

**Police in Rahmenvertrag**

# NET CPI Prestiti

POLICE IN RAHMENVERTRAG MIT FAKULTATIVEM BEITRITT ZU DEN DECKUNGEN „TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG MIT FALLENDER DECKUNGSSUMME“, „UNFALL- ODER KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT“, „UNFALL- ODER KRANKHEITSBEDINGTE VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT“, „ARBEITSPLATZVERLUST“.

DIESE INFORMATIONSENTWERFEN ENTHALTEN:

- PRODUKTINFO LEBEN
- PRODUKTINFO SCHADEN
- ZUSÄTZLICHE PRODUKTINFO MULTIRISK
- VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN MIT GLOSSAR
- FAKSIMILE DES BEITRITTSANTRAGS

IST DEM VERSICHERUNGSNEHMER VOR DER UNTERZEICHNUNG DER POLICE AUSZUHÄNDIGEN.

ERSTELLUNGSDATUM DIESER INFORMATIONSENTWERFEN 11/2024

„BITTE LESEN SIE VOR UNTERZEICHNUNG DIE VORVERTRAGLICHEN DOKUMENTE SORGFÄLTIG DURCH.“

*Dieses Dokument wurde unter Beachtung der Leitlinien „Einfache und klare Verträge“ verfasst.*



# Versicherung mit Kombiniertem Schutz in Verbindung mit Finanzierung



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

Net Insurance Life S.p.A.

Ausg. 11/2024

Die vorliegende Produktinfo Leben ist die neueste verfügbare Ausgabe

NET CPI Prestiti

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

## UM WELCHE VERSICHERUNGSART HANDELT ES SICH?

NET CPI Prestiti ist eine von der CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. - SPARKASSE (Versicherungsnehmer) abgeschlossene Police in Rahmenvertrag, der die Kunden, die einen Finanzierungsvertrag (Privatkredit) mit derselben unterzeichnet haben, als Beteiligte/Versicherte, beitreten können. Die Teilnahme an der Police in Rahmenvertrag ist individuell und freiwillig und dient dem Schutz vor unvorhergesehenen Ereignissen, welche die versicherte Person betreffen und deren Fähigkeit, die Rückzahlung der Kreditraten zu leisten, beeinträchtigen können. Es handelt sich um ein Multirisiko-Versicherungsprodukt, das drei verschiedene Versicherungspakete (Optionen) bietet. Jede Option sieht das gemeinsame Angebot einer Lebensversicherungsgarantie (auf die sich dieser VID Leben bezieht) und anderer Deckungen für die Schadenssparte (deren Hauptmerkmale in der VID Schäden und VID Multirisiko enthalten sind).



### Was ist versichert? / Welche Leistungen sind vorgesehen?

Im Falle des Todes des Beteiligten / Versicherten garantiert NET INSURANCE LIFE S.p.A. die Zahlung eines Betrags in Höhe der Restschuld, die am Tag der Zahlung der Rate vor dem Tod vorgesehen ist, mit einer Höchstgrenze von 80.000 Euro für jeden Versicherten. Bei zwei Versicherten für ein und denselben Kredit (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zur Versicherungssumme für jeden Versicherten, basierend auf dem auf dem Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz.

Die vorgenannte Deckung aus der Lebensversicherungssparte wird zusammen mit den Deckungen der Schadenssparte (Vollständige und dauerhafte Invalidität nach Unfall oder Krankheit, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit nach Unfall oder Krankheit, Beschäftigungsverlust) von NET INSURANCE SpA bei Wahl der wie unten angegebenen Produktoptionen seitens des Mitglieds / Versicherten gewährt:

Vertragsoption	Deckungen			
	Tod	Dauerhafte und Vollständige Invalidität	Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit	Beschäftigungsverlust
Option 1	Ja	Ja	Nein	Nein
Option 2	Ja	Ja	Ja	Nein
Option 3	Ja	Ja	Nein	Ja

Die natürliche Person, die mit dem Versicherungsnehmer einen Darlehensvertrag abgeschlossen hat, ist versichert und kann auf der



### Was ist NICHT versichert?

#### Nicht versicherungsfähig:

- ✗ wer seinen Hauptwohnsitz nicht in Europa und seinen Nebenwohnsitz in Italien hat
- ✗ wer zum Zeitpunkt des Beitritts jünger als 18 Jahre oder älter als 65 Jahre ist.

#### Darüber hinaus:

- ✗ Der Versicherungsschutz ist auf das vollendete 78. Lebensjahr begrenzt



### Gibt es Deckungsgrenzen?

Das Sterberisiko wird unabhängig von der Todesursache - ohne räumliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung von Berufswechseln des Versicherten - gedeckt, es sei denn, der Tod wird durch spezifische Ereignisse verursacht, wie zum Beispiel:

- ! Vorsatz des Leistungsempfängers und des Beteiligten/Versicherten.
- ! Aktive Beteiligung des Beteiligten/Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.
- ! aktive Teilnahme des Beteiligten/Versicherten an Kriegsereignissen, es sei denn, diese Teilnahme ergibt sich aus Verpflichtungen gegenüber dem italienischen Staat: In diesem Fall kann die Deckung auf Antrag des Versicherungsnehmers unter den vom zuständigen Ministerium festgelegten Bedingungen gewährt werden.
- ! Flugunfall, wenn der Beteiligte/Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keine

Grundlage des beruflichen Status zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses die folgenden Optionen wählen:

Option 1: kann von **allen Beteiligten / Versicherten** unterzeichnet werden.

Option 2: kann nur von **Einkommenserzeugern unterzeichnet werden, ausgenommen abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag.**

Option 3: kann nur von **abhängigen Arbeitnehmern des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag** unterzeichnet werden.

geeignete Lizenz verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist.

! Suizid, wenn er in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten des Vertrags eintritt.



### Wo gilt der Versicherungsschutz?

✓ Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- **Bei Vertragsbeginn:** Bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrag muss der Beteiligte/Versicherte den vereinfachten medizinischen Fragebogen und gegebenenfalls den Anamnese-Fragebogen ausfüllen und dabei wahrheitsgemäße, genaue und vollständige Angaben über seinen Gesundheitszustand machen. Falsche, ungenaue oder zurückhaltende Aussagen können zum Verlust des Anspruchs auf Schadensersatz führen.
- **Während der Vertragslaufzeit:** Der Beteiligte / der Versicherte ist verpflichtet, dem Unternehmen Änderungen seines Profils (z. B. Änderungen seines beruflichen Status) mitzuteilen, die im Laufe des Vertrages eingetreten sind.
- **Bei Einreichung einer Schadensmeldung:** Der Beteiligte/Versicherte ist verpflichtet, eventuelle Schadensfälle so zeitnah wie möglich nach ihrem Auftreten zu melden und der Meldung alle von der Gesellschaft angeforderten Unterlagen beizufügen.



### Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Der Versicherungsschutz wird gegen Zahlung einer einzelnen Prämie im Voraus und in einem Betrag durch das den Beteiligten / den Versicherten gewährt.

Die Zahlung der Prämie erfolgt per Banküberweisung.



### Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Laufzeit der Deckungen ist gleich:

- die Laufzeit des Kredits im Falle eines neuen Kreditantrags.
- der Restlaufzeit des Kredits bei bereits ausgegebenen Krediten.

Der Versicherungsschutz beträgt mindestens 6 Monate und höchstens 120 Monate.



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

- Der Beteiligte/Versicherte hat das Recht, innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab dem Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurückzutreten (Widerrufsrecht).

Die Ausübung des Widerrufsrechts bringt zwangsläufig den Rücktritt vom gesamten Versicherungsschutz mit sich. Innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Eingang der Rücktrittserklärung erstattet die Gesellschaft, auch über den Broker oder den Versicherungsnehmer, die gezahlte Prämie (nach Steuern).



### Sind Rückkäufe oder Kürzungen vorgesehen? JA NEIN

Dieser Vertrag sieht keinen Rückkauf und keine Minderung vor.

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

### UM WELCHE VERSICHERUNGSART HANDELT ES SICH?

Es handelt sich um eine von CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. - SPARKASSE (Versicherungsnehmer) im Namen ihrer kreditnehmenden Kunden, die als Beteiligte/Versicherte der Police in Rahmenvertragauf individueller und freiwilliger Basis beitreten können. Die Police hat den Zweck, den Versicherten vor dem Eintreten unvorhergesehener Ereignisse zu schützen, die während der Vertragsdauer die Möglichkeit beeinträchtigen können, die Raten des Kredits an die Bank zurückzuzahlen. Es handelt sich um ein Multirisiko-Versicherungsprodukt, das 3 verschiedene Versicherungspakete (Optionen) enthält. Jede Option sieht das gemeinsame Angebot von Schadenversicherungsgarantien (auf die sich dieses Schadenssparten-VID bezieht) und einer Lebensversicherungsdeckung (deren Hauptmerkmale im VID Leben und im VID Multirisiko enthalten sind) vor.



### Was ist versichert?

#### **OPTION 1 (kann von allen Beteiligten / Versicherten unterzeichnet werden)**

- ✓ **Vollständige und dauerhafte Invalidität in einem Grad von 60% oder mehr aufgrund von Unfall oder Krankheit** - Entschädigung in Höhe der Restkapitalschuld des Kredits zum Zeitpunkt des Schadensfalls. Bei zwei Versicherten für ein und dieselbe Finanzierung (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zur Versicherungssumme für jeden Versicherten, basierend auf dem auf dem Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz.

#### **OPTION 2 (Nur den Einkommenserzeugern vorbehalten, ausgenommen abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag)**

- ✓ **Vollständige und dauerhafte Invalidität in einem Grad von 60% oder mehr aufgrund von Unfall oder Krankheit** - Entschädigung in Höhe der Restkapitalschuld des Darlehens zum Zeitpunkt des Schadensfalls. Bei zwei Versicherten für ein und dieselbe Finanzierung (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zur Versicherungssumme für jeden Versicherten, basierend auf dem auf dem Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz.
- ✓ **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen Verletzung oder Krankheit** - Entschädigung in Höhe der monatlichen Raten des Darlehen, die während des gleichen Zeitraums fällig werden, mit Ausnahme der ersten und der letzten Entschädigung, die anteilig an den tatsächlichen Tagen der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit berechnet werden. Bei zwei Versicherten für ein und dieselbe Finanzierung (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zur Versicherungssumme für jeden Versicherten, basierend auf dem auf dem Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz.

#### **OPTION 3 (nur für abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag)**

- ✓ **Vollständige und dauerhafte Invalidität in einem Grad von 60% oder mehr aufgrund von Unfall oder Krankheit** - Entschädigung in Höhe der Restkapitalschuld des Darlehens zum Zeitpunkt des Schadensfalls. Bei zwei Versicherten für ein und dieselbe Finanzierung (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zur Versicherungssumme für jeden Versicherten, basierend auf dem auf dem Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz.
- ✓ **Beschäftigungsverlust** - Entschädigung in Höhe der monatlichen Raten des vom Versicherungsnehmer ausgezahlten Darlehens, die während des Zeitraums der Arbeitslosigkeit fällig werden, mit Ausnahme der ersten und letzten Entschädigung, die anteilig an den tatsächlichen Arbeitslosigkeitstagen berechnet wird. Bei



### Was ist nicht versichert?

#### **Nicht versicherungsfähig:**

- ✗ wer seinen Hauptwohnsitz nicht in der Europäischen Union hat und keinen Nebenwohnsitz in Italien hat
- ✗ wer zum Zeitpunkt des Beitritts jünger als 18 Jahre oder älter als 65 Jahre ist.

#### **Darüber hinaus:**

- ✗ Der Verbleib in der Deckung ist auf die Vollendung von 78 Jahren für die Deckung Vollständige und Dauerhafte Invalidität sowie auf die Zeit bis zum Eintritt in den Ruhestand für die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und den Beschäftigungsverlust begrenzt.



### Gibt es Deckungsgrenzen?

#### **Hauptausschlüsse für die Deckungen Vollständige Dauerhafte Invalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit:**

- ! Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keine geeignete Lizenz verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist.
- ! Flugunfälle durch Akrobatik, Ausstellungen, Aufzeichnungen oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation).
- ! aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegereignissen
- ! Aktive Beteiligung des Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.
- ! Vorsatz des Versicherten.
- ! freiwillige Selbstverletzungen des Versicherten oder wenn der Versicherte sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet.
- ! HIV-Infektion, erworbener Immundefizienzstatus (AIDS) oder verwandte Syndrome oder assimilierbare Zustände.

#### **Hauptausschlüsse für die Deckung Beschäftigungsverlust**

- ! Der Versicherte ist in den letzten 12 (zwölf) Monaten vor dem Datum, an dem das Schadensereignis eintrat, seiner Arbeitstätigkeit als Angestellter in der Privatwirtschaft nicht ununterbrochen und mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag mit einer Leistungsverpflichtung von mindestens 20 Stunden pro Woche nachgegangen. Im Sinne dieser Klausel unterbrechen jedoch Unterbrechungen des Arbeitsverhältnisses, die nicht länger als zwei Wochen dauern, nicht den Kontinuitätszeitraum des Arbeitsverhältnisses.
- ! Die Arbeitslosigkeit ist das Ergebnis einer Kündigung aus wichtigem Grund
- ! Beendigung des Arbeitsverhältnisses aufgrund des Willens des



zwei Versicherten für ein und dieselbe Finanzierung (anteilige Versicherung) verhält sich die Versicherungsleistung proportional zur Versicherungssumme für jeden Versicherten, basierend auf dem auf dem Beitrittsantrag angegebenen Prozentsatz.

Versicherten.

- ! Der Versicherte erhält eine Lohnergänzungs-Sondervergütung oder Schlechtwettergeld.



