximal 15 Tage pro Krankenhausaufenthalt zurückerstatten.

Die Garantie wird geleistet, nachdem die folgende Dokumentation übermittelt wurde:

- Kopie der Bescheinigung des Instituts INPS und/oder des Gesundheitsdienstes ASL, in der die bleibende Invalidität des Kindes von über 45% dokumentiert ist; bei minderjährigen Kindern genügt die Bescheinigung des zuständigen Gesundheitsdienstes ASL, insofern diese vollständig ist.
- Ersatzerklärung zum Familienstand und/oder Ersatzerklärung über den Verwandtschaftsgrad, die mit dem Datum versehen und eigenhändig vom Versicherten unterzeichnet wurde und das elterliche Verhältnis zwischen dem Versicherten und der behinderten Person nachweist, für die die Pauschalentschädigung beantragt wird;
- Unterlagen, die den Krankenhausaufenthalt des Versicherten belegen.

15) Assistenzleistungen für pflegebedürftige Familienangehörige nach einem Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls des Versicherten von über 5 Tagen

Bei dieser Garantie ist mithilfe des Vertragsnetzwerks der UniSalute die häusliche Pflege mit Zusendung einer Pflegehilfskraft vorgesehen, die sich bei einem Krankenhausaufenthalt von über 5 Tagen um die täglichen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person kümmert. Diese Leistung wird für höchstens 15 Tage pro Krankenhausaufenthalt erbracht.

Der Versicherte muss sich mit der Organisationsstruktur in Verbindung setzen, die eine Pflegehilfskraft sucht und diese an seinen Wohnsitz sendet, wobei sie die entsprechenden Kosten für maximal 8 Stunden täglich für 15 Tage des Krankenhausaufenthalts übernimmt.

Als pflegebedürftig wird der Ehepartner des Versicherten anerkannt, dessen klinischer Zustand als stabil eingeschätzt wird, der dauerhaft körperlich unfähig ist, die grundlegenden Tätigkeiten des alltäglichen Lebens allein zu bewältigen:

- körperliche Pflege
- An- und Auskleiden
- Toilettengang und Toilettenbenutzung
- Bewegung
- Kontinenz
- Ernährung

und dauerhafte und ständige Pflege benötigt.

Die Garantie wird geleistet, wenn in der im Haushalt lebenden Familie keine volljährige Person lebt, die die Pflege des unselbstständigen Ehepartners übernehmen könnte und sich um dessen Bedürfnisse kümmern kann.

Die Garantie wird geleistet, nachdem die folgende Dokumentation übermittelt wurde:

- Ersatzerklärung über den Familienstand, die mit dem Datum versehen und eigenhändig vom Versicherten unterzeichnet wurde;
- ausgefülltes und unterzeichnetes Formular für die Inanspruchnahme der Garantie;
- die ärztliche Bescheinigung, in der die Pflegebedürftigkeit des Ehepartners beschrieben ist;
- Falls für den Ehepartner beim nationalen Gesundheitsdienst ein Antrag auf Anerkennung der Begleitungszulage für Invalide gestellt wurde, ist es zudem hilfreich, eine Kopie des entsprechenden Antrags, der beigefügten Unterlagen und den entsprechenden Entscheid einzureichen.
- Unterlagen, die den Krankenhausaufenthalt des Versicherten belegen.

16) Assistenz für das Haustier in einer Tierpension nach einem Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls des Versicherten von über 5 Tagen

Bei einem Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls des Versicherten von über 5 Tagen wird sich die Organisationsstruktur telefonisch mit dem Versicherten in Verbindung setzen und ihm die Informationen über Tierpensionen in der Stadt oder in der Provinz erteilen. Zudem wird sie die angefallenen Kosten für die Obhut des Haustieres in der gewählten Einrichtung bis zu einem Höchstbetrag von € 100,00 pro Krankenhausaufenthalt übernehmen.

Die Garantie wird geleistet, nachdem die folgende Dokumentation übermittelt wurde:

- Dokument, das den Besitzer des Haustiers nachweist;
- Unterlagen, die den Krankenhausaufenthalt des Versicherten belegen.

Im Ausland erbrachte Leistungen und Reiseassistenzleistungen

17) Krankentransport in ein ärztliches Fachzentrum.

Wenn der Versicherte nach einer ersten stationären Behandlung infolge eines Unfalls oder einer Krankheit nach Meinung der 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:

- mit der Bahn in der 1. Klasse und erforderlichenfalls mit Liegeplatz oder im Schlafwagen;
- mit dem Krankenwagen ohne Kilometerbegrenzung;
- mit einem Linienflug, auch mit Krankentrage;
- 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.

18) Entsendung von dringend benötigten Arzneimitteln ins Ausland

Benötigt der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit im Ausland spezielle Arzneimittel für die betreffenden Behandlungen (insofern sie in Italien zugelassen sind), die nicht vor Ort beschafft werden können, sorgt die Organisationsstruktur für deren Entsendung mit dem schnellsten Mittel, wobei die örtlichen Bestimmungen über den Arzneimitteltransport berücksichtigt werden, und übernimmt die entsprechenden Kosten.

Die Kosten für den Kauf der Arzneimittel trägt der Versicherte.

19) Vorzeitige Rückkehr

Die Organisationsstruktur sorgt dafür, die vorzeitige Rückkehr des Versicherten in seine Wohnung zu organisieren, wenn sich der Ehe- oder Lebenspartner, das Kind, der Bruder, die Schwester, die Eltern, die Schwiegereltern oder die Schwiegerkinder des Versicherten in Lebensgefahr befinden. Die Kosten des Flugtickets (Touristenklasse) und der Bahnfahrkarte (erste Klasse) übernimmt das Unternehmen.

20) Reise eines Familienangehörigen bei einem Krankenhausaufenthalt

Bei einem Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Ausland, der länger als 10 Tage andauert, stellt die Organisationsstruktur auf Kosten des Unternehmens 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 eingelieferten Versicherten zu erreichen. Diese Leistung wird nur dann erbracht, wenn sich kein anderes volljähriges Familienmitglied bereits vor Ort aufhält.

21) 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.

22) 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 € pro Schadensereignis und pro Versicherungsjahr.

23) Rückkehr minderjähriger Kinder

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

24) Rückkehr nach einem Krankenhausaufenthalt

Damit der Versicherte infolge eines Krankenhausaufenthalts im Ausland zu seinem Wohnsitz zurückkehren kann, organisiert das Unternehmen 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. Die Kosten für den Fahrschein oder das Flugticket übernimmt das Unternehmen.

25) Transport des Leichnams

Verstirbt der Versicherte im Ausland, 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 - Vergünstigte Tarife

Das Unternehmen bietet dem Versicherten die Möglichkeit, ermäßigte Tarife für **fachärztliche** und **diagnostische Untersuchungen** zu nutzen, die in Einrichtungen durchgeführt werden, die als Vertragspartner zum Gesundheitsnetz von SiSalute gehören.

Bei der Auswahl:

- PERSON: Der Dienst wird für alle Versicherten geleistet, die bei Vertragsunterzeichnung angegeben wurden.
- FAMILIE: Der Dienst wird für den Versicherungsnehmer und eine Person seiner Wahl geleistet, die zu der im Haushalt lebenden Familie gehört, wie im Vertrag angegeben.

Der Dienst mit ermäßigten Tarifen ist wirksam, wenn die Versicherungssummen für die in der Police angegebenen Garantien erschöpft sind wie auch bei nicht ausdrücklich in der Police vorgesehenen oder ausgeschlossenen Leistungen. Die Kosten für diese Leistungen gehen vollständig zulasten des Versicherten.

Um diesen Dienst über die Internetseite www.si-salute.it in Anspruch nehmen zu können, wird SiSalute die nötigen Informationen an die mitgeteilte E-Mail-Adresse senden.

Für die Assistenz und Unterstützung können die Mitarbeiter von SiSalute von Montag bis Freitag von 8.30 Uhr bis 19.30 Uhr (außer an Sonn- und Feiertagen) unter der Rufnummer 051 3542003 kontaktiert werden.

Was NICHT versichert ist

Art. 5.3 - Ausschlüsse

In Bezug auf Art. 5.1 Grundgarantie: Der Versicherungsschutz gilt nicht in folgenden Fällen:

- a) bei Kriegshandlungen, Aufständen, Unruhen, 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 Exposition gegenüber Ionenstrahlung;
- d) bei vorsätzlichem Handeln des Versicherten.

In Bezug auf Art. 5.2 (vergünstigte Tarife) wird der Dienst nicht erbracht für Krankenhausaufenthalte, chirurgische Eingriffe, einschließlich ambulanter Operationen, zahnmedizinische Untersuchungen und Leistungen und physiotherapeutische Behandlungen.

Wie versichert wird

Art. 5.4 - Örtlicher Geltungsbereich

Der örtliche Geltungsbereich der Versicherung hängt von den erbrachten Leistungen ab, wie in Art. 5.1 angegeben. Grundgarantie.

Der Dienst gemäß Art. 5.2 „Vergünstigte Tarife“ gilt in Italien.