### Wo gilt der Versicherungsschutz?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
- ✓ Die Deckung Beschäftigungsverlust gilt für Schadensfälle aus Arbeitsverträgen, die nach italienischem Recht geregelt sind.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- **Bei Vertragsbeginn:** Bei der Unterzeichnung des Beitrittsantrag müssen Sie den vereinfachten medizinischen Fragebogen und gegebenenfalls den Anamnese-Fragebogen ausfüllen und dabei wahrheitsgemäße, genaue und vollständige Angaben über Ihren Gesundheitszustand machen. Falsche, ungenaue oder zurückhaltende Aussagen können zum Verlust des Anspruchs auf Schadensersatz führen.
- **Im Verlauf der Vertragsdauer:** Wenn sich Ihr Arbeitsstatus ändert, müssen Sie dies dem Unternehmen mitteilen. Dabei ist zu beachten: (i) Die Deckung Dauerhafte Vollständige Invalidität (in allen drei Optionen vorhanden) bleibt unverändert in Kraft. (ii) Die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust (abhängig von Ihrem Beschäftigungsstatus je nach der gezeichneten Option) erlöschen, und das Unternehmen erstattet dem Versicherten den nicht genutzten Teil der Prämie. Alternativ können Sie sich gegen Zahlung der entsprechenden Prämie für die Aktivierung der neuen Deckung entscheiden, die dem neuen beruflichen Status entspricht
- **Bei Einreichung einer Schadensmeldung:** Sie sind verpflichtet, eventuelle Schadensfälle so zeitnah wie möglich nach ihrem Auftreten zu melden und der Meldung alle von der Gesellschaft angeforderten Unterlagen beizufügen.



### Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Es ist eine Einzelprämie im Voraus und in einem Betrag zu zahlen.  
Die Zahlung des Preises erfolgt per Banküberweisung



### Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Datum des Inkrafttretens um 24.00 Uhr, zusammenfallend mit:

- dem Datum der Auszahlung der Finanzierung bei neu ausgegebenen Krediten.
- dem Zeichnungsdatum im Beitrittsantrag, bei bereits ausgezahlten Krediten.

Die Laufzeit der vorgesehenen Deckungen entspricht der Laufzeit des Kredits (von mindestens 6 Monaten bis höchstens 120 Monaten).



### Wie kann die Kündigung erfolgen?

- Sie können vom Vertrag zurücktreten:
    - innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab dem Datum des Inkrafttretens (Widerrufsrecht).
    - jährlich mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen vor Fälligkeit der Jahresrate.
- Innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Eingang der Rücktrittserklärung erstattet die Gesellschaft (auch über den Broker oder den Versicherungsnehmer), die gezahlte Prämie (nach Steuern) oder erstattet – bei Rücktritt nach Jahresablauf – den Teil der gezahlten und nicht genutzten Prämie (netto nach Steuern).

# Versicherung mit Kombiniertem Schutz in Verbindung mit Finanzierung

## Dokument zur Vorvertraglichen Information für Multirisik-Versicherungsprodukte (Zusätzliche Produktinfo Multirisik)

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

NET CPI Prestiti

Ausg. 11/2024

Die vorliegende zusätzliche Produktinfo Multirisik ist die neueste verfügbare Ausgabe.



Das vorliegende Dokument ergänzt und vervollständigt die Angaben des Dokuments zur vorvertraglichen Information für Lebensversicherungsprodukte, die keine Investmentversicherungen sind, (Produktinfo Leben) und Schadensversicherungsprodukte (Produktinfo Schaden) und dient dem potentiellen Versicherungsnehmer zum genaueren Verständnis der Merkmale des Produkts, der vertraglichen Pflichten und der Vermögenslage des Unternehmens.

Der Versicherungsnehmer sollte die Versicherungsbedingungen vor der Unterzeichnung des Vertrags genau lesen.

LEBENSVERSICHERUNGSSPARTE
<p><b>Net Insurance Life S.p.A.</b> – Aktiengesellschaft mit Einzelgesellschafter ist Teil der Poste Vita Insurance Group - IVASS Insurance Group Register nr. 43 - Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 Rom, Tel. 06 893261 - Fax 06 89326800; Website: <a href="http://www.netinsurance.it">www.netinsurance.it</a>; E-Mail: <a href="mailto:info@netinsurancelife.it">info@netinsurancelife.it</a>; PEC (zertifizierte E-Mail): <a href="mailto:netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it">netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it</a></p>
<p>Zugelassen für die Ausübung des Lebensversicherungsgeschäfts in Sparte I mit Verfügung des Kontrollorgans IVASS Nr. 2591 vom 14.02.2008. Eingetragen im IVASS-Unternehmensregister unter Nr. 1.000164.</p>
<p>Das Reinvermögen von Net Insurance Life S.p.A. beläuft sich auf € 34,6 Millionen, wovon das Stammkapital 15 Millionen € beträgt und der Teil der gesamten Vermögensreserven 19,6 Millionen €.</p> <p>Die Solvabilitätskapitalanforderung (SCR) beträgt 20,4 Mio. €; die Mindestkapitalanforderung (MCR) hingegen 5,1 Mio. € und die zur Deckung der Solvabilitätskapitalanforderung zugelassenen eigenen Mittel belaufen sich auf 47,9 Mio. €. Der Solvabilitätskoeffizient (solvency ratio) für die Solvabilitätskapitalanforderung beträgt 235,34%.</p> <p>Sämtliche Angaben stammen aus dem Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31.12.2023, der im Internet unter dem folgenden Link aufgerufen werden kann: <a href="http://www.netinsurance.it">http://www.netinsurance.it</a></p>
SCHADENSSPARTE
<p><b>Net Insurance S.p.A.</b> – Aktiengesellschaft mit Einzelgesellschafter ist Teil der Poste Vita Insurance Group - IVASS Insurance Group Register nr. 43 - Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 Rom, Tel. 06 893261 - Fax 06 89326800; Website: <a href="http://www.netinsurance.it">www.netinsurance.it</a>; E-mail: <a href="mailto:info@netinsurance.it">info@netinsurance.it</a>; PEC (zertifizierte E-Mail): <a href="mailto:netinsurance@pec.netinsurance.it">netinsurance@pec.netinsurance.it</a>.</p>
<p>Zugelassenes Versicherungsunternehmen der Schadensparte im Sinne der Verordnungen der italienischen Versicherungsaufsichtsbehörde IVASS Nr. 1756 vom 18.12.2000, Nr. 2131 vom 4.12.2002, Nr. 2444 vom 10.7.2006, Nr. 3213000422 vom 9.4.2013 und Nr. 231077 vom 20.12.2017. Eingetragen im Verzeichnis der italienischen Versicherungsaufsichtsbehörde IVASS unter Nr. 1.00136.</p>
<p>Das Reinvermögen von Net Insurance S.p.A. beläuft sich auf € 93,7 Millionen, wovon das Stammkapital 17,6 Millionen € beträgt und der Teil der gesamten Vermögensreserven 80,7 Millionen €.</p> <p>Die Solvabilitätskapitalanforderung (SCR) beträgt 50,3 Mio. €; die Mindestkapitalanforderung (MCR) hingegen 16,8 Mio. € und die zur Deckung der Solvabilitätskapitalanforderung zugelassenen eigenen Mittel belaufen sich auf 91,8 Mio. €. Der Solvabilitätskoeffizient (solvency ratio) für die Solvabilitätskapitalanforderung beträgt 201,86%.</p> <p>Sämtliche Angaben stammen aus dem Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31.12.2023, der im Internet unter dem folgenden Link aufgerufen werden kann: <a href="http://www.netinsurance.it">http://www.netinsurance.it</a></p>
<p>Der Vertrag unterliegt italienischem Recht.</p>



## Was ist versichert?

### Lebensversicherungssparte:

- **Tod (ALLE OPTIONEN):** Der maximal auszahlbare Betrag beträgt € 80.000,00 für jeden Versicherten. Die Berechnung der Restschuld der Finanzierung schließt Zinsen sowie jeden anderen der Bank zustehenden Betrag aus (z. B. nicht bezahlte Raten, Vertragsstrafen oder Gebühren für die vorzeitige Kündigung usw.).

### Schadenssparte

- **Vollständige und dauerhafte Invalidität von 60% oder mehr infolge eines Unfalls oder einer Krankheit (ALLE OPTIONEN):** Der maximal auszahlbare Betrag beträgt € 80.000,00 für jeden Versicherten. Die Berechnung der Restschuld der Finanzierung schließt Zinsen sowie jeden anderen der Bank zustehenden Betrag aus (z. B. nicht bezahlte Raten oder Teilraten).
- **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit nach Unfall oder Krankheit (OPTION 2):** Die Entschädigung unterliegt den folgenden Obergrenzen: maximal € 1.500,00 für jede entschädigte Rate; maximal 18 entschädigte Raten, wenn derselbe Schadensfall ununterbrochen länger als 30 Tage besteht; maximal 36 entschädigte Raten über die gesamte Versicherungsdauer, falls sich mehrere Schadensfälle hintereinander ereignen
- **Beschäftigungsverlust (OPTION 3):** Die Entschädigung unterliegt den folgenden Obergrenzen: maximal € 1.500,00 für jede entschädigte Rate; maximal 18 entschädigte Raten, wenn derselbe Schadensfall ununterbrochen länger als 30 Tage besteht; maximal 36 entschädigte Raten über die gesamte Versicherungsdauer, falls sich mehrere Unfälle hintereinander ereignen



## Was ist NICHT versichert?

### AUSSCHLÜSSE

Es gibt keine weiteren, über die Angaben in der Produktinfo Leben und/oder der Produktinfo Schaden hinausgehenden Informationen.



## Gibt es Deckungsgrenzen?

### Lebensversicherungssparte:

Deckungsausschlüsse Tod (zusätzlich zu den im VID Leben angegebenen):

- Zustand der Trunkenheit/Intoxikation
  - wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher ist als der durch die Straßenverkehrsordnung festgelegte und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt.
  - in jedem anderen Fall, wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher als 0,8 Gramm pro Liter beträgt.
- nichttherapeutische Verwendung von Arzneimitteln, Halluzinogenen und dergleichen.
- Flugunfälle durch Akrobatik, Ausstellungen, Aufzeichnungen oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation).
- biologische und / oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist.
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Beteiligte/Versicherte nicht über den laut geltenden Vorschriften erforderlichen Führerschein verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein, jedoch unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Moment des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt und diese innerhalb von drei Monaten ab dem Schadensfall erhalten hat.
- HIV-Infektion, erworbener Immundefizienzstatus (AIDS) oder verwandte Syndrome oder assimilierbare Zustände.
- freiwillige Selbstverletzungen des Beteiligten/Versicherten oder wenn der Versicherte sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet.
- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum durch den Beteiligten/Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum wurde zu therapeutischen Zwecken verschrieben, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann.
- natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).
- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.

- Ausübung aller auf professioneller Ebene ausgeübten sportlichen Aktivitäten mit Ausnahme der Teilnahme an Amateur-Wettbewerben oder entsprechenden Probeläufen sowie von Firmen- und firmenübergreifenden Wettbewerben.
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor- / Segelbooten auch als Passagier bei nicht rein regelmäßigen Wettbewerben und den entsprechenden Probeläufen.
- Boxsport, schwere Leichtathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern auf Felsen oder Eis, Bergsteigen auf über 4.000 m und/oder über den dritten Grad der französischen Skala hinaus und / oder Klettern auf Eis oder Gletschern oder Solo-Klettern, unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Springen vom Sprungbrett mit Skiern oder Wasserskiern, akrobatisches Skifahren, Bob, Luftsport im Allgemeinen.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
  - Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz Zirkus- und Stuntman-Aktivitäten
  - Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Minen.

### **Schadenssparte**

Deckungsausschlüsse Dauerhafte Vollständige Invalidität (zusätzlich zu den im VID Schadenssparte angegebenen):

- biologische und / oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist.
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Beteiligte/Versicherte nicht über den laut geltenden Vorschriften erforderlichen Führerschein verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein, jedoch unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Moment des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt und diese innerhalb von drei Monaten ab dem Schadensfall erhalten hat.
- Unfälle durch Alkoholismus, Missbrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum durch den Beteiligten/Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum wurde zu therapeutischen Zwecken verschrieben, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann.
- Unfälle durch Streiks, Unruhen, Krawalle oder Krawalle, an denen der Beteiligte/Versicherte aktiv teilgenommen hat.
- Unfälle durch natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).
- Ereignisse, die auf folgende geistige Einschränkungen zurückzuführen sind: organisches Gehirnsyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände.
- Anwendungen ästhetischer Art, die vom Versicherten aus psychologischen oder persönlichen Gründen beantragt werden, mit Ausnahme der plastischen Rekonstruktion nach einem Unfall, der während der Gültigkeitsdauer der Versicherung aufgetreten ist.
- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.
- Ausübung aller auf professioneller Ebene ausgeübten sportlichen Aktivitäten mit Ausnahme der Teilnahme an Amateur-Wettbewerben oder entsprechenden Probeläufen sowie von Firmen- und firmenübergreifenden Wettbewerben.
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor- / Segelbooten auch als Passagier bei nicht rein regelmäßigen Wettbewerben und den entsprechenden Probeläufen.
- Boxsport, schwere Leichtathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern auf Felsen oder Eis, Bergsteigen auf über 4.000 m oder mehr als der dritten Stufe der französischen Skala und / oder Klettern auf Eis oder Gletschern oder Solo-Klettern, unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Springen vom Sprungbrett mit Skiern oder Wasserskiern, akrobatisches Skifahren, Bob, Rugby, American Football, Tauchen, Luftsport im Allgemeinen.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
  - Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz;
  - Tätigkeit als Zirkusartist und Stuntman
  - Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Bergwerken.

Deckungsausschlüsse **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit** (zusätzlich zu den im VID Schadenssparte angegebenen):

- biologische und / oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist.
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Beteiligte/Versicherte nicht über den laut geltenden Vorschriften erforderlichen Führerschein verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein, jedoch unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Moment des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt und diese innerhalb von drei Monaten ab dem Schadensfall erhalten hat.
- Unfälle durch Alkoholismus, Missbrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum durch den Beteiligten/Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder

Halluzinogenkonsum wurde zu therapeutischen Zwecken verschrieben, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann.

- Unfälle durch Streiks, Unruhen, Krawalle oder Krawalle, an denen der Beteiligte/Versicherte aktiv teilgenommen hat.
- Unfälle durch natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).
- Ereignisse, die auf folgende geistige Einschränkungen zurückzuführen sind: organisches Gehirnsyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände.
- Anwendungen ästhetischer Art, die vom Versicherten aus psychologischen oder persönlichen Gründen beantragt werden, mit Ausnahme der plastischen Rekonstruktion nach einem Unfall, der während der Gültigkeitsdauer der Versicherung aufgetreten ist.
- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.
- Ausübung aller auf professioneller Ebene ausgeübten sportlichen Aktivitäten mit Ausnahme der Teilnahme an Amateur-Wettbewerben oder entsprechenden Probeläufen sowie von Firmen- und firmenübergreifenden Wettbewerben.
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor- / Segelbooten auch als Passagier bei nicht rein regelmäßigen Wettbewerben und den entsprechenden Probeläufen.
- Boxsport, schwere Leichtathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern auf Felsen oder Eis, Bergsteigen auf über 4.000 m oder mehr als der dritten Stufe der französischen Skala und / oder Klettern auf Eis oder Gletschern oder Solo-Klettern, unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Springen vom Sprungbrett mit Skiern oder Wasserskiern, akrobatisches Skifahren, Bob, Rugby, American Football, Tauchen, Luftsport im Allgemeinen.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
  - Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz;
  - Tätigkeit als Zirkusartist und Stuntman
  - Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Bergwerken.

Deckungsausschlüsse **Beschäftigungsverlust** (zusätzlich zu den im VID angegebenen Schäden):

- Kündigung aus einem berechtigten subjektiven Grund.
- Die Kündigung erfolgt aus disziplinarischen oder beruflichen Gründen.
- Entlassung bei Verwandtschaftsverhältnissen mit dem Arbeitgeber.
- Der Arbeitsvertrag wurde im Ausland abgeschlossen, es sei denn dieser ist dem italienischen Recht unterstellt.
- Dem Versicherten ist zum Zeitpunkt des Beitritts die bevorstehende Arbeitslosigkeit oder objektive Umstände bekannt, die auf einen zukünftigen Stand der Arbeitslosigkeit hindeuten.
- Der Beteiligte/Versicherte hat sich nicht in der Liste der Arbeitsagentur eingetragen.

Weitere Einschränkungen für die Deckung **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit**:

- Selbstbehaltzeitraum: 60 Tage (die erste Entschädigung wird daher nach mindestens 60 aufeinanderfolgenden Arbeitsunfähigkeitstagen gezahlt)
- Weiterbildungsfrist, die zwischen zwei Schadensfällen im Sinne der Entschädigungsfähigkeit auch für den nachfolgenden Schadensfall liegen muss: 90 Tage

Weitere Einschränkungen für die Deckung **Beschäftigungsverlust**:

- Selbstbehaltzeitraum: 60 Tage (die erste Entschädigung wird daher nach mindestens 60 aufeinanderfolgenden Arbeitslosigkeitstagen gezahlt)
- Weiterbildungsfrist, die zwischen zwei Schadensfällen im Sinne der Entschädigungsfähigkeit auch für den nachfolgenden Schadensfall liegen muss: 90 Tage

Das Unternehmen ist in keinem Fall verpflichtet, Versicherungsschutz zu gewähren, Schadensersatzforderungen zu erfüllen, Zahlungen oder Entschädigungen auf der Grundlage dieses Vertrags zu garantieren, sofern die besagte Deckung, Zahlung oder Entschädigung dieselbe irgendwelchen Verboten, wirtschaftlichen Sanktionen oder Beschränkungen aufgrund von Resolutionen der Vereinten Nationen oder wirtschaftlichen oder kommerziellen Sanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen sollte (Ausschluss anwendbar sowohl auf die Lebensversicherungs- als auch auf die Schadenssparte).

Die für jeden Versicherungsschutz vorgesehenen Entschädigungen können grundsätzlich nicht mit Bezug auf denselben Zeitraum kumuliert werden.



## Welche Verpflichtungen habe ich? Welche Verpflichtungen hat das Unternehmen?

**Schadensfallmeldung:** Schadensmeldungen müssen unverzüglich an die Zweigstelle des



<p><b>Was tun im Schadensfall?</b></p>	<p>Versicherungsnehmers gemeldet werden, indem eine spezielle Benachrichtigung gesendet oder das Schadensmeldungsformular ausgefüllt wird (verfügbar in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder in der Zweigstelle des Versicherungsnehmers, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat). Die Schadensmeldung ist zusammen mit den erforderlichen Unterlagen an die Versicherungsgesellschaften unter folgenden Adressen weiterzuleiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für die Lebensversicherungssparte (Tod): <b>NET INSURANCE LIFE S.p.A</b> c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano</li> <li>• für die Schadensdeckungen (Dauerhafte Vollständige Invalidität - Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit - Beschäftigungsverlust): <b>NET INSURANCE S.p.A</b> c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano</li> </ul> <p><b>TOD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular oder ein Abwicklungsantrag mit folgenden Angaben: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).</li> <li>• Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.</li> <li>• Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.</li> </ul> </li> <li>- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens oder eines Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte Verlusterklärung</li> <li>- Original / Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten mit Angabe des Geburtsdatums.</li> <li>- Bericht des behandelnden Arztes über die Todesursachen, der eine nahe und entfernte pathologische Vorgeschichte enthält, unter besonderer Bezugnahme auf die Pathologie, die den Tod verursacht hat.</li> <li>- Kopie von medizinischen Unterlagen und / oder zugehörigen Gesundheitsunterlagen.</li> <li>- bei Krankeneinlieferungen eine vollständige Kopie aller Krankenakten mit Krankengeschichte im Zusammenhang mit den Krankenhausaufenthalten des Versicherten im Zusammenhang mit der Krankheit, die den Tod verursacht hat.</li> <li>- im Todesfall nach einem Unfall, Mord oder Suizid: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopie des Autopsie-Berichts und etwaiger toxikologischer Untersuchungen.</li> <li>• Protokolle der am Sterbeort aktivierten Justizbehörde.</li> </ul> </li> <li>- wenn ein Testament vorliegt: beglaubigte Kopie des von einem Amtsträger beglaubigten Originals des Berichts über die Veröffentlichung des bekannten Testaments, gültig und unbestritten.</li> <li>- Wenn kein Testament existiert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Von einem Amtsträger beglaubigte Erklärung anstelle der öffentlichen Beweisurkunde, aus der hervorgeht, dass kein Testament vorliegt, und wenn der Begünstigte in allgemeiner Form angegeben ist (z. B. Kinder, Ehepartner, Erben usw.), welche die Angabe der rechtmäßigen Erben und den Verwandtschaftsgrad enthält.</li> </ul> </li> <li>- einen Auszahlungsantrag, der von allen Begünstigten im Todesfall in Anwesenheit des Vermittlers oder mit einer beglaubigten Unterschrift eines Amtsträgers unterzeichnet wird und folgende Informationen enthalten muss: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).</li> <li>• Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages an jeden der Leistungsempfänger</li> <li>• Fotokopie des gültigen Ausweisdokuments und des Steuerausweises aller Begünstigten, unterzeichnet von den Inhabern der Dokumente.</li> <li>• Bei juristischen Personen als Begünstigte eine Fotokopie des gültigen Ausweises und des Steuerausweises des gesetzlichen Vertreters sowie ein Unternehmensdokument, das ihre rechtliche Vertretung bestätigt.</li> <li>• Bei Minderjährigen oder betreuten Personen als Begünstigten: von einem Amtsträger beglaubigte übereinstimmende Kopie des Originals des Beschlusses des Vormundschaftsberichts zur Zweckbestimmung des Kapitals.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>DAUERHAFT UND VOLLSTÄNDIGE INVALIDITÄT:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular oder ein Abwicklungsantrag mit folgenden Angaben: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).</li> </ul> </li> </ul>
--	--

- Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.
- Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens oder eines Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte Verlusterklärung.
- vom behandelnden Arzt ausgefüllte Schadensfallklärung.
- Kopie der Krankenakte, falls nach dem Unfall ein Krankenhausaufenthalt erforderlich war.
- Im Falle eines Schadensfalls nach einem Verkehrsunfall Kopie des von den eingesetzten Behörden herausgegebenen Protokolls.
- von den zuständigen Behörden ausgestellte Bescheinigung der dauerhaften Invalidität (INAIL, INPS, ASL usw.). Andernfalls ein ärztliches Attest, falls vorhanden

**VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT:**

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder in der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, die den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Liquidation, das die folgenden Informationen enthalten muss.
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.
  - Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens oder eines Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte Verlusterklärung.
- Erklärung der Bank über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate
- vom behandelnden Arzt ausgefüllte Schadensfallklärung.
- Kopie der Erste-Hilfe-Bescheinigung
- Kopie der medizinischen Berichte und etwaiger Krankenakten
- Kopie der ärztlichen Bescheinigungen, aus denen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bis zu derjenigen hervorgeht, die die Genesung bescheinigt.
- spätere ärztliche Atteste, die nach Ablauf des vorherigen ausgestellt werden (wenn nach Ablauf des vorherigen Attests kein Attest versandt wird, endet der Zeitraum für die Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit).

**BESCHÄFTIGUNGSVERLUST:**

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder in der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, die den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Liquidation, das die folgenden Informationen enthalten muss.
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.
  - Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Kopie des Beitrittsantrags zu den Versicherungsdeckungen oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte Verlusterklärung.
- Erklärung des Versicherungsnehmers über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate.
- Kopie des Kündigungsschreibens des Arbeitgebers.
- Kopie des Einstellungsschreibens oder gleichwertige Bescheinigung.
- Kopie der Registrierung in der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur und des möglichen Aufenthalts in dieser Abteilung von Monat zu Monat.
- Bescheinigung über die "Verfügbarkeit zur Arbeit" (Selbstbescheinigung des Arbeitnehmers, die von der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur abgestempelt wurde).
- Kopie des CIGS-Antrags des Arbeitgebers (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt)
- Bescheinigung des CIGS-Zeitraums mit entsprechender Zahlung (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt).

-

	<p><b>Verjährung der Deckung LEBEN:</b> 10 Jahre ab dem Tag, an dem das Ereignis eingetreten ist, auf dem der Anspruch beruht. Die den Begünstigten der Verträge zustehenden Beträge, die nicht innerhalb der Verjährungsfrist des jeweiligen Anspruchs geltend gemacht werden, werden bis zum 31. Mai des Folgejahrs der Verjährung, in den Entschädigungsfond für Sparer, die Opfer von Finanzbetrug geworden sind, überwiesen.</p> <p><b>Verjährung der Deckung SCHÄDEN:</b> 2 Jahre ab dem Tag, an dem das Ereignis eingetreten ist, auf dem der Anspruch beruht.</p> <p><b>Auszahlung der Leistungen:</b> Die Gesellschaft wird die im Vertrag vorgesehenen Leistungen innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen Schadensfallmeldung für jedes Dokument auszahlen.</p>
<b>Ungenau und unterlassene Angaben</b>	Bei ungenauen Angaben oder dem Verschweigen von Umständen bezüglich des Verhaltens des Beitretenden/Versicherten oder in Bezug auf Tatsachen oder Umstände, die eine Verschärfung des Risikos zur Folge haben, behält sich die Gesellschaft das Recht vor, die Bestimmungen von Artikel 1892 und 1893 des it. Zivilgesetzbuchs zur Anwendung zu bringen.
<b>Verpflichtungen des Unternehmens</b>	Die Informationen beschränken sich auf die Angaben der Produktinfo zur Schadenssparte.



### Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?


<b>Prämie</b>	<p>Der Beteiligte / der Versicherte ist verpflichtet, eine Prämie im Voraus und in einer einzigen Lösung für den von den Versicherungsgesellschaften bereitgestellten Versicherungsschutz zu zahlen</p> <p>Die Prämie wird als Prozentsatz des Gesamtbetrags der angeforderten Finanzierung oder des Restbetrags der Hauptkapitalschuld der Finanzierung im Falle bereits ausgezahlter Finanzierungen berechnet und basiert auf der Laufzeit des Finanzierungsvertrags (ausgedrückt in Monaten).</p> <p>Der Gesamtbetrag der Einzelprämie entspricht der Summe der Prämienversicherungskomponente für die Deckung Tod und der Komponenten der Schadensdeckungsprämie.</p>
<b>Erstattung</b>	<p>Der Beteiligte/Versicherte hat Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Prämie (abzüglich der anfallenden Steuern), wenn er innerhalb von 60 Tagen ab dem Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurücktritt</p> <p>Bei einer vorzeitigen Rückzahlung der Finanzierung, es sei denn, der Beteiligte/der Versicherte hat die Aufrechterhaltung der Deckung bis zum ursprünglichen Ablauf nicht beantragt, erstatten die Unternehmen den Teil der Prämie, der für den verbleibenden Zeitraum in Bezug auf die ursprüngliche Ablauf gezahlt wurde, bei vollständiger Rückzahlung, oder in Bezug auf die proportionale Risikominderung im Falle der anteiligen Rückzahlung</p>





### Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?


<b>Laufzeit</b>	<p>Der Versicherungsschutz endet um 24.00 Uhr an dem Tag, an dem eines der folgenden Ereignisse eintritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fälligkeitsdatum der letzten im Finanzierungsrückzahlungsplan vorgesehenen Rate.</li> <li>• Fälligkeit der jährlichen Verlängerung bei Kündigung seitens des Kunden im Fall von Jahresteilnahmen.</li> <li>• Vorzeitige Rückzahlung der Finanzierung oder Übernahme, wenn der Versicherte die Aufrechterhaltung der Deckung bis zum ursprünglichen Vertragsende nicht beantragt hat.</li> <li>• Abwicklung der Leistung im Rahmen der für die Deckungen Todesfall oder Dauerhafte Vollständige Invalidität.</li> <li>• Vollendung des 78. Lebensjahres seitens des Beteiligten / Versicherten, falls vor dem Fälligkeitsdatum, für die Deckungen Todesfall oder Dauerhafte Vollständige Invalidität.</li> <li>• Versetzung in den Ruhestand (nur für die Deckung Dauerhafte Vollständige Invalidität und Beschäftigungsverlust)</li> </ul> <p>Bei mehr als einem Versicherten (anteilige Versicherung) beeinträchtigt die Abtretung der Deckungen gegenüber einen von ihnen nicht die Fortsetzung des Versicherungsschutzes zugunsten der anderen Versicherten</p> <p>Für bestimmte Deckungen ist der folgende anfängliche Wartezeitraum vorgesehen, in dem die Versicherung nicht wirksam ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschäftigungsverlust: 60 Tage</li> </ul>
-----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit: 60 Tage</li> </ul>
<b>Unterbrechung</b>	Es besteht keine Möglichkeit, die Garantien auszusetzen.