ÜBERBLICK ÜBER DIE ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN/-UNTERGRENZEN UND SELBSTBEHALTE/UNGEDECKTE BETRÄGE

| ABSCHNITT ASSISTENZ | | |
|---|---|---|
| Grundgarantie | Grenzen und Untergrenzen der Entschädigung | Selbstbehalte und/oder ungedeckte Beträge |
| Rücktransport mit einem Krankenwagen | 300 km und € 300 pro Schadensfall und Versicherten | |
| Entsendung von Krankenpflegepersonal zum Wohnsitz | 1 Stunde täglich für 7 Tage | |
| Entsendung eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz | 1 Stunde täglich für 7 Tage | |
| Beratung durch einen Psychologen oder Psychotherapeuten bei einem Verkehrsunfall mit Todesfolge | für höchstens 6 Monate | |
| Psychologischer/psychotherapeutischer Beistand bei einem Verkehrsunfall mit „schwerem Schaden“ des Versicherten | für höchstens 12 Monate | |
| Entsendung eines Babysitters | maximal 6 Stunden pro Woche für höchstens 14 Tage | |
| 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 | |
| Assistenzleistungen für behinderte Kinder nach einem Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls des Versicherten von über 5 Tagen | €100 pro Tag (auch in Form der Kostenerstattung) für maximal 15 Tage Krankenhausaufenthalt, wenn der Invaliditätsgrad des Kindes bei > 45% liegt. | |
| Assistenzleistungen für pflegebedürftige Familienangehörige nach einem Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls des Versicherten von über 5 Tagen | 8 Stunden pro Tag für maximal 15 Tage Krankenhausaufenthalt | |
| Assistenz für das Haustier in einer Tierpension nach einem Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls des Versicherten von über 5 Tagen | höchstens € 100 pro Krankenhausaufenthalt | |
| Reise eines Familienangehörigen bei einem Krankenhausaufenthalt | - | Wenn die Dauer des Krankenhausaufenthalts 10 Tage übersteigt. |
| Zur Verfügung gestellter Dolmetscher im Ausland | Höchstbetrag von € 500 pro Schadensfall und pro Versicherungsjahr | - |
| Verlängerung des Aufenthalts | Höchstbetrag von € 500 pro Schadensfall und pro Versicherungsjahr | - |
| Rückkehr minderjähriger Kinder | Höchstbetrag von € 500 pro Schadensfall und pro Versicherungsjahr | Wenn die minderjährigen Kinder unter 15 Jahre alt sind. |
| Transport des Leichnams | Höchstbetrag von € 2.000 pro Schadensfall und pro Versicherungsjahr | - |

Art. 6.1 – Schadensmeldung und Pflichten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten

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.

Die Schadensmeldung, die vom Versicherten oder im Fall der Unmöglichkeit wegen der nach sich gezogenen Konsequenzen von seinen Anspruchsberechtigten unterzeichnet wurde, müssen der Ort, der Tag und die Uhrzeit des Unfalls sowie eine eingehende Beschreibung des Unfallhergangs angegeben sein. Der Schadensmeldung muss zudem eine ärztliche Bescheinigung beigelegt werden.

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“**²²

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 Unfalltages.
Falls der Versicherte keine ärztlichen Folgebescheinigungen zugesendet hat, erfolgt die Auszahlung der Entschädigung, wobei als Heilungsdatum der Tag berücksichtigt wird, der 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:** Dem Unternehmen muss der Antrag auf Entschädigung vorgelegt werden, dem die Nachweisdokumente beigelegt sind und in dem die Ursache und die Dauer des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Tagesklinik dokumentiert sind.
- **Entschädigung für die Immobilisierung bei einer Fraktur:** Dem Unternehmen muss der Antrag auf Entschädigung vorgelegt werden, dem die Unterlagen als Nachweis der Ursache und Dauer der Immobilisierung/Ruhigstellung beigelegt sind.

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

Bei Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an UniSalute gebunden sind, ist die Einsatzzentrale von UniSalute zu kontaktieren und die angeforderte Leistungen anzugeben. Die Einsatzzentrale ist in Italien unter der kostenlosen Rufnummer 800 009691 und im Ausland unter der Rufnummer +39 0514185691 zu folgenden Zeiten erreichbar: Montag bis Freitag (außer an Sonn- und Feiertagen) von 8.30 Uhr bis 19.30 Uhr.

22 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“ erworben haben, sind Sie zudem verpflichtet, die Dokumentation einzureichen, die die aufgewandten Ausgaben belegt, um die Entschädigung zu erhalten.

Die Einsatzzentrale wird 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 Einsatzzentrale vorab zu kontaktieren, werden die Kosten gemäß den Bestimmungen in Art. 6.10.1 "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind" vom Unternehmen erstattet.

Nimmt der Versicherte Leistungen einer vertraglich an die UniSalute gebundenen Gesundheitseinrichtung in Anspruch, ohne zuvor die Einsatzzentrale kontaktiert zu haben und demzufolge die vereinbarten Tarife nicht angewendet werden können, erfolgt die Rückerstattung der getragenen Kosten mit den Modalitäten in Art. 6.10.2 "Leistungen in Gesundheitseinrichtungen oder bei Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind" und in Art. 2.4.2 "Rückerstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall", 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 RECHTSSCHUTZ muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte:

- jeden Schadensfall zum Zeitpunkt des Eintretens und/oder sobald er davon Kenntnis bei der Agentur, die für die Police zuständig ist, oder beim Unternehmen oder beim Versicherer ARAG anzeigen;
- alle an ihn gerichteten gerichtlichen Schriftstücke an die Direktion des Unternehmens oder an ARAG weiterleiten.

In Bezug auf den Abschnitt „Assistenz“ für die Leistungen gemäß Art. 5.1 (Grundgarantie) muss der Versicherte:

unverzüglich die rund um die Uhr besetzte Organisationsstruktur der UniSalute 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 Versicherungspolice;
- 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 das Recht 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 Versicherungspolice angegeben.

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

- in vollständiger Höhe, wenn der Unfall eine Folge der in der Versicherungspolice 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 ist als in der Versicherungspolice angegeben und zu einer höheren Risikoklasse als die angegebene Berufstätigkeit gehört.

| | In der Versicherungspolice angegebene berufliche Tätigkeit | | |
|--|--|-------------------|-------------------|
| Berufliche Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt | Klasse A | Klasse B | Klasse C |
| Klasse A | Keine Reduzierung | Keine Reduzierung | Keine Reduzierung |
| Klasse B | -30% | Keine Reduzierung | Keine Reduzierung |
| Klasse C | -50% | -30% | 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 in der „Tabelle“ angegebenen Berufstätigkeiten bewertet. Dieses Kriterium gilt nicht für die Tätigkeiten, die in der Tabelle der MIT SONDERKLAUSEL VERSICHERBAREN BERUFLICHEN TÄTIGKEITEN angegeben sind, die immer ausgeschlossen bleiben, insofern keine anderweitige Vereinbarung in der Police angegeben ist.

Art. 6.3 – Auszahlung der Garantie für den Todesfall

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

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

Art. 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, wie von der zuständigen Krankenhausbehörde bescheinigt.

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

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

- Dem Versicherten steht die eventuelle Differenz zu zwischen der 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 als jener, die bereits für den Todesfall gezahlt worden ist, führt. Andernfalls verzichtet das Unternehmen auf Rückerstattung der bereits gezahlten Summen.
- **Der Versicherte verzichtet auf jegliche Eintreibung und/oder Regressansprüche gegenüber dem Versicherungsunternehmen, wobei diesbezüglich nur die tatsächlichen Empfänger der Versicherungssummen als passiv legitimiert berücksichtigt werden.**

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 worden sind, 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 Invalidität²³

Die Bewertung der bleibenden Invalidität infolge eines Unfalls erfolgt anhand der Prozentsätze in der nachstehenden BEWERTUNGSTABELLE und nach folgenden Kriterien:

- Führt die Verletzung zu einer Beeinträchtigung und nicht zum vollständigen anatomischen oder funktionalen Verlust, werden die in der Tabelle angegebenen Prozentsätze im Verhältnis zur verlorenen Funktion gekürzt.
- In Fällen, die nicht genauer in der Tabelle angegeben sind, wird die Entschädigung mit Bezug auf die Prozentsätze der angegebenen Fälle festgelegt, wobei die verminderte Arbeitsfähigkeit allgemein unabhängig vom Beruf des Versicherten berücksichtigt wird.
- Bei einem teilweisen oder vollständigen anatomischen oder funktionalen Verlust mehrerer Organe oder Gliedmaßen 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 der Gelenke einer einzelnen Gliedmaße führt, wird die Bewertung nach dem Kriterium der rechnerischen Summe durchgeführt, **bis maximal der Wert erreicht ist, der dem anatomischen Gesamtverlust der betreffenden Gliedmaße entspricht.**
- 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.

23 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 | Festgestellter Invaliditätsgrad in % |
|---|--------------------------------------|
| Anatomischer Funktionsverlust folgender Bereiche: | |
| 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 Wertes für den Finger |
| Versteifung des Schultergelenks mit dem Arm in einer günstiger Position und Unbeweglichkeit des Schulterblatts | 25% |
| Versteifung des Ellbogens in einer Winkelstellung zwischen 120° und 70°, ohne Einschränkung der Pronosupination | 20% |
| Versteifung des Handgelenks bei geradliniger Extension, ohne Einschränkung der Pronosupination | 10% |
| vollständige Lähmung des Nervus ulnaris (Ellennerv) | 20% |
| Anatomischer oder funktionaler Verlust einer unteren Gliedmaße: | |
| oberhalb der Oberschenkelmitte | 70% |
| unterhalb der Oberschenkelmitte, aber oberhalb des Knies | 60% |
| unterhalb des Knies, aber oberhalb des mittleren Drittels des Beins | 50% |
| Ein Fuß | 40% |
| Beide Füße | 100% |
| Eine große Zehe | 5% |
| Eine andere Zehe des Fußes | 1% |
| Ein Glied der großen Zehe | 2,5% |
| Versteifung der Hüfte in günstiger Position | 35% |
| Versteifung des Knie in Extension | 25% |
| Zustand nach Verletzung des seitlichen Meniskus, unabhängig von der anwendbaren Behandlung | 3% |
| Folgen einer Verletzung des medialen Meniskus, unabhängig von der anwendbaren Behandlung | 2% |
| Instabilität des Knies durch vollständige Läsion des vorderen Kreuzbandes | 9% |
| Rechtwinklige Versteifung des Sprunggelenks | 10% |
| Versteifung des Sprunggelenks mit subtalarer Ankylose | 15% |
| vollständige Lähmung des Ischiasnervs an der äußeren Kniekehle | 15% |
| 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 Kopf- und Halsbewegung. | 2% |
| Folgen einer Fraktur des Kreuzbeins | 3% |
| Folgen einer Fraktur des Steißbeins mit Deformation des Knochenkallus | 5% |
| Vollständiger anatomischer oder funktionaler Verlust folgender Bereiche: | |
| ein Auge | 25% |
| beide Augen | 100% |

| | |
|---|-----|
| Völlige Taubheit: | |
| auf einem Ohr | 10% |
| auf beiden Ohren | 40% |
| Absolute Nasenverengung (Stenose): | |
| einseitig | 4% |
| beidseitig | 10% |
| Anatomischer Verlust folgender Organe/Bereiche:: | |
| Eine Niere | 15% |
| der Milz ohne signifikante Beeinträchtigungen der Blutkrase | 8% |
| Verlust der Stimme | 30% |