 <b>Wie kann die Kündigung erfolgen?</b>	
<b>Widerruf</b>	Der Beitrittsantrag kann vom Beitretenden/Versicherten bis zum Datum des Inkrafttretens widerrufen werden.
<b>Rücktritt</b>	Es gibt keine weiteren, über die Bestimmungen im VID Leben und/oder VID Schadenssparte hinausgehenden Informationen vor.
<b>Auflösung</b>	Es gibt keine weiteren, über die Bestimmungen im VID Leben und/oder VID Schadenssparte hinausgehenden Informationen vor.

 <b>An wen richtet sich dieses Produkt?</b>	
Dieses Versicherungsprodukt richtet sich an Kunden des Versicherungsnehmers, die einen Finanzierungsvertrag mit diesem abgeschlossen haben und zum Zeitpunkt der Teilnahme zwischen 18 und nicht vollendeten 65 Jahren alt waren. Davon unbeschadet bleibt, dass der Versicherungsschutz für die Deckungen Tod, Vollständige und dauerhafte Invalidität auf Personen bis nicht vollendete 78 Jahre begrenzt ist und für die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust bei Versetzung in den Ruhestand endet.	

 <b>Welche Kosten entstehen dabei?</b>	
<b>Prämienkosten</b>	
Nachfolgend finden Sie detaillierte Informationen zu den Kosten:	
	<b>Belastung</b>
Deckung Leben	71,00%
Deckung Schäden	71,00%
der einmaligen Vorausprämie oder der jährlichen Prämie nach Abzug von Steuern, sofern zutreffend.	
<b>Vermittlungskosten</b>	
Der Anteil der Kosten, die der Produktvertreiber durchschnittlich erhält, ist nachstehend aufgeführt:	
	<b>Belastung</b>
Deckung Leben	69,01%
Deckung Schäden	69,01%
der Kosten selbst	

 <b>Sind Rückkäufe oder Kürzungen vorgesehen? <input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEIN</b>	
<b>Rückkaufwert und Kürzung</b>	Dieser Vertrag sieht weder einen Rückkauf noch eine Kürzung vor.

<b>WIE KANN ICH REKLAMATIONEN EINREICHEN UND STREITIGKEITEN BEILEGEN?</b>	
<b>Beim Versicherungsunternehmen</b>	Reklamationen bezüglich des Vertragsverhältnisses oder der Abwicklung der Schadensfälle sind schriftlich zu richten an: <b>für die Deckung Todesfall:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papierpost (auch Einschreiben mit Rückschein): NET INSURANCE LIFE S.p.A.– Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 – 00161 ROM</li> <li>• Per zertifizierter E-Mail: <a href="mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it">ufficio.reclami@pec.netinsurance.it</a>;</li> <li>• Fax: 06.89326.570</li> </ul> <b>für die Deckungen Bleibende Vollinvalidität und Beistand:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papierpost (auch Einschreiben mit Rückschein): NET INSURANCE S.p.A.– Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani 4 – 00161 ROM</li> <li>• Per zertifizierter E-Mail: <a href="mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it">ufficio.reclami@pec.netinsurance.it</a>;</li> <li>• Fax: 06.89326.570</li> </ul>

	Reklamationen werden innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt bearbeitet.
<b>Bei der Aufsichtsbehörde IVASS</b>	Wird die Beschwerde durch das Versicherungsunternehmen oder den Vermittler abgelehnt, nur zum Teil berücksichtigt oder nicht binnen 45 Tagen beantwortet, kann sich der Beigetretene/Versicherte an die Aufsichtsbehörde IVASS wenden, Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Info unter: www.ivass.it.
<b>VOR BESCHREITUNG DES RECHTSWEGS können alternative Verfahren zur Streitbeilegung in Anspruch genommen werden, unter anderem:</b>	
<b>Schlichtung</b>	Durch Einschaltung einer Schlichtungsstelle unter jenen, die im Verzeichnis des Justizministeriums aufgeführt sind, das auf der Website <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> konsultiert werden kann. (Gesetz Nr. 98 vom 9.8.2013)
<b>Verhandlung mit Rechtsbeistand</b>	Über den eigenen Rechtsanwalt an die Unternehmen.
<b>Weitere alternative Möglichkeiten zur Beilegung von Rechtsstreitigkeiten</b>	Für die Beilegung grenzüberschreitender Streitigkeiten kann die Beschwerde direkt bei den im Ausland zuständigen Stellen eingereicht werden, d.h. dort wo das Unternehmen, das den Vertrag abgeschlossen hat ( <a href="http://www.ec.europa.eu/odr">auffindbar unter http://www.ec.europa.eu/odr</a> ) seinen Sitz hat, indem das Verfahren FIN - NET aktiviert wird, oder direkt bei der Aufsichtsbehörde IVASS, die dann für die Weiterleitung an das genannte System und die Benachrichtigung des Beschwerdeführers sorgen wird.

<b>BESTEuerung</b>	
<b>Auf den Vertrag anwendbare Steuer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Teil der Prämie, der für den Geschäftsbereich Leben bestimmt ist, unterliegt keiner Besteuerung, während der Teil der Prämie für die Schadenssparte einer Steuer von 2,5% unterliegt.</li> <li>• Auf an die Gesellschaft gezahlte Prämien in Bezug auf das Risiko des Todes sowie der Vollständige und Dauerhafte Invalidität aufgrund von Unfällen oder Krankheiten innerhalb der Höchstgrenze von 530,00 EUR, basierend auf den zum Zeitpunkt der Ausarbeitung dieser Police in Rahmenvertrag geltenden Rechtsvorschriften wird ein IRPEF-Steuerabzug von aktuell 19% der Prämien anerkannt.</li> </ul>

**BEI VORZEITIGER ABLÖSUNG ODER UMSCHULDUNG DER FINANZIERUNG IST DAS UNTERNEHMEN ZUR RÜCKERSTATTUNG DES ANTEILS DER BEZAHLTEN PRÄMIE VERPFLICHTET, WELCHER DER RESTLAUFZEIT BIS ZUM URSPRÜNGLICHEN ABLAUFDATUM ENTSpricht. ALTERNATIV KANN BEI DER GESELLSCHAFT DIE WEITERFÜHRUNG DER VERSICHERUNG BIS ZUM ABLAUF BEANTRAGT WERDEN, WOBEI GGF. EIN ANDERER BEGÜNSTIGTER EINGESETZT WERDEN KANN.**

**DIE GESELLSCHAFT IST VERPFLICHTET, BINNEN SECHZIG TAGEN NACH ENDE JEDES KALENDERJAHRES DEN JAHRESAUZUG IHRER VERSICHERUNGSPPOSITION ZU ÜBERMITTELN.**

**VOR DEM AUSFÜLLEN DER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN DIE IN DEN UNTERLAGEN ENTHALTENEN EMPFEHLUNGEN UND HINWEISE AUFMERKSAM LESEN. EVENTUELLE UNGENAUE ODER UNWAHRE ANGABEN KÖNNEN DEN ANSPRUCH AUF DIE VERSICHERUNGSL EISTUNG EINSCHRÄNKEN ODER KOMPLETT AUSSCHLIESSEN.**

**FÜR DIESEN VERTRAG VERFÜGT DAS UNTERNEHMEN ÜBER EINEN DEM VERSICHERUNGSNEHMER VORBEHALTENEN INTERNETBEREICH (SOGENANNT E HOME INSURANCE). NACH VERTRAGSABSCHLUSS KÖNNEN SIE DAHER DIESEN BEREICH EINSEHEN UND ZUR ONLINE-VERWALTUNG DES VERTRAGS VERWENDEN.**





## Inhalt

GLOSSAR .....	3
VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN .....	6
ART. 1 VERSICHERUNGSSCHUTZLEISTUNGEN .....	6
ART. 2 PFLICHTEN DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT .....	7
ART. 3 VERSICHERBARKEITSANFORDERUNGEN UND ZULASSUNGSFORMALITÄTEN .....	7
ART. 4 ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN .....	8
ART. 5 ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN .....	8
ART. 6 VERSCHLIMMERUNG UND VERRINGERUNG DES RISIKOS UND VERÄNDERUNG IM BERUF .....	8
ART. 7 DATUM DES INKRAFTTRETENS UND LAUFZEIT DES VERSICHERUNGSSCHUTZES .....	8
ART. 8 WIDERRUFS-, RÜCKTRITTS- UND KÜNDIGUNGSRECHT .....	9
ART. 9 LEISTUNGSEMPFÄNGER .....	9
ART. 10 ZAHLUNG DER PRÄMIE .....	10
ART. 11 VORZEITIGE RÜCKZAHLUNG UND ABTRETUNG DER FINANZIERUNG .....	10
ART. 12 SCHADENSMELDUNG .....	11
ART. 13 PFLICHTEN DES VERSICHERTEN ODER SEINER BEVOLLMÄCHTIGTEN IM SCHADENSFALL .....	14
ART. 14 AUSZAHLUNG DER LEISTUNGEN .....	15
ART. 15 WEITERE VERSICHERUNGEN .....	15
ART. 16 ABGABEN UND ANDERE STEUERLICHE BELASTUNGEN .....	15
ART. 17 KOMMUNIKATIONEN .....	15
ART. 18 DEM VERSICHERTEN AUSZUHÄNDIGENDE UNTERLAGEN .....	15
ART. 19 VERZICHT AUF ENTSCHÄDIGUNG .....	15
ART. 20 ANWENDBARES RECHT .....	15
ART. 21 GERICHTSSTAND .....	15
ART. 22 HAFTUNGSAUSSCHLUSS .....	16
ART. 23 REKLAMATIONEN .....	16
ART. 24 ABTRETUNG VON RECHTEN .....	16
ART. 25 RECHTSSTREITIGKEITEN .....	16
ART. 26 VERJÄHRUNGSFRISTEN .....	16
ART. 27 SANKTIONEN .....	16
ART. 28 ÄNDERUNGEN AM BEITRITTSANTRAG .....	17
VERSICHERUNGSSCHUTZ TODESFALL .....	18
ART. 29 GEGENSTAND DER DECKUNG IM TODESFALL .....	18
ART. 30 VERSICHERTE LEISTUNGEN .....	18
ART. 31 LEISTUNGSEMPFÄNGER .....	18
ART. 32 AUSSCHLÜSSE .....	18
ART. 33 RÜCKKAUF UND DARLEHEN .....	19
ART. 34 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN .....	19
VERSICHERUNG FÜR UNFALL- ODER KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT .....	20
ART. 35 VERSICHERTE LEISTUNGEN .....	20
ART. 36 AUSSCHLÜSSE .....	20
ART. 37 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN .....	21
VERSICHERUNG FÜR VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT .....	22
ART. 38 VERSICHERTE LEISTUNGEN .....	22
ART. 39 AUSSCHLÜSSE .....	22
ART. 40 SPÄTERE MELDUNGEN .....	23
ART. 41 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN .....	23
VERSICHERUNG GEGEN ARBEITSPLATZVERLUST .....	24
ART. 42 VERSICHERTE LEISTUNGEN .....	24
ART. 43 AUSSCHLÜSSE .....	24
ART. 44 SPÄTERE MELDUNGEN - AUSSETZUNG DER LEISTUNGEN .....	25
ART. 45 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN .....	25
INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ .....	1
FAKSIMILE DES BEITRITTSANTRAGS .....	1
VEREINFACHTER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN .....	1

# Versicherungsbedingungen - NET CPI Prestiti



ANAMNESEFRAGEBOGEN.....	1
FORMULAR FÜR DIE SCHADENSMELDUNG .....	1
NÜTZLICHE KONTAKTE.....	1



## GLOSSAR

### **Beteiligter**

Person, die sich freiwillig an die Police in Rahmenvertrag gehalten hat, indem sie das Anmeldeformular unterzeichnet und den Preis gezahlt hat. Fällt mit der natürlichen Person zusammen, die einen Finanzierungsvertrag mit der Bank oder einem oder mehreren möglichen Bürgen unterzeichnet hat.

### **Teilnahme:**

Anwendung, die sich aus der Unterzeichnung des Beitrittsantrags zur Police in Rahmenvertrag (oder zum Vertrag) durch den Versicherten ergibt.

### **Versicherter**

Versichert ist die natürliche Person im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, Kunde des Versicherungsnehmers als Inhaber oder Garant des Finanzierungsvertrags. Der Versicherte stimmt auch mit dem Beteiligten überein, das heißt mit der Person, die sich fakultativ an der Police in Rahmenvertrag beteiligt hat, indem sie den Beitrittsantrag unterschrieben und die Prämie bezahlt hat.

### **Kreditinstitut**

Stimmt mit dem Versicherungsnehmer überein

### **Leistungsempfänger**

Leistungsempfänger im Todesfall ist die natürliche oder juristische Person, die der Versicherte im Beitrittsantrag benannt hat und die bei Eintritt des Anspruchs die in der Gruppenpolice vorgesehene Leistung erhält.

Leistungsempfänger für die Versicherungsschutzleistungen Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust ist der Versicherte selbst.