Art. 6.4.1 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle

Die Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität infolge eines Unfalls werden nach den nachfolgend angegebenen Prozentsätzen festgelegt:

| INAIL-Tabelle Bleibende Invalidität Anhang 1 D.P.R. Nr. 1124 vom 30. Juni 1965 | Festgestellter Invaliditätsgrad in % | |
|--|---------------------------------------|------------|
| | Rechts | Links |
| Volltaubheit auf einem Ohr | 15% | |
| Volltaubheit beidseitig | 60% | |
| Komplettverlust des Sehvermögens eines Auges | 35% | |
| Anatomischer Verlust oder Atrophie des Augapfels ohne die Möglichkeit der Anwendung von Prothesen | 40% | |
| Andere Behinderungen des Sehvermögens | (siehe folgende Tabelle) | |
| Absolute einseitige Nasenverengung | 8% | |
| Absolute beidseitige Nasenverengung | 18% | |
| Verlust vieler Zähne, sodass die Kaufunktion stark beeinträchtigt ist a) mit der Möglichkeit der Anwendung wirksamer Prothesen b) ohne die Möglichkeit der Anwendung wirksamer Prothesen | 11% 30% | |
| Verlust einer Niere bei Erhalt der verbleibenden Niere | 25% | |
| Verlust der Milz ohne Veränderungen der Blutzusammensetzung | 15% | |
| Für den Verlust eines Hodens | (es wird keine Entschädigung gezahlt) | |
| Folgen eines gut verheilten Schlüsselbeinbruchs ohne Einschränkung der Armbewegungen | 5% | |
| Komplette Versteifung des Schultergelenks mit der Gliedmaße in günstiger Position bei gleichzeitig bestehender Unbeweglichkeit des Schulterblatts | 50% | 40% |
| Komplette Versteifung des Schultergelenks mit Gliedmaßen in günstiger Position mit normaler Beweglichkeit des Schulterblatts | 40% | 30% |
| Verlust des Arms: a) wegen Exartikulation des Schultergelenks b) wegen Amputation am oberen Drittel | 85% 80% | 75% 70% |
| Verlust des Arms am mittleren Drittel oder Gesamtverlust des Unterarms | 75% | 65% |
| Verlust des Arms am mittleren Drittel oder Gesamtverlust des Unterarms | 70% | 60% |
| Verlust aller Finger der Hand | 65% | 55% |
| Verlust des Daumens oder des ersten Mittelhandknochens | 35% | 30% |
| Totalverlust des Daumens | 28% | 23% |
| Totalverlust des Zeigefingers | 15% | 13% |
| Totalverlust des Mittelfingers | 12% | |
| Totalverlust des Ringfingers | 8% | |

| | | |
|--|-----|-----|
| Totalverlust des kleinen Fingers | 12% | |
| Verlust des Nagelglieds des Daumens | 15% | 12% |
| Verlust des Nagelglieds des Zeigefingers | 7% | 6% |
| Verlust des Nagelglieds des Mittelfingers | 5% | |
| Verlust des Nagelglieds des Ringfingers | 3% | |
| Verlust des Nagelglieds des kleinen Fingers | 5% | |
| Verlust der beiden letzten Glieder des Zeigefingers | 11% | 9% |
| Verlust der beiden letzten Glieder des Mittelfingers | 8% | |
| Verlust der beiden letzten Glieder des Ringfingers | 6% | |
| Verlust der beiden letzten Glieder des kleinen Fingers | 8% | |
| Totalversteifung des Ellbogengelenks mit Winkelstellung 110°-75° | | |
| a) in Halbpronation | 30% | 25% |
| b) in Pronation | 35% | 30% |
| c) in Supination | 45% | 40% |
| d) wenn die Versteifung Bewegungen in Pronosupination zulässt | 25% | 20% |
| Totalversteifung des Ellbogengelenks bei maximaler oder fast maximaler Flexion | 55% | 50% |
| Totalversteifung des Ellbogengelenks mit Winkelstellung 110° - 75° | | |
| a) in Halbpronation | 40% | 35% |
| b) in Pronation | 45% | 40% |
| c) in Supination | 55% | 50% |
| d) wenn die Versteifung Bewegungen in Pronosupination zulässt | 35% | 30% |
| Komplettversteifung des Handgelenks bei geradliniger Extension | 18% | 15% |
| Wenn gleichzeitig die Bewegungen der Pronosupination entfallen | | |
| a) in Halbpronation | 22% | 18% |
| b) in Pronation | 25% | 22% |
| c) in Supination | 35% | 30% |
| Komplettversteifung des Hüftgelenks in Extension und in günstiger Position | 45% | |
| Totalverlust eines Oberschenkels aufgrund eine Exartikulation des Hüftgelenks oder hoher Amputation, die die Anwendung einer Prothese unmöglich macht | 80% | |
| Verlust eines Oberschenkels in einem beliebigen anderen Punkt | 70% | |
| Totalverlust eines Beins oder dessen Amputation am oberen Drittel, wenn die Anwendung einer Gelenkprothese nicht möglich ist | 65% | |
| Totalverlust eines Beins am oberen Drittel, wenn die Anwendung einer Gelenkprothese möglich ist | 55% | |
| Verlust eines Beins am oberen Drittel oder eines Fußes | 50% | |
| Verlust des Vorderfußes auf der Fußwurzel-Mittelfußlinie | 30% | |
| Verlust der großen Zehe und des dazugehörigen Mittelfußes | 16% | |
| Totalverlust nur der großen Zehe | 7% | |
| Für den Verlust jeder anderen Zehe eines Fußes wird keine Entschädigung gezahlt, jedoch wird beim bei Verlust von mehreren Zehen jede andere verlorene Zehe bewertet mit | 3% | |
| Komplette geradlinige Versteifung des Kniegelenks | 35% | |
| Rechtwinklige Versteifung des Sprunggelenks | 20% | |
| Einfache Verkürzung einer unteren Gliedmaße, die drei cm überschreitet, aber fünf cm nicht überschreitet | 11% | |

Hinweis: Bei festgestellter Linkshändigkeit gelten die für die obere rechte Gliedmaße festgesetzten Prozentsätze der bleibenden Invalidität für die linke Gliedmaße und umgekehrt.

| Verlorene Sehstärke | Verbleibende Sehstärke | Festgestellter Grad (%) der bleibenden Invalidität für das Auge mit geringerer Sehschärfe (schlechteres Auge) | Festgestellter Grad (%) der bleibenden Invalidität für das Auge mit höherer Sehschärfe (besseres Auge) |
|---------------------|------------------------|---|--|
| 1/10 | 9/10 | 1% | 2% |
| 2/10 | 8/10 | 3% | 6% |
| 3/10 | 7/10 | 6% | 12% |
| 4/10 | 6/10 | 10% | 19% |
| 5/10 | 5/10 | 14% | 26% |
| 6/10 | 4/10 | 18% | 34% |
| 7/10 | 3/10 | 23% | 42% |
| 8/10 | 2/10 | 27% | 50% |
| 9/10 | 1/10 | 31% | 58% |
| 10/10 | 0 | 35% | 65% |

Bei Behinderung an beiden Augen werden die für jedes Auge vorgenommenen Bewertungen zusammengerechnet. Die Bewertung ist auf die Sehschärfe bezogen, die sich nach optischer Korrektur ergibt, insofern diese Korrektur toleriert wird. Anderenfalls ist die Bewertung auf die natürliche Sehstärke bezogen.

In den Fällen, in denen die Bewertung auf die mit Korrektur erreichte Sehschärfe bezogen ist, wird der Grad der bleibenden Invalidität, der nach den vorstehenden Normen berechnet wird, variabel von zwei bis zehn Punkten in Abhängigkeit vom Ausmaß des Brechungsfehlers erhöht.

Der Verlust von fünf Zehntel der Sehstärke an einem Auge, wenn das zweite Auge über eine normale Sehstärke verfügt, wird mit 16 % bewertet, wenn es sich um einen landwirtschaftlichen Unfall handelt.

Bei beidseitiger Aphakie (fehlende Augenlinse):

| | |
|--|-----|
| mit korrigierter Sehleistung von 10/10, 9/10, 8/10 | 15% |
| mit korrigierter Sehleistung von 7/10 | 18% |
| mit korrigierter Sehleistung von 6/10 | 21% |
| mit korrigierter Sehleistung von 5/10 | 24% |
| mit korrigierter Sehleistung von 4/10 | 28% |
| mit korrigierter Sehleistung von 3/10 | 32% |
| mit korrigierter Sehleistung von weniger als 3/10 | 35% |

Da die optische Korrektur im Fall der beidseitigen Aphakie (fehlende Augenlinse) praktisch gleich ist und somit toleriert wird, findet die Bewertungstabelle der Beeinträchtigungen der Sehschärfe Anwendung, wobei 15 % für die optische Korrektur und das Fehlen des Ausgleichsvermögens hinzugefügt werden.

Art. 6.5 - Kriterien zur Beurteilung von subkutanen Sehnenrupturen

Die Bewertung der bleibenden Invalidität durch einen Unfall bei subkutanen Sehnenrupturen erfolgt - begrenzt auf die nachfolgend angegebenen Fälle - nach den Prozentsätzen, die in der nachstehenden Tabelle angegeben sind:

| Sehne | Festgestellter Invaliditätsgrad in % Bei einer subkutanen Ruptur |
|---|---|
| Subkutane Ruptur einer Bizepssehne am Oberarm | 5% |
| Subkutane Ruptur der Sehne des Oberschenkels | 5% |
| Subkutane Ruptur der Patellasehne | 5% |
| Subkutane Ruptur der Achillessehne | 4% |
| Subkutane Ruptur der Rotatorenmanschette (Verletzung einer oder mehrerer Sehnen des Muskel-Sehnen-Komplexes der Schulter) | 3% |

Bei anderen subkutanen Sehnenrupturen als jenen, die in der Tabelle angegeben sind, wird ein Invaliditätsgrad bis zu 3% anerkannt.

Die o. g. Prozentsätze finden auch Anwendung, wenn die INAIL-Tabelle gemäß Art. 2.5.1 (Anwendung der INAIL-Tabelle) ausgewählt wurde.

Art. 6.6 - Kriterien zur Beurteilung der durch Kraftanstrengung verursachten Bauchhernien

Die Bewertung der bleibenden Invalidität durch einen Unfall bei durch Kraftanstrengung verursachten Bauchhernien erfolgt nach den Prozentsätzen, die in der nachstehenden Tabelle angegeben sind:

| | Grad % der bleibenden Invalidität im Falle einer durch Kraftanstrengung verursachten Bauchhernie |
|--|--|
| Durch Kraftanstrengung verursachte Bauchhernie | 2% |

Die o. g. Prozentsätze finden auch Anwendung, wenn die INAIL-Tabelle gemäß Art. 2.5.1 (Anwendung der INAIL-Tabelle) ausgewählt wurde.

Art. 6.7 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität

Die Entschädigung für die bleibende Invalidität durch einen Unfall wird anhand der nachstehenden Entschädigungstabellen und je nach Wahl des Versicherungsnehmers, die in der Versicherungspolice angegeben ist, ausbezahlt. Dabei wird auf die Versicherungssumme für die bleibende Invalidität der auszuzahlende Prozentsatz angewandt wird, der dem Grad der bleibenden Invalidität entspricht, der nach den in den Kriterien festgestellt wurde, die in folgenden Artikel angegeben sind: Art. 6.4 - Kriterien für die Bewertung der bleibenden Invalidität oder Art. 6.4.1 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle, falls wirksam.

Art. 6.7.1 Entschädigungstabelle SUPER

Wird eine bleibende Invalidität **von oder weniger** als 15% festgestellt, wird die Entschädigung wie folgt ausbezahlt:

| | Bleibende Invalidität „CLASSIC“ | ÄNDERUNG DES SELBSTBEHALTS bei der bleibenden Invalidität CLASSIC | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|----------------|----------------|---|---|----------------|---|------------------------------------|
| | | A) Selbstbehalt von 5% | B) Selbstbehalt von 3% | C) Gestaffelter Selbstbehalt 0% bis 10% | | | | D) Gestaffelter Selbstbehalt 3% bis 10% | | | E) Selbstbehalt UnipolSai Plus |
| | | Auf die gesamte Versicherungssumme | Auf die gesamte Versicherungssumme | 0 bis 100.000 | 3% bis 200.000 | 5% bis 400.000 | 10% über 400.000 | 3% bis 200.000 | 5% bis 400.000 | 10% über 400.000 | Auf die gesamte Versicherungssumme |
| Festgestellter Invaliditätsgrad in % | Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz | Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz | Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz | | | | Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz | | | Auf die Versicherungssumme auszuzahlender Prozentsatz | |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,3 | |
| 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,6 | |
| 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 4 | 0 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1,5 | |
| 5 | 0 | 2 | 5 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | |
| 6 | 1 | 3 | 6 | 3 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 3 | |
| 7 | 2 | 4 | 7 | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 | 4 | |
| 8 | 3 | 5 | 8 | 5 | 3 | 0 | 5 | 3 | 0 | 5 | |
| 9 | 4 | 6 | 9 | 6 | 4 | 0 | 6 | 4 | 0 | 6 | |
| 10 | 5 | 7 | 10 | 7 | 5 | 0 | 7 | 5 | 0 | 7 | |
| 11 | 6 | 8 | 11 | 8 | 6 | 1 | 8 | 6 | 1 | 8 | |
| 12 | 7 | 9 | 12 | 9 | 7 | 2 | 9 | 7 | 2 | 9 | |
| 13 | 8 | 10 | 13 | 10 | 8 | 3 | 10 | 8 | 3 | 10 | |
| 14 | 9 | 11 | 14 | 11 | 9 | 4 | 11 | 9 | 4 | 11 | |
| 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | |

Wird eine bleibende Invalidität von **über 15%** festgestellt, wird die Entschädigung wie folgt ausgezahlt:

| Festgestellter Invaliditätsgrad in % | Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz |
|--------------------------------------|---|
| 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. 6.7.2 - Entschädigungstabelle „TOP TARGET“

| Bleibende Invalidität TOP TARGET | |
|--------------------------------------|--|
| Festgestellter Invaliditätsgrad in % | Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz |
| 1 bis 30 | 0 |
| 31 bis 100 | 100 |

Art. 6.7.3 Entschädigungstabelle „SMART“

Wird eine bleibende Invalidität von oder **unter** 20%, festgestellt, wird die Entschädigung wie folgt ausgezahlt:

| | Bleibende Invalidität „CLASSIC“ | ÄNDERUNG DES SELBSTBEHALTS bei der bleibenden Invalidität CLASSIC | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|----------------|----------------|---|---|----------------|---|------------------------------------|
| | | A) Selbstbehalt von 5% | B) Selbstbehalt von 3% | C) Gestaffelter Selbstbehalt 0% bis 10% | | | | D) Gestaffelter Selbstbehalt 3% bis 10% | | | E) Selbstbehalt UnipolSai Plus |
| | | Auf die gesamte Versicherungssumme | Auf die gesamte Versicherungssumme | 0 bis 100.000 | 3% bis 200.000 | 5% bis 400.000 | 10% über | 3% bis 200.000 | 5% bis 400.000 | 10% über 400.000 | Auf die gesamte Versicherungssumme |
| Festgestellter Invaliditätsgrad in % | Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz | Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz | Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz | | | | Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz | | | Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz | |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,3 | |
| 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,6 | |
| 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 4 | 0 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1,5 | |
| 5 | 0 | 2 | 5 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | |
| 6 | 1 | 3 | 6 | 3 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 3 | |
| 7 | 2 | 4 | 7 | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 | 4 | |
| 8 | 3 | 5 | 8 | 5 | 3 | 0 | 5 | 3 | 0 | 5 | |
| 9 | 4 | 6 | 9 | 6 | 4 | 0 | 6 | 4 | 0 | 6 | |
| 10 | 5 | 7 | 10 | 7 | 5 | 0 | 7 | 5 | 0 | 7 | |
| 11 | 6 | 8 | 11 | 8 | 6 | 1 | 8 | 6 | 1 | 8 | |
| 12 | 7 | 9 | 12 | 9 | 7 | 2 | 9 | 7 | 2 | 9 | |
| 13 | 8 | 10 | 13 | 10 | 8 | 3 | 10 | 8 | 3 | 10 | |
| 14 | 9 | 11 | 14 | 11 | 9 | 4 | 11 | 9 | 4 | 11 | |
| 15 | 10 | 12 | 15 | 12 | 10 | 5 | 12 | 10 | 5 | 12 | |
| 16 | 11 | 13 | 16 | 13 | 11 | 6 | 13 | 11 | 6 | 13 | |
| 17 | 12 | 14 | 17 | 14 | 12 | 7 | 14 | 12 | 7 | 14 | |
| 18 | 13 | 15 | 18 | 15 | 13 | 8 | 15 | 13 | 8 | 15 | |
| 19 | 14 | 16 | 19 | 16 | 14 | 9 | 16 | 14 | 9 | 16 | |
| 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | |

Wird eine bleibende Invalidität von über 20% festgestellt, wird die Entschädigung wie folgt ausgezahlt:

| Festgestellter Invaliditätsgrad in % | Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz |
|--------------------------------------|---|
| 21 | 21 |
| 22 | 22 |
| 23 | 23 |
| 24 | 24 |
| 25 | 25 |
| 26 | 26 |
| 27 | 27 |
| 28 | 28 |
| 29 | 29 |
| 30 | 30 |
| 31 | 31 |
| 32 | 32 |
| 33 | 33 |
| 34 | 34 |
| 35 | 35 |
| 36 | 36 |
| 37 | 37 |
| 38 | 38 |
| 39 | 39 |
| 40 | 40 |
| 41 | 41 |
| 42 | 42 |
| 43 | 43 |
| 44 | 44 |
| 45 | 45 |
| 46 | 46 |
| 47 | 47 |
| 48 | 48 |
| 49 | 49 |
| 50 bis 100 | 100 |