### **Broker**

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

### **Deckungssumme**

Leistung, die die Versicherungsgesellschaft dem Leistungsempfänger im Falle des Todes oder der vollständigen und dauerhaften Invalidität des Versicherten während der Laufzeit der Teilnahme zahlt. Die Deckungssumme entspricht der Restkapitalschuld, die aus dem vom Versicherten mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten und mit der Einhaltung der Police verbundenen Finanzierungsvertrag resultiert und zum Zeitpunkt des Anspruchs berechnet wird, wobei die regelmäßige Rückzahlung auf der Grundlage des Tilgungsplans des Finanzierungsvertrags angenommen wird. Der gezahlte Betrag versteht sich daher netto nach den nicht gezahlten Raten oder Teilraten und den zwischenzeitlich aufgelaufenen Zinsen.

### **Wartezeit**

Die Wartezeit ist der Zeitraum unmittelbar nach dem Datum des Inkrafttretens, während dessen der Versicherungsschutz nicht wirksam ist. Sollte das Schadensereignis in diesem Zeitraum eintreten, zahlt die Schadenversicherungsgesellschaft die versicherte

Leistung nicht.

### **Mit-Inhaber**

Die Person, die zusammen mit dem Inhaber des Finanzierungsvertrags Mitinhaber desselben ist.

### **Versicherungsgesellschaften**

Für die Lebensversicherungssparte: NET INSURANCE LIFE S.p.A. - Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 – 00161 ROM  
Für die Schadenssparte: (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust) NET INSURANCE S.p.A.– Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 – 00161 ROM

### **Versicherungsnehmer**

Bank /Kreditinstitut, bei der/dem die Finanzierung beantragt wird, und die/das den Police in Rahmenvertrag mit den Gesellschaften abschließt.

### **Allgemeine**

#### **Versicherungsbedingungen/Versicherungsbedingungen**

In einem Versicherungsvertrag vorgesehene Grundklauseln. Sie beziehen sich auf die allgemeinen Aspekte des Vertrages, wie die Zahlung der Prämie, die Gültigkeit der Garantie, die Laufzeit des Vertrages.

#### **Finanzierungsvertrag**

Der Finanzierungsvertrag ist der Vertrag, mit dem die Bank dem Versicherten eine Finanzierung gewährt, die in den Geltungsbereich von **Privatkrediten** für einen vorher festgelegten Betrag fällt, der vom Versicherten nach einem französischen Tilgungsplan zurückzuzahlen ist, dessen Laufzeit jedoch nicht über 120 Jahre hinausgeht und auf den sich der in dieser Police in Rahmenvertrag genannte Versicherungsschutz bezieht

#### **Versicherungsschutz**

Der von den Versicherungsgesellschaften gewährte Versicherungsschutz entsteht durch die Zahlung einer Prämie, gegenüber der die Versicherungsgesellschaften verpflichtet sind, die Entschädigung beim Eintreten eines Schadensfalls zu zahlen.



## **Datum des Inkrafttretens**

Datum, ab dem die Teilnahme wirksam ist:

- a) bei neu ausgegebenen Finanzierungen, sofern die vom Vertragspartner gewährte Finanzierung auch nur teilweise effektiv ausgezahlt wurde, fällt das Datum des Inkrafttretens mit dem Datum der Auszahlung der Finanzierung zusammen. Falls das Datum der Unterzeichnung auf dem Antragsformular nicht mit dem Datum der Auszahlung der Finanzierung übereinstimmt, wird nur letzteres berücksichtigt, und die Teilnahme gilt erst ab dem Datum des Inkrafttretens mit den entsprechenden Auswirkungen als abgeschlossen.
- b) für bereits ausgezahlte Finanzierungen (Stock) fällt das Datum des Inkrafttretens mit dem Datum der Unterzeichnung zusammen, das im Beitrittsantrag enthalten ist.

## **Tod**

Tod des Versicherten.

## **Restschuld**

Der im Verhältnis zur Finanzierung zu Gunsten des Versicherungsnehmers verbleibende Kapitalbetrag ergibt sich aus dem Tilgungsplan des Darlehensvertrags abzüglich etwaiger nicht bezahlter Raten.

## **Arbeitslosigkeit**

Status des Versicherten, Angestellten des Privatsektors, wenn er gleichzeitig:

- seine normale Arbeitstätigkeit eingestellt hat und keinen anderen Beruf ausübt, der länger als 16 Stunden pro Woche dauert und ein Einkommen oder einen Gewinn erzielt.
- im Verzeichnis der Arbeitssuchenden eingetragen ist oder erhält eine Lohnergänzungs-Sondervergütung erhält.
- keine Stellenangebote ablehnt.

## **Laufzeit des Versicherungsschutzes**

Zeitintervall zwischen dem Datum des Inkrafttretens der Teilnahme und dem Ablaufdatum, für dessen Dauer der Versicherungsschutz gültig ist.

## **Franchise**

Der Selbstbehalt bei vorübergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust entspricht dem Zeitraum, in dem der Versicherte bei Vorliegen eines schadensersatzpflichtigen Ereignisses im Sinne dieser Police in Rahmenvertrag keinen Anspruch auf Entschädigung hat. Der Selbstbehalt für die Versicherungsschutzleistung Dauerhafte Vollständige Invalidität ist der Prozentsatz, unter dem keine Entschädigung gezahlt wird.

## **Bürge**

Dritter, der mit seinem eigenen Vermögen, auch durch eine Bürgschaft, die Erfüllung der im Finanzierungsvertrag genannten Verpflichtung garantiert und gemeinsam mit dem Finanzierungsaufnehmer haftet. Kann mit dem Versicherten/Beteiligten übereinstimmen.

## **IVASS**

Versicherungsüberwachungsinstitut, das Aufsichtsfunktionen in Bezug auf Versicherungsunternehmen auf der Grundlage der von

der Regierung festgelegten Versicherungspolitiken wahrnimmt

## **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit**

Die Arbeitsunfähigkeit ist der vorübergehende und vollständige Verlust der Fähigkeit des Versicherten, seinem Beruf oder Handwerk nachzugehen, infolge eines Unfalls oder einer Krankheit.

## **Entschädigung**

Der Betrag, den die Versicherungsgesellschaften aufgrund des in dieser Police in Rahmenvertrag festgelegten Versicherungsschutzes nach dem Eintreten eines Schadensfalls zahlen müssen.

## **Unfall**

Der Unfall ist ein Ereignis aufgrund einer gewaltsamen und externen Unfallursache, die nach Maßgabe dieser Police in Rahmenvertrag Richtlinie objektiv feststellbare und entschädigungspflichtige Körperverletzungen zur Folge hat.

## **Dauerhafte Vollständige Invalidität**

Der vollständige, endgültige und unwiederbringliche Verlust der geistigen und körperlichen Unversehrtheit des Versicherten nach einem Unfall oder einer Krankheit, unabhängig davon, ob er seine eigene berufliche Tätigkeit ausübt oder nicht. Im Falle einer Behinderung infolge eines Unfalls oder einer Krankheit wird die dauerhafte vollständige Invalidität im Sinne dieser Police anerkannt, wenn der Grad der dauerhaften Invalidität des Versicherten auf der Grundlage und gemäß den festgelegten Kriterien für die Sozialversicherung gegen Unfälle und Berufskrankheiten unter Hinweis auf die Bestimmungen des Einheitstextes gemäß Erlass des it. Staatspräsidenten D.P.R. 30.6.1965 Nr.° 1124 - "Tabelle der Bewertungen des prozentualen Grads der dauerhaften Invalidität - INDUSTRIE" 66% oder mehr der Vollinvalidität beträgt. Die Beurteilung der dauerhaften Invalidität erfolgt frühestens sechs Monate nach dem Datum der Meldung der Krankheit oder des Unfalls und in jedem Fall spätestens zwölf Monate nach diesem Datum.

## **Abhängige Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft**

Hinsichtlich der Wählbarkeit der Option 3: Abhängiger Arbeitnehmer im privaten Sektor ist die natürliche Person, die ihre Arbeitstätigkeit mit einer beliebigen Qualifikation oder in einer beliebigen Kategorie in einem Abhängigkeitsverhältnis aufgrund eines unbefristeten Arbeitsvertrags mit einer Leistungsverpflichtung von mindestens 20 Stunden pro Woche ausführt.

Beispielsweise werden als abhängige Arbeitnehmer betrachtet:



- Manager, Führungskräfte, Angestellte und Arbeiter
- Genossenschaftsmitglieder, die in den Gehaltslisten eingetragen sind

## **Krankheit**

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

## **Beschäftigungsloser**

Natürliche Person, die kein Einkommen erwirtschaftet.

## **Normale Arbeitstätigkeit**

Vergütete oder anderweitig produktive Erwerbstätigkeit des Versicherten mit gewöhnlichem und vorherrschendem Charakter unmittelbar vor dem Schadensereignis.

## **Parteien**

Versicherungsgesellschaften, Versicherungsnehmer und Versicherte.

## **Versetzung in den Ruhestand**

Der Übergang des Arbeitnehmers vom aktiven Dienst zum Rentner. Diese Situation berechtigt oder erfordert die Beendigung der Tätigkeit eines Arbeitnehmers und seine Versetzung in den Ruhestand.

## **Beschäftigungsverlust**

Zustand der Arbeitslosigkeit in Folge von: - berechtigter objektiver Grund; - Rechtsstreitigkeiten, die zu einer Entschädigung durch Lohnergänzungs-Sondervergütung führen.

## **Weiterbildungsfrist**

Die Weiterbildungsfrist ist die Zeitspanne nach Beendigung der Arbeitslosigkeit oder der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit, in welcher der Versicherte seine normale Arbeitstätigkeit ausüben muss, bevor er eine weitere Meldung in Bezug auf einen neuen Schadensfall wegen Arbeitslosigkeit oder Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit einreichen kann.

## **Police in Rahmenvertrag (oder Vertrag)**

Police in Rahmenvertrag mit optionaler Mitgliedschaft, unterzeichnet zwischen NET INSURANCE S.p.A., NET INSURANCE LIFE S.p.A. und der Versicherungsnehmer-Bank im Interesse mehrerer Versicherter, die sich gegen die in der Police selbst enthaltenen Risiken absichern wollen.

## **Prämie**

Betrag einschließlich Steuern, den der Beteiligte / der Versicherte bei Unterzeichnung des Beitrittsantrag auf Versicherungsschutz zu zahlen hat. Der Preis wird im Voraus in einer einzigen Lösung ausgezahlt und als Prozentsatz der Deckungssumme berechnet.

## **Einkommenserzeuger**

Hinsichtlich der Wählbarkeit der Option 2): Person, die zum Zeitpunkt der Teilnahme Einkünfte aus Arbeit oder Geschäft oder Einkünfte aus der Ausübung von abhängiger Arbeit, aus der Ausübung von Künsten oder Berufen oder aus Ausübung von Handelstätigkeiten hat.

## **Vereinfachter Arztfragebogen/Anamnese-Fragebogen**

Dokumente, die der Versicherte vor Abschluss der Versicherung auf Verlangen des Unternehmens ausfüllen muss, und die Fragen zu Gesundheitszustand und Lebensgewohnheiten des Versicherten enthalten.

Die vom Erklärenden zur Verfügung gestellten Informationen dienen der Einschätzung des Risikos und der Festlegung der Versicherungsbedingungen.

## **Monatsrate**

Monatliche Rate der Finanzierung, die vom Versicherungsnehmer gemäß dem Tilgungsplan Finanzierungsvertrag für die Versicherungsgesellschaft berechnet wurde. Bei einer von der monatlichen abweichenden Aufteilung wird die Entschädigung für die Versicherungsschutzleistungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust jeweils monatlich festgelegt.

## **Beitrittsantrag**

Die vom Versicherten im Zuge des mit dem Versicherungsnehmer abgeschlossenen Finanzierungsvertrag unterzeichnete Erklärung, mit welcher der Versicherte der Police in Rahmenvertrag beitrifft und die die für die Zwecke der Versicherung relevanten Erklärungen enthält.

## **Schadensfall**

Schadensereignis, für das eine Versicherung besteht.





## VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN RAHMENVERTRAG NET CPI PRESTITI

Die vollständigen Texte der zwischen dem VERSICHERUNGSNEHMER und den VERSICHERUNGSGESELLSCHAFTEN vereinbarten Police in Rahmenvertrag sind am Sitz der Vertragspartei und in den Geschäftsräumen von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. niedergelegt.

### ART. 1 VERSICHERUNGSSCHUTZLEISTUNGEN

Dieser Vertrag beinhaltet abhängig von den Optionen, die unterzeichnet werden können, folgende Versicherungsschutzleistungen:

- Todesfall, für alle Versicherten, geleistet von NET INSURANCE LIFE S.p.A. (Optionen 1, 2 und 3);
- Dauerhafte Vollständige Invalidität, für alle Versicherten, geleistet von a NET INSURANCE S.p.A. (Optionen 1, 2 und 3);
- Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, nur für Einkommenserzeuger, ausgenommen abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag geleistet von NET INSURANCE S.p.A. (Option 2).
- Beschäftigungsverlust, nur für abhängige Arbeitnehmer des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag, geleistet von NET INSURANCE S.p.A. (Option 3).

Zum besseren Verständnis wird das folgende vereinfachende Schema wieder Vertragsoption gegeben:

Vertragsoption	Versicherungsfähige Personen	Deckungen			
		Todesfall	Dauerhafte und Vollständige Invalidität	Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit	Beschäftigungsverlust
<b>Option 1</b>	Alle Versicherten	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	<i>Nein</i>
<b>Option 2</b>	Nur den selbständig Erwerbstätigen vorbehalten. Kann für nicht arbeitende Personen und Beschäftigte in der Privatwirtschaft mit unbefristetem Anstellungsvertrag und mindestens 12 Monaten nicht abgeschlossen werden.	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
<b>Option 3</b>	Ausschließlich Beschäftigten in der Privatwirtschaft mit unbefristetem Anstellungsvertrag und mindestens 12 Monaten vorbehalten. Kann für nicht arbeitende Personen oder selbständig Erwerbstätige nicht abgeschlossen werden.	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>

Die Deckungen werden von den Versicherungsgesellschaften auf der Grundlage der Mitteilungen des Versicherungsnehmers und der Erklärungen des Versicherten geleistet.