Art. 6.7.4 Entschädigungstabelle für EXTREMSPORT, MOTORSPORT/MOTORBOOTSORT und FLUGSPORT

| Festgestellter Invaliditätsgrad in % | Auf die Versicherungssumme auszahlender Prozentsatz | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| | EXTREMSPORTARTEN | MOTORSPORT/MOTORSPORT FLUGSPORT |
| 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 | 1 |
| 12 | 7 | 2 |
| 13 | 8 | 3 |
| 14 | 9 | 4 |
| 15 | 10 | 5 |
| 16 | 11 | 6 |
| 17 | 12 | 7 |
| 18 | 13 | 8 |
| 19 | 14 | 9 |
| 20 | 20 | 20 |
| 21 | 21 | 21 |
| 22 | 22 | 22 |
| 23 | 23 | 23 |
| 24 | 24 | 24 |
| 25 | 25 | 25 |
| 26 | 26 | 26 |
| 27 | 27 | 27 |
| 28 | 28 | 28 |
| 29 | 29 | 29 |
| 30 | 30 | 30 |
| 31 | 31 | 31 |
| 32 | 32 | 32 |
| 33 | 33 | 33 |
| 34 | 34 | 34 |
| 35 | 35 | 35 |
| 36 | 36 | 36 |
| 37 | 37 | 37 |
| 38 | 38 | 38 |
| 39 | 39 | 39 |
| 40 | 40 | 40 |
| 41 | 41 | 41 |
| 42 | 42 | 42 |
| 43 | 43 | 43 |
| 44 | 44 | 44 |
| 45 | 45 | 45 |
| 46 | 46 | 46 |
| 47 | 47 | 47 |
| 48 | 48 | 48 |
| 49 | 49 | 49 |
| 50 bis 100 | 100 | 100 |

Art. 6.8 - Körperliche Beeinträchtigungen und zuvor bestehende Erkrankungen

Das Unternehmen zahlt die Entschädigung für die direkten, ausschließlichen und objektiv feststellbaren Folgen des Unfalls, die nicht mit körperlichen Beeinträchtigungen und zuvor bestehenden Erkrankungen zusammenhängen. Daher sind der Einfluss, 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. 6.9 - Naturkatastrophen

Nur, wenn in der Versicherungspolice 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 Art. 6.4.1 (Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle) der Bestimmungen über die Regulierung von Schadensfällen festgestellt wurde, mit den nachfolgend beschriebenen Modalitäten ausgezahlt:

| Festgestellter Invaliditätsgrad in % | Auszuzahlender Prozentsatz auf 50% der Versicherungssumme |
|--------------------------------------|---|
| 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. 6.10 - Entschädigungskriterien der Garantie "Rückerstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall"

Art. 6.10.1 – Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind.

Der Versicherte muss der Vertragsstruktur bei der Durchführung der Leistung ein Ausweisdokument sowie die Verordnung 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. 6.10.2 (Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind) und in Art. 2.4.2 (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 2.4.2 „Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall, Punkt 1) „Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind“.

Art. 6.10.2 – 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:

- das ordnungsgemäß und in all seinen Teilen ausgefüllte und unterzeichnete Formular für die Schadensmeldung
- Bei einer stationären Behandlung muss die mit dem Original übereinstimmende Kopie des Entlassungsbriefs übermittelt werden: Wenn der Inhalt des Entlassungsbriefs 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.

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 2.4.2 - Erstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall, Punkt 2) Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die keine Vertragspartner der UniSalute sind, abzüglich der Summe, die von Dritten bereits zurückerstattet wurde.

Art. 6.10.3 - Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes

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 6.10.1 (Leistungen in Gesundheitseinrichtungen, die vertraglich an die UniSalute gebunden sind) oder Art. 6.10.2 (Leistungen von Gesundheitseinrichtungen oder Ärzten, die keine Vertragspartner der UniSalute sind).

Art. 6.11 - Entschädigungskriterien der Garantie „Entschädigung nach 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 der Artikel 2.4.3 (Entschädigung bei einem Unfall), 2.4.4 (Entschädigung für die stationäre Behandlung und Genesungszeit), 2.4.5 (Entschädigung für die Immobilisierung bei einer Fraktur) und Art. 2.4.6 (Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall) gelten die darin genannten Bestimmungen.

Art. 6.12 - Entschädigungsvorschuss

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

A) Für 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 Zeitpunkt, in dem das Vorliegen der Bedingungen geprüft werden konnte, die das Recht auf einen Vorschuss begründen. Unbeschadet davon bleibt das Recht des Unternehmens auf Rückerstattung, wenn Umstände eintreten, die zu einer auch nur teilweisen Unwirksamkeit der Versicherungsgarantie führen.

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

BESTIMMUNGEN ZUM ABSCHNITT „KRANKHEIT“

Art. 6.13 - Entschädigungskriterien der Garantie in Bezug auf die 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 der Artikel 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 „RECHTSSCHUTZ“

Art. 6.14 - Modalitäten zur Beantragung von Rechtsschutzleistungen

Mit der Abwicklung der Schadensereignisse im Bereich Rechtsschutz wurde die Gesellschaft ARAG beauftragt, an die sich der Versicherte direkt wenden kann.

Wichtigste Kontaktdaten:

- Telefonzentrale: 045.8290411
- Fax für die Zusendung neuer Schadensmeldungen: 045.8290557
- E-Mail für die Zusendung neuer Schadensmeldungen: denunce@ARAG.it
- Fax für die Zusendung der Folgeunterlagen zur Abwicklung des Versicherungsfalls: 045.8290449.

Die Versicherungsgesellschaft kann auch ein anderes Unternehmen mit der Abwicklung der Versicherungsfälle in Bezug auf den Rechtsschutz betrauen, wobei dies dem Versicherungsnehmer rechtzeitig mitgeteilt werden muss und sich die garantierten Leistungen dadurch nicht ändern dürfen.

Art. 6.15 - Freie Wahl des Rechtsbeistands

Der Versicherte hat das Recht, den Anwalt zur Verteidigung seiner Interessen frei zu wählen, vorausgesetzt, dass der Rechtsanwalt niedergelassen ist:

- a) beim Gerichtsstand, an dem die für den Rechtsstreit zuständige Gerichtsbehörde ihren Sitz hat;
- b) beim Gerichtsstand, an dem der Wohnort oder der Rechtssitz des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten liegt.

Bei der Schadensmeldung muss der Gesellschaft oder ARAG der Name des Rechtsbeistands mitgeteilt werden.

Teilt der Versicherte dies nicht mit, so wird er von der Gesellschaft oder ARAG dazu aufgefordert, seinen Rechtsbeistand zu wählen.

Bei Vorliegen eines Interessenkonflikts mit der Gesellschaft oder ARAG hat der Versicherte auf jeden Fall das Recht, seinen Anwalt frei zu wählen.

Art. 6.16 - Bereitstellung der zur Erbringung der Versicherungsleistung notwendigen Beweismittel und Unterlagen

Will der Versicherte den Versicherungsschutz in Anspruch nehmen, ist er verpflichtet:

- die Gesellschaft oder ARAG unverzüglich, vollständig und wahrheitsgetreu über alle Umstände des Versicherungsfalles zu informieren sowie Beweismittel und Unterlagen anzugeben und auf Verlangen zur Verfügung zu stellen;
- dem mit der Wahrung seiner Interessen beauftragten Rechtsanwalt das Mandat zu erteilen sowie ihn vollständig und wahrheitsgetreu über alle Tatsachen zu unterrichten, ihm die Beweismittel anzugeben, alle möglichen Auskünfte zu erteilen und die notwendigen Unterlagen zu beschaffen.

Art. 6.17 - Abwicklung des Versicherungsfalles

Nach Eingang der Schadensmeldung wird sich ARAG über den vom Versicherten frei gewählten Anwalt oder den vom Versicherten selbst gewählten Anwalt um eine gütliche Beilegung des Streitfalles bemühen.

Gelingt der Versuch einer gütlichen Einigung nicht, wird die Angelegenheit an den gemäß Art. 6.15 (Freie Wahl des Rechtsbeistands) gewählten Rechtsanwalt weitergeleitet, wenn die Ansprüche des Versicherten Aussichten auf Erfolg haben und eine Verteidigung in einem Strafverfahren in jedem Fall erforderlich ist.

Der Versicherungsschutz wird auch für jede höhere zivil- und strafrechtliche Verfahrensinstanz gewährt, sofern die Rechtsmitteleinlegung Aussichten auf Erfolg hat.

Der Versicherte darf ohne die vorherige Zustimmung von ARAG keinen direkten gerichtlichen oder außergerichtlichen Vergleich mit der Gegenpartei abschließen, da ansonsten die angefallenen Kosten nicht übernommen werden.

Die etwaige Ernennung von Parteigutachtern und Sachverständigen wird mit ARAG vereinbart.

ARAG kann die Honorare der Sachverständigen direkt begleichen, nachdem der geschuldete Betrag festgelegt wurde.

Die Zahlung erfolgt in Ausführung des Versicherungsvertrags und ohne dass ARAG direkte Verpflichtungen gegenüber den Sachverständigen einget. Wenn der Versicherte den Sachverständigen direkt bezahlt, erstattet ARAG den vorgestreckten Betrag, nachdem die Belege als Nachweis der Zahlung eingegangen sind.

Die Zahlung der garantierten Kosten erfolgt innerhalb von 30 (dreißig) Tagen, nachdem die Angemessenheit des geforderten Betrags geprüft wurde.

Das Unternehmen und ARAG tragen keine Verantwortung für die Tätigkeit von Anwälten, technischen Gutachtern und Sachverständigen.