Die Deckungen gelten ohne räumliche Begrenzung, aber die Deckungen Dauerhafte Vollständige Invalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit müssen von einem Arzt beurteilt werden, der seine Tätigkeit in einem Mitgliedsland der Europäischen Union ausübt. Die Deckung für den Verlust des Arbeitsverhältnisses gilt nur für Arbeitsverträge nach italienischem Recht.

## ART. 2 PFLICHTEN DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

Die Pflichten der Versicherungsgesellschaften ergeben sich ausschließlich aus der Gruppenpolice, aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, aus dem Beitrittsantrag sowie aus etwaigen von den Versicherungsgesellschaften selbst herausgegebenen Anhängen.

Für alle Angelegenheiten, die nicht ausdrücklich im Vertrag geregelt sind, gilt das anwendbare Recht.

## ART. 3 VERSICHERBARKEITANFORDERUNGEN UND ZULASSUNGSFORMALITÄTEN

Versicherbar ist jede natürliche Person, die:

- a) mit dem Versicherungsnehmer einen Finanzierungsvertrag mit einer Laufzeit zwischen 6 Monaten und 120 Monaten abgeschlossen hat oder in Bezug auf denselben Vertrag als Bürge angeführt ist. Bei einer bereits ausgezahlten Finanzierung darf die Restlaufzeit zum Zeitpunkt der Teilnahme 60 Monate nicht unterschreiten.
- b) Die maximal versicherbaren Beträge sind im nachstehenden Artikel 4 aufgeführt.
- c) zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Beitrittsantrags mindestens 18 Jahre und unter 65 Jahre alt ist, unbeschadet der Tatsache, dass das maximale Alter bei Fälligkeit im Hinblick auf die Wirksamkeit der Versicherung für die Deckungen Tod und Dauerhafte Vollständige Invalidität sowie bei Versetzung in den Ruhestand wegen der Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust nicht vollendete 78 Jahre beträgt.
- d) mit der Unterzeichnung des Beitrittsantrags, des vereinfachten medizinischen Fragebogens und des ausgefüllten Anamnese-Fragebogens, der vom Versicherten allein und mit Hilfe seines Hausarztes datiert und unterzeichnet wurde, der Police in Rahmenvertrag beigetreten ist.
- e) zusätzliche Unterlagen vorgelegt hat, die gegebenenfalls erforderlich sind.
- f) die Einmalprämie im Voraus oder den Jahrespreis nach Annahme durch die Gesellschaften gezahlt hat

Bitte beachten Sie, dass der Versicherte für Deckungssummen bis zu 25.000,00 € diese Police durch Unterzeichnung NUR des Beitrittsantrags abschließen kann

Der Versicherte bekundet durch Unterzeichnung des Beitrittsformulars, das 6 Monate gültig ist sein Interesse, an der Police teilzunehmen.

Jede Teilnahme muss mit den im nachstehenden Artikel 3.1 angegebenen Unterlagen abgeschlossen werden.

Im Falle der Unterzeichnung des vereinfachten medizinischen Fragebogens mit allen negativen Antworten gilt der Versicherungsschutz nach der Unterzeichnung des Beitrittsformulars als vom Unternehmen gewährt. Bei Unterzeichnung des Anamnese-Fragebogens behält sich das Unternehmen das Recht vor, über die Annahme oder Ablehnung des Versicherungsschutzes zu entscheiden oder weitere Gesundheitsunterlagen anzufordern. In solchen Fällen verpflichtet sich die Gesellschaft, dem Versicherten und zur Information dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Annahme oder Ablehnung des Risikos mitzuteilen.

Die Finanzierungsvorgänge, welche die Mitinhaberschaft vorsehen, können von dieser Police in Rahmenvertrag abgedeckt werden. Dabei ist zu beachten, dass im Falle einer Mitinhaberschaft maximal zwei Personen versichert werden können. Jeder Mitversicherte kann frei einen Prozentsatz bis zu 100% des Gesamtbetrags / der Restschuld der Finanzierung wählen. Die Verpflichtung zur vollständigen Deckung durch die summierten Anteile der Mitversicherten, die mindestens 100% des Gesamtbetrags / der Restschuld der Finanzierung entsprechen müssen, bleibt dabei bestehen. Bei mehr als einem versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung hat die Nichtannahme der Zulassung zum Versicherungsschutz seitens der Versicherungsgesellschaften nur gegenüber einem von diesen keinen Einfluss auf die Wirksamkeit der Versicherung für den verbleibenden Versicherten, unter der Voraussetzung, dass die Gesamtversicherungssumme mindestens der für die Finanzierung erforderlichen Gesamtsumme entspricht und die Bestimmungen für die Übernahme des Versicherungsschutzes eingehalten werden.

Unter besonderer Berücksichtigung der Deckungen **Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit** und **Beschäftigungsverlust** ist jede natürliche Person versicherbar, die in den letzten 12 (zwölf) Monaten, länger als 60 (sechzig) ununterbrochene Tage wegen Krankheit oder Unfall nicht an der normalen Arbeitstätigkeit teilgenommen hat.

### 3.1 Übernahmeregeln

**Die Risikoübernahme erfolgt auf der Grundlage der Angaben im Beitrittsformular, die in allen Teilen ausgefüllt, vom Versicherten datiert und unterschrieben und auf Wunsch vom Versicherten allein oder mit dem Versicherten ausgefüllt, datiert und unterschrieben werden. Hilfe von Ihrem Hausarzt und anderen erforderlichen Unterlagen.**

**Jeder Teilnahme muss mit den folgenden Unterlagen abgeschlossen werden:**



- Für Deckungssummen bis 25.000,00 € (fünfundzwanzigtausend / 00) muss der vereinfachte medizinische Fragebogen nicht unterschrieben werden
- Für Deckungssummen über 25.000,00 Euro (fünfundzwanzigtausend / 00) und wenn das Alter des Versicherten zum Zeitpunkt des Abonnements 55 Jahre oder weniger beträgt, muss der im Beitrittsformular enthaltene vereinfachte medizinische Fragebogen unterschrieben werden. Bei mindestens einer positiven Antwort im oben bezeichneten Fragebogen muss der Anamnese-Fragebogen an die Gesellschaft gesendet werden. Die Teilnahme kann nur mit Zustimmung der Gesellschaft abgeschlossen werden.
- Wenn das Alter des Versicherten zum Zeitpunkt der Mitgliedschaft mehr als 55 Jahre beträgt, muss der spezifische Anamnese-Fragebogen an die Gesellschaft gesendet werden. Die Teilnahme kann nur mit Zustimmung der Gesellschaft abgeschlossen werden.

Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, von Zeit zu Zeit zusätzliche Gesundheitsunterlagen anzufordern.

## ART. 4 ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN

Die Entschädigung darf nicht überschreiten:

- im Todesfall oder im Fall Dauerhafte Vollständige Invalidität Euro 80.000,00 pro Versichertem und Schadensfall; absolutes Limit pro Versicherter.
- Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit - Beschäftigungsverlust Euro 1.500,00 pro Monat mit maximal 18 monatlichen Finanzierungsrate-Entschädigungen pro Schadensfall und 36 monatlichen Finanzierungsrate-Entschädigungen für die gesamte Laufzeit des Versicherungsschutzes.

## ART. 5 ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN

Falsche Angaben oder Verschweigen des Versicherten in Bezug auf Umstände, die die Risikobeurteilung der Versicherungsgesellschaften beeinflussen, können zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung sowie zum Erlöschen des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 1892, 1893 und 1894 des it. Bürgerlichen Gesetzbuches (Codice Civile) führen.

Besonderes Augenmerk wird auf Informationen zum Gesundheitszustand gelegt, die auf Verlangen der Versicherungsgesellschaften im Zuge des Beitritts zur Police in Rahmenvertrag der Wahrheit und Richtigkeit entsprechen müssen.

## ART. 6 VERSCHLIMMERUNG UND VERRINGERUNG DES RISIKOS UND VERÄNDERUNG IM BERUF

Der Versicherte ist gemäß den Artikeln 1897-1898 des it. Bürgerlichen Gesetzbuchs von der Pflicht befreit, der Gesellschaft Mitteilungen über erschwerende Umstände und Risikominderungen zu übermitteln.

Nach der Art. 1926 des it. Bürgerlichen Gesetzbuches (Codice Civile) ist der Versicherte verpflichtet, der Gesellschaft jede Änderung des Beschäftigungsstatus mitzuteilen.

Der Versicherte kann nur der Option beitreten, die zum Zeitpunkt des Zeichnungsantrags seinem tatsächlichen Beschäftigungsstatus entspricht. Wenn sich der Beschäftigungsstatus des Versicherten während der Laufzeit des Versicherungsschutzes ändert, muss er die Änderung der Gesellschaften mitteilen, wobei folgende Aspekte zu beachten sind:

- Die Deckungen Todesfall und Dauerhafte Vollständige Invalidität (in allen drei Optionen vorhanden) bleiben unverändert in Kraft.
- Die Deckungen Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust (abhängig vom Beschäftigungsstatus der versicherten Person je nach der gezeichneten Option) erlischt und das Unternehmen erstattet dem Versicherten den nicht genutzten Teil der Prämie. In diesem Fall kann der Versicherte die Aktivierung des dem neuen Beschäftigungsstatus entsprechenden neuen Versicherungsschutzes gegen Zahlung der entsprechenden Prämie beantragen.

## ART. 7 DATUM DES INKRAFTTRETENS UND LAUFZEIT DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Datum des Inkrafttretens um 24.00 Uhr, zusammenfallend mit:

- Datum der Auszahlung der Finanzierung bei neu ausgegebenen Finanzierungen.
- Zeichnungsdatum im Beitrittsantrag, bei bereits ausgezahlten Finanzierungen.

Für die Deckungen Tod, Dauerhafte Vollständige Invalidität und Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit entspricht die Laufzeit immer der ursprünglichen Laufzeit / Restlaufzeit des Finanzierungsvertrags (auch bei nachträglicher Änderung desselben) innerhalb der Mindestfrist von 6 Monaten und maximal 120 Monaten).

Die Deckungen für Tod und Dauerhafte Vollständige Invalidität enden in jedem Fall mit dem 78. Geburtstag des Versicherten, während die Garantie für Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit mit dem Datum des Rücktritts des Versicherten endet.

In jedem Fall erlöschen alle Deckungen, wenn das erste der folgenden Ereignisse eintritt:



1. Tod des Versicherten. Für den Fall, dass es mehr als einen versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung gibt und die Entschädigung für den Tod eines von diesen ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für jeden anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung in Kraft, und die entsprechenden Entschädigungen werden nach den Beträgen des Tilgungsplans der Finanzierung selbst bemessen.
2. Dauerhafte Vollständige Invalidität des Versicherten. Für den Fall, dass es mehr als einen versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung gibt und die Entschädigung für die Dauerhafte Vollständige Invalidität eines von diesen ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für jeden anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung in Kraft, und die entsprechenden Entschädigungen werden nach den Beträgen des Tilgungsplans der Finanzierung selbst bemessen.
3. Ablauf der Teilnahme
4. Erreichen des 78. Geburtstages des Versicherten für den Tod und die Dauerhafte Vollständige Invalidität.
5. Erreichen des Renteneintrittsalters (nur für die Deckung Dauerhafte Vollständige Invalidität und Beschäftigungsverlust)
6. Ausübung des Widerrufsrechts
7. vorzeitige vollständige Rückzahlung der Finanzierung durch den Versicherten (falls der Versicherte nicht verlangt, den Versicherungsschutz bis zum ursprünglichen Ablauf der Mitgliedschaft fortzusetzen).
8. Abtretung der Finanzierung gemäß Art. 8 des Gesetzes Nr. 40 vom 2. April 2007 (für den Fall, dass der Versicherte die Fortsetzung des Versicherungsschutzes nicht beantragt);

## ART. 8 WIDERRUFS-, RÜCKTRITTS- UND KÜNDIGUNGSRECHT

Der Beitrittsantrag kann vom Beteiligten bis zum Datum des Inkrafttretens widerrufen werden

Der Versicherte hat das Recht, zurückzutreten:

- innerhalb von **60 (sechzig) Tagen** ab dem Datum des Inkrafttretens von den Deckungen in Bezug auf die Teilnahme, mit Rückzahlung der gezahlten Prämie (abzüglich Steuern für die Schadensdeckung).
- Jährlich von der Schadensdeckung mit einer Frist von 60 (sechzig) Tagen ab Fälligkeit der Jahresprämie, mit Rückzahlung der gezahlten und nicht gezahlten Prämie (nach Abzug von Steuern), berechnet auf der Grundlage der im Folgenden vorgesehenen Erstattungsformel Art. 11.

Innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Eingang der Rücktrittserklärung erstatten die Gesellschaften, auch über den Broker oder den Versicherungsnehmer, die Prämie des Versicherten.

Der Widerruf und der Rücktritt sind der Gesellschaft schriftlich oder gegebenenfalls über die Zweigstelle des Versicherungsnehmers, in der das Antragsformular unterzeichnet wurde, per Einschreiben mit Rückschein unter Angabe der Vertragsstammdaten mitzuteilen und zu senden an:

**NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.  
c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano**

Die Ausübung des Widerrufsrechts befreit den Versicherungsnehmer und die Versicherungsgesellschaften von jeder künftigen Verpflichtung aus dem Vertrag ab dem Tag des Eingangs der Widerrufserklärung.

## ART. 9 LEISTUNGSEMPFÄNGER

Leistungsempfänger ist der Versicherte mit Bezug auf die Deckungen Vollständige und Dauerhafte Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust und den Verlust der Beschäftigung. In Bezug auf die Deckung Tod ist Leistungsempfänger das (die) Subjekt (e), das (die) in registrierter oder allgemeiner Form vom Versicherten im Beitrittsantrag angegeben wird (werden).

Die Bank oder der Finanzvermittler können nur dann als Begünstigte benannt werden, wenn der Vertrag nicht von der Bank oder dem Finanzvermittler selbst oder von Subjekten vermittelt wird, die mit ihr durch Gruppenbeziehungen oder durch Geschäftsbeziehungen ihrer eigenen oder Gruppengesellschaften verbunden sind.