Bei Interessenkonflikten oder Unstimmigkeiten zwischen dem Versicherten und dem Unternehmen oder ARAG bezüglich der Abwicklung der Versicherungsfälle kann die Entscheidung - vorbehaltlich der Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten - an einen Schiedsrichter verwiesen werden, der nach Billigkeit entscheidet und einvernehmlich von den Parteien oder, insofern keine Einigung erzielt wird, vom Vorsitzenden des gemäß Zivilprozessordnung zuständigen Gerichts ernannt wird.

Jede der Parteien trägt die Hälfte der Kosten des Schlichtungsverfahrens, es sei denn, das Ergebnis fällt vollständig zugunsten des Versicherten aus.

Bei einem negativen Ausgang des Schlichtungsverfahrens kann der Versicherte gleichfalls eigenständig und auf eigene Kosten für die Verhandlung des Rechtsstreits sorgen, wobei er das Unternehmen oder ARAG darüber informieren muss. Die nicht von der Gegenpartei erstatteten Kosten können wieder verlangt werden, falls das erzielte Ergebnis günstiger ausgefallen ist als das vom Unternehmen oder ARAG dargelegte Ergebnis.

Art. 6.18 - Gleichzeitiges Bestehen einer Haftpflichtversicherung

Beim gleichzeitigen Bestehen einer Haftpflichtversicherung gegenüber Dritten wird die Garantie ergänzend dazu geleistet und nach Ausschöpfung dessen, was im Sinne von Art. 1917 ZGB durch die Haftpflichtversicherung für die Kosten zur Verteidigung und beim Unterliegen der Partei geschuldet wird.

Art. 6.19 – Beitreibung von Geldbeträgen

Dem Versicherten stehen vollständig die erhaltenen Schadensersatzleistungen zu sowie allgemein die von der Gegenpartei oder als Kapitalertrag oder Zinsen gezahlten Beträge.

ARAG hingegen stehen die von ihr getragenen oder vorgestreckten Honorare, Gebühren und Kosten zu, die aufgrund einer gerichtlichen Verfügung oder im Rahmen eines Vergleichs und/oder einer außergerichtlichen Einigung erstattet werden.

BESTIMMUNGEN ZUM ABSCHNITT „ASSISTENZ“

Art. 6.20 - 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, das Assistenzunternehmen und/oder die Organisationsstruktur zu wechseln, ohne dass dies eine Änderung der garantierten Leistungen mit sich bringt. In einem solchen Fall wird dies dem Versicherungsnehmer rechtzeitig mitgeteilt.

Art. 6.21 - Modalitäten für die Inanspruchnahme des Dienstes mit vergünstigten Tarifen

Um den Dienst in Anspruch zu nehmen, muss der Versicherte die Internetseite www.si-salute.it aufrufen oder die Mitarbeiter von SiSalute von Montag bis Freitag von 8.30 Uhr bis 19.30 Uhr (außer an Sonn- und Feiertagen) unter der Rufnummer 051 3542003 kontaktieren.

UnipolSai hat die Möglichkeit, den Anbieter des Dienstes mit vergünstigten Tarifen zu wechseln, ohne dass dies eine Änderung der garantierten Leistungen mit sich bringt. In einem solchen Fall wird dies dem Versicherungsnehmer rechtzeitig mitgeteilt.

GELTENDE BESTIMMUNGEN FÜR DIE ABSCHNITTE UNFÄLLE, KRANKHEIT UND ASSISTENZ

Art. 6.22 – Zahlung der Entschädigung

Innerhalb von 30 Tagen, in Bezug auf die Schadensfälle des Abschnitts **Unfälle** im Sinne der Artikel:

- Art. 6.4 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität
- Art. 6.4.1 - Kriterien zur Bewertung der bleibenden Invalidität anhand der INAIL-Tabelle
- Art. 6.5 Kriterien zur Beurteilung von subkutanen Sehnenrupturen
- Art. 6.6 Kriterien zur Beurteilung von durch Kraftanstrengung verursachten Bauchhernien
- Art. 6.7.1 Entschädigungstabelle „SUPER“
- Art. 6.7.2 Entschädigungstabelle „TOP TARGET“
- Art. 6.7.3 Entschädigungstabelle „SMART“
- - Art. 6.7.4 Entschädigungstabelle für EXTREMSPORT, MOTORSPORT/MOTORBOOTSPOORT und FLUGSPORT
- Art. 6.9 - Naturkatastrophen
- Art. 6.10 - Entschädigungskriterien der Garantie „Rückerstattung der Behandlungskosten nach einem Unfall“
- Art. 6.11 - Entschädigungskriterien der Garantie „Entschädigung nach einem Unfall“ und „Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall“ und in Bezug auf die Schadensfälle des Abschnitts **Krankheit** im Sinne der Artikel:
- Art. 6.13 - Entschädigungskriterien der Garantie "Entschädigung für die stationäre Behandlung und für die stationäre Behandlung und die Genesungszeit", und zwar ab dem Datum, in den die Entschädigungshöhe festgelegt wurde:
 - nach vorheriger Vereinbarung zwischen der Gesellschaft und dem Versicherten, oder
 - nach Abschluss und dem Ergebnis des Schiedsspruchs mit nur schuldrechtlicher Wirkung

Nachdem der Anspruch auf Entschädigung geprüft wurde, zahlt das Unternehmen die fällige Summe, es sei denn:

- a) der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ist aus irgendeinem Grund nicht in der Lage ist, die Zahlung der Entschädigung durch Unterzeichnung des entsprechenden Dokuments mit befreiender Wirkung für die Gesellschaft ausdrücklich anzunehmen;
- b) der Gesellschaft wird ein Einspruch innerhalb der gesetzlichen Frist oder durch eine Abtretungsurkunde zugestellt;
- c) es wurde ein Strafverfahren in Bezug auf den Schadensfall eingeleitet, aus dem hervorgeht, dass bestimmte Ausschlussfälle vorliegen, die im entsprechenden Garantieabschnitt vorgesehen sind.

Die Auszahlung der Entschädigung erfolgt in jedem Fall nach Vorlage aller vom Unternehmen verlangten Unterlagen, die in Art. 6.1 (Schadensmeldung und Pflichten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten) vorgesehen sind.

In Bezug auf die Schadensfälle im Abschnitt **Assistenz**: Wenn die zuvor kontaktierte Organisationsstruktur den Versicherten dazu bevollmächtigt hat, die Assistenzmaßnahmen selbständig zu organisieren, erstattet das Unternehmen die von ihm getragenen und genehmigten Kosten innerhalb von 30 Tagen ab dem Eingang der originalen Rechnungsbelege, die nachweisen, dass die Kosten tatsächlich angefallen sind, oder nach Erhalt des Ergebnisses des Schiedsspruchs mit nur schuldrechtlicher Wirkung.

Art. 6.23 - Schiedsspruch mit nur schuldrechtlicher Wirkung

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

Das ärztliche Kollegium hat seinen Sitz in der italienischen Gemeinde mit rechtsmedizinischer Stelle, die am nächsten zum Wohnort des Versicherten liegt - bzw. zum Wohnort des Versicherungsnehmers, falls der Versicherte im Ausland wohnhaft ist - 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, mit Ausnahme 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.

ANHANG - TABELLE DER BERUFLICHEN TÄTIGKEITEN

| RISIKOKLASSE A | RISIKOKLASSE B | RISIKOKLASSE C |
|---|--|--|
| Reinigungskraft | Angestellter von Bestattungsinstituten | Tiertrainer (ausgenommen Trainer von Wildtieren/Reptilien) |
| Theateragent | Versicherungsagent | Holzfäller/Personal für das Fällen von Bäumen und die Beseitigung von Pflanzen |
| Hausverwalter | Börsenmakler/Währungsmakler | Angestellter in Autowaschanlagen |
| Animateur in Ferienanlagen | Handelsvertreter | Angestellter in Autowerkstätten |
| Reeder | Reiseverkehrskaufmann | Landwirt mit Nutzung von Traktoren |
| Einrichter/Schaufensterdekorateur | Immobilienmakler | Antennentechniker |
| Kinder im Vorschulalter | Landwirt | Archäologe bei niedriger Ausgrabungstiefe |
| Damen- und Herrenfriseur | Agronom | Architekt mit Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten |
| Bibliothekar | Hotelbetreiber | Handwerker |
| Hausmeister an Schulen | Tierzüchter | Straßenkünstler |
| Biologe | Bienenzüchter | Asphaltierer |
| Botaniker | Architekt ohne Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten | Lkw-Fahrer |
| Angestellter im Callcenter | Liftboy | Holzfäller |
| Kameraleute | Sozialarbeiter | Chemiker/chemischer Analyst in Analyzelaboren, einschließlich Tätigkeiten, bei denen die Handhabung von explosiven Stoffen vorgesehen ist. |
| Kassierer | Schauspieler/Künstler | Abrissarbeiter |
| Telefonist | Berufskraftfahrer | Kraftfahrzeugelektriker |
| Steuerberater/Diplomkaufmann | Rechtsanwalt/Prokurist | Elektriker |
| Verkäufer | Babysitter | Baggerführer |
| Arbeitsberater | Pflegekraft | Schmied |
| Zeichner | Bademeister | Gepäckträger/Bote |
| Hausangestellte | Barmann/Bardame | Schreiner/Tischler/Antiquitätenhändler, der auch Restaurierungsarbeiten durchführt. |
| Önologe | Wohlhabende ohne besondere Beschäftigungen | Florist/Blumenzüchter |
| Kosmetikerin | Tankwart | Fräser |
| Apotheker | Fahrkartenverkäufer/Schaffner in öffentlichen Verkehrsmitteln | Vermessungstechniker mit Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten |
| Journalist/Reporter, die nicht ins Ausland gesendet werden. | Schuster | Gärtner |
| Hostess/Steward am Boden | Kellner | Schmuckverkäufer |
| Angestellter | Zimmermann | Reifenmonteur |
| Influencer/Blogger | Karosseriemechaniker/-bauer | Installateur für sanitäre Einrichtungen |
| Lehrer/Schulleiter/Universitätsprofessor | Hausfrau | Maler/Lackierer |
| Dolmetscher | Keramiker | Unternehmer, der manuelle Tätigkeiten durchführt. |
| Modell | Verkäufer, der für den Transport und die Lieferung verantwortlich ist. | Ingenieur, der Zutritt auf die Baustellen hat. |
| Musiker/Orchesterleiter | Versicherungsberater (Broker) | Fleischer |
| Sachverständiger/Gutachter | Kostümbildner | Lagerarbeiter/Lagerverwalter |
| Programmierer | Koch/Restaurantbesitzer | Hufschmied |
| Psychologe | Leitender Angestellter | Mechaniker/Autoreparateur |
| Geistlicher | Diskjockey | Maurer |
| Forscher | Hundesitter/Haustiersitter | Fachkraft für Kreislauf- und Abfallwirtschaft |

| | | |
|-----------------------------|---|-------------------------------|
| Drehbuchautor/Autor | Elektrotechniker | Arbeiter |
| Student | Lokführer | Fußbodenverleger/Fliesenleger |
| Tätowierer | Fotograf | Schweißer |
| Tierarzt | Eishersteller/Eisverkäufer | Bildhauer |
| Hochzeitsplaner/Eventplaner | Geologe | Spediteur |
| | Vermessungstechniker ohne Zugang zu Baustellen, Bühnen und Gerüsten | Klempner/Blechschmied |
| | Grafiker | Tapezierer/Polsterer |
| | Reiseführer | Dreher |
| | Unternehmer, der keine manuellen Tätigkeiten durchführt. | Glaser |
| | Krankenpflegepersonal/Rettungssanitäter | |
| | Ingenieur, der keinen Zutritt auf die Baustellen hat. | |
| | Tanzlehrer | |
| | Sportlehrer | |
| | Fahrschullehrer | |
| | Richter/Staatsanwalt/Polizeipräsident | |
| | Masseur/Physiotherapeut/Osteopath | |
| | Arzt | |
| | Kaufmann/Händler | |
| | Notar | |
| | Zahntechniker | |
| | Goldschmied/Juwelier/Uhrenmacher | |
| | Hebamme | |
| | Optiker | |
| | Bäcker | |
| | Lederwarenhersteller/Pelzhersteller | |
| | Rentner | |
| | Maler | |
| | Pizzabäcker | |
| | Medizinischer Fußpfleger | |
| | Kurierfahrer/Bote | |
| | Portier/Hausmeister | |
| | Postbote | |
| | Finanzpromoter | |
| | Werbefachmann/Publizist | |
| | Radiologe/Röntgentechniker | |
| | Gesellschaftsvertreter | |
| | Regisseur | |
| | Reparateur von Haushaltsgeräten | |
| | Reparateur für Bürogeräte und Computer | |
| | Schneider | |
| | Designer | |
| | Büglerin | |
| | Tabakhändler | |
| | Taxifahrer | |
| | Tontechniker | |
| | Labortechniker/Chemiker ohne die Handhabung von explosiven Stoffen | |
| | Schriftsetzer/Buchdrucker | |
| | Angestellter/Inhaber von Tiersalons | |
| | Straßenhändler | |

MIT SONDERKLAUSEL VERSICHERBARE BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

| | | |
|--|--|----------------------------|
| Fachkraft für Klärgrubenreinigung und Wartung der Kanalisation | Fahrzeug-Abnahmeprüfer | Seilarbeiter |
| Polizeibeamter | Rennreiter/Jockey | Taucher |
| Polizeibeamter im Strafvollzug | Angehöriger der Finanzwache | Flugzeugpilot am Boden |
| Trainer/Fitnesstrainer | Bergführer | Pyrotechniker |
| Profisportler/Profilathlet | Ermittler/Privatdetektiv | Skipper |
| Tänzer(in): Ballett, klassischer Tanz und/oder Tanzsport | Skilehrer | Höhlenforscher |
| Leibwächter/Wachpersonal | Matrose/Fischer | Feuerwehrmann |
| Fußballspieler (SERIE D) | Marmorarbeiter ohne Verwendung von Sprengminen | Verkehrspolizist/Politesse |
| Profi-Fußballer (Serie A - B - C) | Militärangehöriger | |
| Carabinieri | Bergmann | |

Texte der Paragraphen aus dem italienischen Zivilgesetzbuch, dem italienischen Luft- und Schifffahrtsgesetz und der italienischen Zivilprozessordnung, auf die in der Versicherungspolice verwiesen wird.

ITALIENISCHES ZIVILGESETZBUCH

Art. 58 - Todeserklärung für eine verschollene Person

Sind seit dem Tag der letzten Nachricht vom Verschollenen zehn Jahre vergangen [ZGB Art. 49], 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 Ermittlungen nicht umgesetzt werden konnten. Diese Erklärung wird auf Antrag der Staatsanwaltschaft oder einer der in den Absätzen des Artikels 50 bezeichneten Personen mit einem Urteil des Gerichts ausgesprochen.

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

Art. 1341 - Allgemeine Vertragsbedingungen

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

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

Art. 1342 - Vertragsabschluss unter Verwendung von Formblättern oder Vordrucken

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

Art. 1882 - Begriff (Versicherung)

Die Versicherung ist der Vertrag, mit dem sich der Versicherer gegen Bezahlung einer Prämie verpflichtet, dem Versicherten innerhalb vereinbarter Grenzen den Schaden zu vergüten, der ihm aus einem Schadensfall erwachsen ist, oder beim Eintritt eines Ereignisses, das das menschliche Leben betrifft, ein Kapital oder eine Rente auszuzahlen.

Art. 1892 - Unrichtige Erklärungen und Verschweigung 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 Vertrags, 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 das Verschweigen von Tatsachen kein Grund für eine Nichtigkeitserklärung des Vertrages, jedoch kann der Versicherer von diesem Vertrag durch eine Erklärung zurücktreten, die er dem Versicherten gegenüber innerhalb von drei Monaten ab jenem Tag mitzuteilen hat, an dem er von der Unrichtigkeit der Erklärung oder dem Verschweigen einer Tatsache Kenntnis erhalten hat.

Wenn der Schadensfall eintritt, bevor die Unrichtigkeit der Erklärung oder die Verschweigung einer Tatsache dem Versicherer bekannt geworden ist oder bevor dieser seinen Rücktritt vom Vertrag erklärt hat, wird die geschuldete Summe im selben Verhältnis gekürzt, in dem die vereinbarte Prämie zu jener steht, die bei Kenntnis des wahren Sachverhaltes berechnet worden wäre.

Art. 1894 - Versicherung im Namen oder auf Rechnung Dritter

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

Art. 1897 - Verringerung des Risikos

Wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer Änderungen mitteilt, die eine derartige Verringerung des Risikos bewirken, dass sie, sofern sie im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre, zur Vereinbarung einer niedrigeren Prämie geführt hätte, darf der Versicherer ab Fälligkeit der Prämie oder der Prämienrate, die auf die vorgenannte Mitteilung folgt, nur mehr die niedrigere Prämie verlangen; er ist jedoch befugt, innerhalb von zwei Monaten ab dem Tag, an dem die Mitteilung an ihn ergangen ist, vom Vertrag zurückzutreten. Die Erklärung des Rücktritts vom Vertrag 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 Versicherungszeitraum 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 Geltungsdauer. Alternativ zur Versicherung mit einjähriger Dauer kann der Versicherer einen Versicherungsschutz mit mehrjähriger Dauer anbieten, für die er einen Nachlass auf die Prämien gewährt, die für denselben Versicherungsschutz im Jahresvertrag vorgesehen ist. Wenn der Vertrag länger als fünf Jahre besteht, hat der Versicherte in diesem Fall nach Ablauf der fünf Jahre unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechzig Tagen das Recht, vom Vertrag zurücktreten, wobei der Rücktritt am Ende des Versicherungsjahrs rechtskräftig wird, in dem das Rücktrittsrecht ausgeübt wurde.

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

Die Vorschriften dieses Artikels finden auf Lebensversicherungen keine Anwendung.

Art. 1901 – 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, die in den beiden vorhergehenden Absätzen vorgesehen sind, gilt der Vertrag kraft Gesetz als aufgehoben, wenn der Versicherer nicht innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Fälligkeit der Prämie oder der Rate die Zahlung 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. 1910 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern

Wenn für ein und dasselbe Risiko mehrere getrennte 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. 1915 – Nichterfüllung der Pflicht zur Benachrichtigung oder Rettung

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

Art. 1917 - Haftpflichtversicherung

Bei einer Haftpflichtversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den Versicherten hinsichtlich dessen schadlos zu halten, was dieser infolge eines Ereignisses, das während der Versicherungszeit eingetreten ist, und aufgrund einer Haftung, auf die sich der Vertrag bezieht, an einen Dritten zahlen muss. Ausgenommen bleiben Schäden, die aus vorsätzlich herbeigeführten Ereignissen herrühren.

Der Versicherer ist befugt, nach Mitteilung an den Versicherten die geschuldete Entschädigung an den geschädigten Dritten direkt zu bezahlen und ist zu einer solchen direkten Zahlung verpflichtet, wenn der Versicherte sie verlangt.