Der Versicherte kann diese Bestimmungen jederzeit widerrufen oder ändern, indem er sie den Unternehmen schriftlich mitteilt oder mit einem Testament, das die ausdrückliche Angabe des Vertrags enthält.

Die Benennung der Begünstigten kann jedoch in folgenden Fällen nicht widerrufen oder geändert werden:

- Tod des Versicherten.
- wenn der Versicherte bzw. der Begünstigte den Gesellschaften ausdrücklich schriftlich erklärt hat, auf das Widerrufsrecht zu verzichten und die Leistungszuweisung anzunehmen.
- Nachdem das im Vertrag vorgesehene Ereignis eingetreten ist, hat der Leistungsempfänger den Gesellschaften schriftlich mitgeteilt, dass er von der Leistung Gebrauch machen möchte.

In Fällen, in denen die Benennung der Leistung nicht widerrufen werden kann, bedürfen die Rücknahme- und Liquidationsvorgänge der schriftlichen Zustimmung der Leistungsempfänger.

Im Falle eines Anspruchs werden die zum Zeitpunkt des Anspruchs berechneten Leistungen von den Gesellschaften abgerechnet.



Im Falle einer vorzeitigen Kündigung oder Übernahme der Finanzierung und der Übertragbarkeit der Finanzierung, bei denen die Gesellschaften zur Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes verpflichtet waren, bleibt der Leistungsempfänger der Versicherte selbst oder im Todesfall seine/ihre Antragsteller, sein/e/ ihre eventueller Bürge(n) oder die vom Versicherten im Beitrittsformular bezeichnete natürliche Person

## ART. 10 ZAHLUNG DER PRÄMIE

Die Versicherungsleistung wird gegen eine vom Versicherten oder vom Versicherungsnehmer in seinem Namen gezahlten Prämie für den von der Versicherungsgesellschaft gewährten Versicherungsschutz wie folgt erbracht:

Die Prämie wird als Prozentsatz des Gesamtbetrags der angeforderten Finanzierung oder des Restbetrags der Hauptkapitalschuld der Finanzierung im Falle bereits ausgezahlter Finanzierungen berechnet und basiert auf der Laufzeit des Finanzierungsvertrags (ausgedrückt in Monaten).

Der Gesamtbetrag der Einzelprämie entspricht der Summe der Prämienversicherungskomponente für die Deckung Tod und der Komponenten der Schadensdeckungsprämie.

Die nicht teilbare Prämie wird vom Versicherten zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Beitrittsantrag zur Police in Rahmenvertrag in Verbindung mit dem Finanzierungsvertrag per Banküberweisung gezahlt.

Darüber hinaus behalten sich die Versicherungsgesellschaften das Recht vor, in dem Fall, in dem aus den Gesundheitschecks oder aus dem Anamnese-Fragebogen signifikante Pathologien hervorgehen:

- die Risikoübernahme abzulehnen; beziehungsweise
- Festlegung besonderer Bedingungen für die Risikoakzeptanz, die die Anwendung etwaiger Gesundheitszuschläge vorsehen.

## ART. 11 VORZEITIGE RÜCKZAHLUNG UND ABTRETUNG DER FINANZIERUNG

Im Falle einer vorzeitigen vollständigen Rückzahlung des Finanzierungsvertrags erstatten die Versicherungsgesellschaften, sofern der Versicherte nicht die Aufrechterhaltung der Deckung bis zum ursprünglichen Ablauf beantragt hat, den für die verbleibende Laufzeit gezahlten Teil der Prämie in Bezug auf das Ablaufdatum oder in Proportion zum zurückgezählten Kapital im Verhältnis zur Restschuld zurück. Im Falle der Abtretung und Neuverhandlung der Finanzierung erlischt der Versicherungsschutz mit dem Datum des voraussichtlichen Rückzahlens / Abtretens / Neuverhandelns des Finanzierungsvertrags.

Der Versicherungsnehmer hat den Versicherungsgesellschaften die Mitteilung über das voraussichtliche vollständige / teilweise Erlöschen / Abtreten des Finanzierungsvertrags unter Angabe der wirtschaftlichen Elemente für die Berechnung der Rückzahlung sowie der vom Versicherten bevorzugten Rückzahlungsmethode zu übermitteln.

Die Versicherungsgesellschaften erstatten dem Versicherten innerhalb von 15 Tagen nach Erhalt der Mitteilung den Teil der Prämie, welcher der nicht in Anspruch genommenen Versicherungsdauer entspricht, berechnet hinsichtlich der die Prämie in Bezug auf den Todesfall.

Erstattung der reinen Prämie:  $PV_{ita} \cdot (1-H) \cdot [(N-K) \cdot (N-K+1)] / [N \cdot (N+1)]$

Kostenerstattung:  $PV_{ita} \cdot H \cdot [(N-K)/N]$

mit:

- $PV_{ita}$  = Für die Deckung Tod gezahlte Prämie
- $H$  = Kosten für die Prämie, die für die Deckung gezahlt wurde
- $N$  = ursprüngliche Laufzeit der Finanzierung in ganzen Monaten
- $K$  = Vom Datum des Inkrafttretens bis zum Datum der vorzeitigen vollständigen Rückzahlung/Abtretung der Finanzierung verstrichene volle Monate.

Zu dem Teil der Prämie hinzuzurechnen, der nicht in Bezug auf die Schadensdeckung (Vollständige Dauerhafte Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust) genommen wurde, der wie folgt berechnet wird

$$R = \frac{C}{D} \times \left\{ P \times (1-H) \times \frac{(N-K)}{N} \times \frac{(1 - (1 + J/12)^{-(N-K)})}{(1 - (1 + J/12)^{-N})} + P \times H \times \frac{(N-K)}{N} \right\}$$

mit:

$R$  = Rückzahlungsbetrag

$C$  = zur Tilgung eingesetzte Kapitalquote

$D$  = Restschuld am Tag unmittelbar vor dem Tag der vollständigen Rückzahlung

$P$  = Gezahlte Prämie für die Schadensdeckung nach Abzug von Steuern, etwaigen Rechten und etwaigen Erstattungen nach Rückzahlungen für vorhergehende Teiltilgungen.





H = % der Gesamtkosten (Erwerbs- und Verwaltungskosten)

N = Versicherungsdauer in ganzen Monaten

K = Dauer der genutzten Deckungszeit in ganzen Monaten

J = ursprünglicher Tilgungssatz, der im Tilgungsplan der Finanzierung vereinbart wurde

Der zurückgezahlte Teil der Prämie entspricht der Summe:

- der neu proportionierten Risikoprämie in Abhängigkeit der fehlenden Jahre und Jahresabschnitte bei Fälligkeit der Deckungssumme und des verbleibenden versicherten Kapitals.
- der Kosten, abzüglich der Emissionskosten, im Verhältnis zu den fehlenden Jahren und einem Teil eines Jahres, wenn die Deckung abläuft.

Bei vorzeitiger Teilabwicklung des Finanzierungsvertrags wird die zu erstattende Prämienrückzahlung wie oben angegeben berechnet. Es versteht sich darüber hinaus, dass sich die ursprünglich gezahlte Prämie nach der Rückzahlung proportional zum getilgten Kapital im Verhältnis zur Restschuld verringert.

In den Fällen, in denen vorzeitige partielle Tilgung zu Änderungen der grundlegenden Parameter des Tarifs wie der Änderung der Laufzeit und / oder des Zinssatzes und / oder des Ablaufdatums führt, mithin de facto bei einer Neuverhandlung des Finanzierungsvertrags, enden dessen Wirkungen gemäß den für die vollständige Tilgung angewandten Methoden. Gleichzeitig wird ein neuer Vertrag für die Restlaufzeit der Schuldenposition mit einem neuen Zeichnungsverfahren und einer Gesundheitsbewertung für den Versicherten abgeschlossen.

Alternativ kann der Versicherte auf schriftlichen Antrag an die Versicherungsgesellschaften den Versicherungsschutz bis zum ursprünglichen Vertragsende aufrecht erhalten.

Es ist zu präzisieren, dass die Rückzahlung der Prämienrückstellung, die nach der vollständigen oder teilweisen Tilgung gezahlt und nicht in Anspruch genommen wird, nur für den Fall der Teilnahme mit einer Einheits-Vorschussprämie vorgesehen ist.

Der Antrag muss vom Versicherten direkt an die Versicherungsgesellschaften oder über den Versicherungsnehmer an folgende Adressen gerichtet werden:

- Für die Lebensversicherungssparte (Tod): NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano  
Für die Schadenssparte: (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust)  
NET INSURANCE S.p.A c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

Für die Todesfallversicherung wird die Leistung an die Begünstigten gezahlt, die im Beitrittsantrag angegeben sind.

Für die Schadensdeckungsarten (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust) ist der Versicherte selbst der Begünstigte.

## ART. 12 SCHADENSMELDUNG

Schadensmeldungen müssen unverzüglich an die Zweigstelle des Versicherungsnehmers gemeldet werden, indem eine spezielle Benachrichtigung gesendet oder das Schadensmeldungsformular ausgefüllt wird (erhältlich im Informationsset oder in der Zweigstelle des Versicherungsnehmer, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat). Die Schadensmeldung ist zusammen mit den erforderlichen Unterlagen an die Versicherungsgesellschaften unter folgenden Adressen weiterzuleiten:

- Für die Lebensversicherungssparte (Tod): NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano  
Für die Schadenssparte: (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust)  
NET INSURANCE S.p.A c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

Informationen zu den Schadensereignissen der Deckung Todesfall erhalten Sie von:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

Mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com)

Informationen zu Schadensersatzansprüchen (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust, Verlust des Arbeitsverhältnisses) erhält die versicherte Person unter der folgenden Telefonnummer:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

Mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com)



Nur schriftlich übermittelte Schadensmeldungen gelten als gültig, sofern sie die erforderlichen Unterlagen enthalten, die im Schadensmeldungsformular angeführt sind:

Die Versicherungsgesellschaften behalten sich das Recht vor, alle medizinischen Gutachten oder Unterlagen für eine korrekte Bewertung des Anspruchs sowie eine Kopie des Finanzierungsvertrags anzufordern. Der Versicherte oder seine Bevollmächtigten müssen darüber hinaus die behandelnden Ärzte aus jeglicher Schweigepflicht entbinden und zulassen, dass die erforderlichen Untersuchungen und Beurteilungen von vertrauenswürdigen medizinischen Beratern der Versicherungsgesellschaften durchgeführt werden, deren Kosten von diesen getragen werden.

Versicherungsgesellschaften leisten Zahlungen für garantierte Leistungen innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab dem Datum des Eingangs der vollständigen, unten angegebenen Dokumentation zu jeder Deckung.

Die erforderlichen Unterlagen, aufgeschlüsselt nach Deckung, lauten wie folgt

## Art.12.1 - Tod

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder in der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, die den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Liquidation, das die folgenden Informationen enthalten muss.
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.
  - Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens oder eines Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte Verlusterklärung
- Original / Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten mit Angabe des Geburtsdatums.
- Bericht des behandelnden Arztes über die Todesursachen, der eine nahe und entfernte pathologische Vorgeschichte enthält, unter besonderer Bezugnahme auf die Pathologie, die den Tod verursacht hat.
- Kopie von medizinischen Unterlagen und / oder zugehörigen Gesundheitsunterlagen.
- bei Krankeneinlieferungen eine vollständige Kopie aller Krankenakten mit Krankengeschichte im Zusammenhang mit den Krankenhausaufenthalten des Versicherten im Zusammenhang mit der Krankheit, die den Tod verursacht hat.
- im Todesfall nach einem Unfall, Mord oder Suizid
  - Kopie des Autopsie-Berichts und etwaiger toxikologischer Untersuchungen.
  - Protokolle der am Sterbeort aktivierten Justizbehörde.
- wenn ein Testament vorliegt: beglaubigte Kopie des von einem Amtsträger beglaubigten Originals des Berichts über die Veröffentlichung des bekannten Testaments, gültig und unbestritten.
- Wenn kein Testament existiert:
  - Von einem Amtsträger beglaubigte Erklärung anstelle der öffentlichen Beweisurkunde, aus der hervorgeht, dass kein Testament vorliegt, und wenn der Begünstigte in allgemeiner Form angegeben ist (z. B. Kinder, Ehepartner, Erben usw.), welche die Angabe der rechtmäßigen Erben und den Verwandtschaftsgrad enthält.
- einen Auszahlungsantrag, der von allen Begünstigten im Todesfall in Anwesenheit des Vermittlers oder mit einer beglaubigten Unterschrift eines Amtsträgers unterzeichnet wird und folgende Informationen enthalten muss:
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages an jeden der Leistungsempfänger
  - Fotokopie des gültigen Ausweisdokuments und des Steuerausweises aller Begünstigten, unterzeichnet von den Inhabern der Dokumente.
  - Bei juristischen Personen als Begünstigte eine Fotokopie des gültigen Ausweises und des Steuerausweises des gesetzlichen Vertreters sowie ein Unternehmensdokument, das ihre rechtliche Vertretung bestätigt.
  - Bei Minderjährigen oder betreuten Personen als Begünstigten: von einem Amtsträger beglaubigte übereinstimmende Kopie des Originals des Beschlusses des Vormundschaftsberichts zur Zweckbestimmung des Kapitals.

NET INSURANCE LIFE S.p.A. behält sich das Recht vor, im Falle von Auszahlungsanträgen, die ohne Einsatz des Vermittlers gestellt werden, und / oder in besonderen Fällen die Beglaubigung der Unterschrift des Antragstellers zu verlangen.

NET INSURANCE LIFE S.p.A. führt die Zahlung aus seinen vertraglichen Verpflichtungen zugunsten des Berechtigten innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Erhalt der vorgenannten Unterlagen nach Feststellung der Auszahlungsbedingungen aus. Nach dieser Frist sind Verzugszinsen an den Begünstigten zu zahlen.