Die Kosten für die Abwehr einer vom Geschädigten gegen den Versicherten erhobenen Klage gehen bis zum Ausmaß eines Viertels der Versicherungssumme zulasten des Versicherers. Falls jedoch dem Geschädigten ein die Versicherungssumme übersteigender Betrag geschuldet wird, sind die Verfahrenskosten auf den Versicherer und den Versicherten im Verhältnis des jeweiligen Interesses aufzuteilen. Der vom Geschädigten beklagte Versicherte kann dem Versicherer den Streit verkünden.

ITALIENISCHES LUFT- UND SCHIFFFAHRTSGESETZ

Art. 211 - Folgen der Seeverschollenheit.

In den in Artikel 145 der Personenstandsverordnung vorgesehenen Fälle in Bezug auf verschollene Personen, die ins Meer gestürzt sind, für welche die Voraussetzungen des Todes erfüllt sind und deren Leichnam nicht aufgefunden wurde, sowie in den Fällen der Verschollenheit durch Schiffbruch, bei denen die verschollenen Personen nach Meinung der Schifffahrts- oder Konsularbehörde ums Leben gekommen sind, sorgt die Staatsanwaltschaft nach erhaltender Genehmigung des Gerichts dafür, das Protokoll in das Todesregister übertragen zu lassen. In den anderen Fällen in Bezug auf ins Meer gestürzte und verschollene Personen oder der Verschollenheit durch Schiffbruch wird die Staatsanwaltschaft nach erhaltender Genehmigung des Gerichts das Protokoll an die Behörde übermitteln, die für den Vermerk im Geburtenregister zuständig ist. In solchen Fällen werden die Folgen der Verschollenheit durch die Bestimmungen in Buch I, Teil IV, Abschnitt II des italienischen Zivilgesetzbuchs geregelt, und nach Ablauf von zwei Jahren nach dem Ereignis wird die verschollene 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 werden durch die Artikel 211 und 212 geregelt. Die Zuständigkeiten der Schifffahrtsbehörde werden der Behörde für öffentliche Sicherheit zugewiesen.

ITALIENISCHE ZIVILPROZESSORDNUNG

Art. 726 – Antrag auf Todeserklärung

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



Rechtssitz: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italien) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - Tel. +39 051 5077111 - Fax +39 051 7096584 - vollständig eingezahltes Gesellschaftskapital Euro 2.031.456.338,00 - Unternehmensregister der Stadt Bologna, Steuernummer 00818570012 - USt-IdNr. 03740811207 - Nummer der Eintragung in das Verzeichnis der Wirtschafts- und Verwaltungsdaten (R.E.A.) 511469. Die Gesellschaft UnipolSai unterliegt der Leitungs- und Koordinierungstätigkeit der Unipol Gruppo S.p.A., die in Sektion I des Verzeichnisses der Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen unter der Nr. 1.00006 eingetragen ist, und ist Teil der Versicherungsgruppe „Gruppo Assicurativo Unipol“, eingetragen im Verzeichnis der führenden Versicherungsunternehmen unter der Nr. 046.

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Informationsschreiben für den Kunden über die Verwendung 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 oder Körperschaften⁽¹⁾ an uns weitergeben. Dazu gehören auch besondere Kategorien von personenbezogenen Daten⁽²⁾, 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 Versicherungsdienstleistungen 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 Versicherungspolice und den kommerziellen Informationen sowie den Informationen über die Kreditwürdigkeit (in Bezug auf Ihre Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit bei Zahlungen) erfolgt.

Die Verarbeitung Ihrer Daten in Bezug auf die 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 verbundenen gesetzlichen Pflichten und 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 sowie 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 mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeiten⁽⁵⁾.

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 vorgesehen. 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. Die freiwillige Angabe einiger weiterer Informationen zu Ihren Kontaktdaten hat keinen Einfluss auf die gewünschten Leistungen, ist jedoch zweckdienlich, 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 Versicherungspolice, E-Mail-Adresse) von unserer Gesellschaft verarbeitet werden, um Ihnen Mitteilungen über die Vorgehensweise für den Zugang zum persönlichen Bereich zuzusenden, damit Sie bestimmte individuelle 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 Natur übertragen. Diese Personen sind in unserem Auftrag als Verantwortliche für die Datenverarbeitung tätig⁽⁶⁾.

Ihre Daten können zu internen Verwaltungszwecken und zur Verfolgung von 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⁽⁷⁾ mitgeteilt werden. Die Daten könnten für besondere Erfordernisse in Bezug auf die Vorbeugung und Feststellung von Betrugsfällen auch anderen Versicherungsunternehmen mitgeteilt werden, die nicht zur Versicherungsgruppe gehören, falls dies unbedingt notwendig ist, um die berechtigten Interessen unseres Unternehmens bzw. der genannten anderen Versicherungsunternehmen im Zusammenhang mit diesen Erfordernissen zu verfolgen oder um Nachforschungen zu Verteidigungszwecken durchzuführen und den gesetzlichen Schutz von Rechten im Bereich des Strafrechts zu wahren. Ihre Daten können ferner 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⁽⁸⁾ (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, verarbeitet und gespeichert, wobei geeignete organisatorische und technische Sicherheitsmaßnahmen getroffen werden. 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 im Zusammenhang mit Ihrer besonderen persönlichen Situation begründeterweise der Verarbeitung Ihrer Daten zu widersetzen. Zudem haben Sie das Recht auf die Übertragbarkeit der von Ihnen angegebenen Daten im Rahmen der Bestimmungen in Art. 20 der Richtlinie, falls diese für die vertraglichen Leistungen mit automatisierten Verfahren verarbeitet werden, sowie das Recht, Ihre erteilte Einwilligung für die Verarbeitungszwecke zu widerrufen, bei denen die betroffene Person in die Verarbeitung einwilligen muss (wie z. B. zur Verwendung von Daten über die Gesundheit), unbeschadet 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. Falls Sie Fragen oder Zweifel haben, können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten wenden: Zu diesem Zweck sowie zur Ausübung Ihrer Rechte und hinsichtlich des aktualisierten Verzeichnisses der Kategorien von Empfängern der Daten (siehe Fußnote 8) 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 Versicherungsleister (wie Versicherungsvermittler, Versicherungsunternehmen usw.), von denen Daten über Versicherungspolice oder Schadensfälle auch zur Betrugsvermeidung angefordert werden können; Verbände (z.B. ANIA) und Zusammenschlüsse des Versicherungssektors, andere Datenbanken und öffentliche Rechtspersonen, Personen, bei denen wir zur Bearbeitung Ihrer Anfragen (z. B. Ausstellung oder Erneuerung eines Versicherungsschutzes, 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) Wie zum Beispiel Daten, die Aufschluss über Ihren Gesundheitszustand geben, die für den Abschluss von Versicherungspolice (Lebens-, Unfall- und Krankenversicherung) erhoben werden, bei den die Prüfung des

Gesundheitszustands einer Person erforderlich ist, oder Gesundheitsdaten, die zwecks Rückerstattung der Behandlungskosten oder zur Regulierung von Schadensfällen mit Verletzungen der Person erhoben werden, wie auch Daten, die Aufschluss über die Religion, Weltanschauung, die politische Meinung und Zugehörigkeit zu Gewerkschaften geben. Falls dies für die gesetzlich zulässigen Verarbeitungszwecke unbedingt notwendig ist, können in besonderen Fällen - basierend auf den o. g. Voraussetzungen - 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 tarifrechnerische Tätigkeiten.
- 4) Zum Beispiel für (i) Bestimmungen der IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Datenschutzbehörde, (ii) Erfüllungen im steuerlichen Bereich (z. B. kraft des Gesetzes Nr. 95/2015 zur (a) Ratifizierung des Abkommens zwischen den U.S.A. 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 der 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) Führung eines von der Consap für das italienische Wirtschafts- und Finanzministerium (als Inhaber) geführten computergestützten Zentralarchivs zur Vorbeugung von Betrug durch Identitätsdiebstahl, (v) Führung von anderen Datenbanken, für welche die Kommunikation 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) Die Verarbeitung dieser Daten bleibt vorbehalten, wenn eine solche Verarbeitung unbedingt notwendig ist, um Nachforschungen zu Verteidigungszwecken durchzuführen und den gesetzlichen Schutz von Rechten im Bereich des Strafrechts bei unrechtmäßigen oder betrügerischen Verhaltensweisen zu wahren.
- 6) Beispielsweise IT-Unternehmen für informationstechnische und telematische Dienste oder Archivierung; Dienstleistungsgesellschaften, denen die Verwaltung, die Liquidierung und die Zahlung der Schadensfälle anvertraut sind; Hilfsesellschaften für die Verwaltungsaktivitäten einschließlich der Gesellschaften für Postdienste; Gesellschaften für Wirtschaftsprüfung und Beratung; Gesellschaften für kommerzielle Informationen zu finanziellen Risiken; Dienstleistungsgesellschaften zur Betrugskontrolle; Inkassogesellschaften.
- 7) 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. Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. usw. Für weitere Informationen kann das Verzeichnis der Unternehmen, die zur Gruppe Unipol gehören, auf der Internetseite der Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it abgerufen werden.
- 8) Insbesondere können Ihre Daten 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., von anderen 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 von anderen Unternehmen und Personen weitergegeben und/oder verarbeitet werden, die Teil der sogenannten „Versicherungskette“ sind, wie z. B.: andere Versicherer; Mitversicherer und Rückversicherer; Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler und andere Kanäle zum Erwerb von Versicherungsverträgen; Banken; Vertrauensärzte, Sachverständige; Rechtsanwälte; Privatermittler; KFZ-Werkstätten, Dienstleistungsgesellschaften für Zahlungsquittierungen, Vertragskliniken oder Gesundheitseinrichtungen; sowie öffentliche Körperschaften und Organe, einschließlich jener des Versicherungssektors oder zusammenschlossene 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 Weiterleitung 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.