Darüber hinaus müssen die Zweigstelle des Versicherungsnehmers, mit der die Finanzierung vereinbart wurde, die Begünstigten oder eine andere Person in ihrem Namen:

- weitere Unterlagen vorlegen, deren Anforderung NET INSURANCE LIFE S.p.A. für angebracht hält, um den Schadensfall zu überprüfen.
- der Versicherungsgesellschaft erlauben, alle Untersuchungen durchzuführen, die sie für notwendig erachtet



## Art. 12.2 Vollständige und Dauerhafte Invalidität

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder in der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, die den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Liquidation, das die folgenden Informationen enthalten muss.
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.
  - Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens oder eines Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte, beglaubigte Verlusterklärung.
- vom behandelnden Arzt ausgefüllte Schadensfallerklärung.
- Kopie der Krankenakte, falls nach dem Unfall ein Krankenhausaufenthalt erforderlich war.
- Im Falle eines Schadensfalls nach einem Verkehrsunfall Kopie des von den eingesetzten Behörden herausgegebenen Protokolls.
- von den zuständigen Behörden ausgestellte Bescheinigung der dauerhaften Invalidität (INAIL, INPS, ASL usw.). Andernfalls ein ärztliches Attest, falls vorhanden

## Art. 12.3 Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder in der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, die den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Liquidation, das die folgenden Informationen enthalten muss.
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.
  - Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens oder eines Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte, beglaubigte Verlusterklärung.
- Erklärung der Bank über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate
- vom behandelnden Arzt ausgefüllte Schadensfallerklärung.
- Kopie der Erste-Hilfe-Bescheinigung
- Kopie der medizinischen Berichte und etwaiger Krankenakten
- Kopie der ärztlichen Bescheinigungen, aus denen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bis zu derjenigen hervorgeht, die die Genesung bescheinigt.
- spätere ärztliche Atteste, die nach Ablauf des vorherigen ausgestellt werden (wenn nach Ablauf des vorherigen Attests kein Attest versandt wird, endet der Zeitraum für die Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit).

Die Dokumentation muss bei Eintritt des Unfalls und am Ende jeder vom Arzt bescheinigten Invaliditätsperiode vorgelegt werden. In Ausnahmefällen oder besonders schwierigen Fällen kann die Versicherungsgesellschaft die Unterlagen anfordern, die für die Durchführung der Verfahren des Anspruchs unbedingt erforderlich sind.

Der Versicherte verpflichtet sich, mitzuarbeiten, um die notwendigen Untersuchungen zu ermöglichen und den Arzt des Versicherten zu ermächtigen, alle Informationen zu liefern, die für die Erbringung der im Vertrag vorgesehenen Leistungen als notwendig erachtet werden. Der Versicherte muss der Versicherungsgesellschaft gestatten, dass die notwendigen Untersuchungen und Beurteilungen von vertrauenswürdigen Personen der Versicherungsgesellschaft selbst durchgeführt werden

### Art. 12.3.1 Spätere Meldungen - Aussetzung der Leistungen

Nach der endgültigen Abwicklung eines Schadensfalls wegen Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit wird keine Entschädigung für nachfolgende Schadensfälle wegen Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit gezahlt, wenn nach dem Ende des vorhergehenden Schadensfalls keine 90 (neunzig) aufeinanderfolgende Tage lange Weiterbildungsfrist verstrichen ist, innerhalb derer der Versicherte seine normale Arbeitstätigkeit wiederaufgenommen hat.

## Art. 12.4 Beschäftigungsverlust

- ordnungsgemäß ausgefülltes Schadensmeldeformular (erhältlich im Informationsset oder in der Zweigniederlassung des Versicherungsnehmers, die den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat) oder ein Antrag auf Liquidation, das die folgenden Informationen enthalten muss.
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages.
  - Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Kopie des Beitrittsantrags zu den Versicherungsdeckungen oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte Verlusterklärung.
- Erklärung des Versicherungsnehmers über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate.
- Kopie des Kündigungsschreibens des Arbeitgebers.



- Kopie des Einstellungsschreibens oder gleichwertige Bescheinigung.
- Kopie der Registrierung in der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur und des möglichen Aufenthalts in dieser Abteilung von Monat zu Monat.
- Bescheinigung über die "Verfügbarkeit zur Arbeit" (Selbstbescheinigung des Arbeitnehmers, die von der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur abgestempelt wurde).
- Kopie des CIGS-Antrags des Arbeitgebers (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt)
- Bescheinigung des CIGS-Zeitraums mit entsprechender Zahlung (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt).

Der Versicherte muss der Versicherungsgesellschaft gestatten, dass die notwendigen Untersuchungen und Beurteilungen von vertrauenswürdigen Personen der Versicherungsgesellschaft selbst durchgeführt werden. Der Versicherte verpflichtet sich, das Unternehmen bei Beendigung der Arbeitslosigkeit unverzüglich zu benachrichtigen.

#### **Art. 12.4.1 Spätere Meldungen - Aussetzung der Leistungen**

Nach der endgültigen Abwicklung eines Schadensfalls wegen Beschäftigungsverlust wird keine Entschädigung für spätere Arbeitslosenansprüche gezahlt, wenn ab dem Ende des vorherigen Anspruchs kein Zeitraum von 90 (neunzig) aufeinanderfolgenden Tagen, innerhalb derer der Versicherte wieder Angestellter des Privatsektors mit unbefristetem Arbeitsvertrag wurde und die Probezeit bestanden hat, verstrichen ist.

Falls die Gesellschaft die monatliche Leistung zahlt und der Versicherte als Angestellter im privaten Sektor arbeitet, muss dieser die Gesellschaft unverzüglich schriftlich über die Beendigung des Arbeitslosenstatus informieren. In diesem Fall wird die Zahlung der Entschädigung endgültig unterbrochen.

Wenn der Arbeitsvertrag des privaten Sektors jedoch nur eine feste Laufzeit von höchstens sechs Monaten hat, wird die Zahlung der Entschädigung für die Dauer des Vertrags ausgesetzt und am Ende des Vertrags als Fortsetzung des ursprünglichen Schadensfalls wiederaufgenommen, unter der Voraussetzung, dass die Arbeitslosigkeit anhält. Bitte beachten Sie, dass für jeden Schadensfalls diese Aussetzung sechs Monate nicht überschreiten darf, nach denen die Unterbrechung endgültig ist.

#### **Allgemeine Bestimmungen**

Die Versicherungsgesellschaften behalten sich das Recht vor, direkt vom Versicherten oder seinen Beauftragten weitere medizinische Untersuchungen oder Unterlagen für eine korrekte Beurteilung des Schadensfalls anzufordern.

Der Versicherte muss darüber hinaus:

- die behandelnden Ärzte aus der Schweigepflicht entbinden.
- die notwendigen Untersuchungen, Beurteilungen und medizinischen Untersuchungen von vertrauenswürdigen medizinischen Beratern der Gesellschaften durchführen lassen, deren Kosten vollständig von den Gesellschaften selbst getragen werden.

#### **ART. 13 PFLICHTEN DES VERSICHERTEN ODER SEINER BEVOLLMÄCHTIGTEN IM SCHADENSFALL**

##### **Für die Deckung Tod**

Im Todesfall können die designierten Begünstigten das entsprechende Schadensmeldeformular (im Informationsset oder in der Zweigstelle des Auftragnehmers, der den Finanzierungsvertrag ausgestellt hat, erhältlich) ordnungsgemäß ausfüllen und per Einschreiben mit Rückschein an folgende Adresse senden:

**NET INSURANCE LIFE S.p.A.**

c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

Als Anlage ist die Dokumentation nach Art. 12.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und nach den dort angegebenen Methoden beizufügen.

Alternativ steht die Bank, bei welcher der Beitrittsantrag gestellt wurde, ohne zusätzliche Kosten für die Unterstützung zur Verfügung, die zur Erledigung des Falls erforderlich ist.

NET INSURANCE LIFE S.p.A. führt die Zahlung aus seinen vertraglichen Verpflichtungen zugunsten des Berechtigten innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Erhalt der vorgenannten Unterlagen nach Feststellung der Auszahlungsbedingungen aus. Nach dieser Frist sind Verzugszinsen an den Begünstigten zu zahlen.

##### **für die Schadenssparte (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust)**

Im Schadensfall hat der Versicherte die Versicherungsgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung kann zum Verlust des Rechts oder der damit verbundenen Kürzung der Erstattungen gemäß Art. 1915 C.C. führen.

Im Schadensfall muss der Versicherte innerhalb von sechzig Tagen ab dem Eintreten des Schadensfalls die Schadensmeldung per Einschreiben mit Rückschein an folgende Adresse senden:



**NET INSURANCE S.p.A.**

c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

Als Anlage ist die Dokumentation nach der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie spezifisch nach Art. 12.2 für den Fall der Dauerhaften Vollständige Invalidität, nach Art. 12.3 für den Fall Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen Unfall oder Krankheit sowie Art. 12.4 bei Beschäftigungsverlust beizufügen.

Alternativ steht die Bank, bei welcher der Beitrittsantrag gestellt wurde, ohne zusätzliche Kosten für die Unterstützung zur Verfügung, die zur Erledigung des Falls erforderlich ist.

NET INSURANCE S.p.A. kann den Versicherten oder die Rechtsnachfolger darüber hinaus jederzeit auffordern, Nachweise über den fortdauernden Anspruch auf die Leistungen gemäß Art. 12.3.1 und 12.4.1 zu erbringen.

## **ART. 14 AUSZAHLUNG DER LEISTUNGEN**

Sobald der Versicherungsfall bestätigt wurde, leisten die Versicherungsgesellschaften die Zahlung für die durch diesen Vertrag garantierten Leistungen gemäß den Bestimmungen des Artikels. 12.

Infolgedessen erkennt der Versicherte bereits an, dass die Versicherungsgesellschaften aus ihren Verpflichtungen zur Zahlung der Entschädigung durch Zahlung derselben an die bezeichneten Begünstigten (in Bezug auf die Todesfallversicherung) oder an den Versicherten selbst (in Bezug auf Deckungen Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit und Beschäftigungsverlust) entbunden werden.

## **ART. 15 WEITERE VERSICHERUNGEN**

Es gilt als vereinbart, dass der Versicherungsschutz mit anderen Versicherungspolice kombiniert werden kann; dieser Kumulierung wird für die Zwecke der Übernahmeregeln nach Art. 3.1 Rechnung getragen.

## **ART. 16 ABGABEN UND ANDERE STEUERLICHE BELASTUNGEN**

Alle gegebenenfalls anfallenden Steuern und sonstigen künftigen Abgaben im Zusammenhang mit diesem Vertrag sind vom Versicherten zu tragen. Änderungen der für den Tarif geltenden Steuergesetzgebung werden unverzüglich zur Kenntnis genommen und dem Versicherungsnehmer mitgeteilt.

## **ART. 17 KOMMUNIKATIONEN**

Alle Mitteilungen des Versicherten an die Versicherungsunternehmen in Bezug auf die Gruppenpolice müssen per Einschreiben mit Rückschein erfolgen. Mitteilungen der Versicherungsgesellschaften sind an die Adresse zu richten, die der Versicherte auf Beitrittsantrag angegeben hat.

## **ART. 18 DEM VERSICHERTEN AUSZUHÄNDIGENDE UNTERLAGEN**

Der Versicherungsnehmer wird - bei Abschluss des Finanzierungsvertrags - die Möglichkeit der Einhaltung der Police in Rahmenvertrag mitteilen und dem Versicherten eine Kopie dieser Versicherungsbedingungen aushändigen.

Es versteht sich, dass die Teilnahme der Kunden des Versicherungsnehmers rein fakultativ ist und ihrem ausschließlichen Willen überlassen bleibt.

Der Versicherungsnehmer stellt die Versicherungsgesellschaften von jeglichen nachteiligen Konsequenzen frei, die sich aus der Nichteinhaltung der vorstehenden Bestimmungen durch den Versicherungsnehmer selbst ergeben können.

## **ART. 19 VERZICHT AUF ENTSCHÄDIGUNG**

Die Versicherungsgesellschaften verzichten auf das Recht des Eintritts gemäß Art. 1916 des C.C.

Die Versicherungsgesellschaft, die den Schaden versichert, verzichtet zugunsten des Versicherten oder seiner Erben auf jeglichen Regress auf die von ihr im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen gegen dritte für den Schadensfall Verantwortliche.

## **ART. 20 ANWENDBARES RECHT**

Das auf den Vertrag anwendbare Recht ist das italienische.

## **ART. 21 GERICHTSSTAND**

Gerichtsstand ist der Erstwohnsitz oder der Wohnsitz des Versicherten oder des Begünstigten oder seiner Angehörigen, unbeschadet der Verpflichtung, das in Artikel 5 des GvD Nr. 28 vom 4/03/2010, geändert durch Artikel 84 des Gesetzes Nr. 98 vom 9. August 2013, vorgesehene Mediationsverfahren durchzuführen, und zwar durch Einreichung eines Antrags der betroffenen



Partei bei einer öffentlichen oder privaten Einrichtung, die befugt und ordnungsgemäß in das beim Justizministerium geführte Register eingetragen ist. Das Vermittlungsverfahren unterliegt einer erleichterten Steuerregelung im Sinne der Artikel 17 und 20 des GvD 28/2010.

## **ART. 22 HAFTUNGSAUSSCHLUSS**

Der Versicherte entbindet die Ärzte, die ihn vor dem Schadensfall untersucht oder behandelt haben, von der Schweigepflicht in Bezug auf den Schadensfall, der Gegenstand dieser Versicherung ist.

## **ART. 23 REKLAMATIONEN**

Reklamationen bezüglich des Vertragsverhältnisses oder der Abwicklung der Schadensfälle sind schriftlich zu richten an:

*Für die Deckung Tod:*

Papierpost (auch Einschreiben mit Rückschein): NET INSURANCE LIFE S.p.A.– Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 – 00161 ROM

- per zertifizierter E-Mail: [ufficio.reclami@pec.netinsurance.it](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it);
- Fax: 06.89326.570

*für die Schadenssparte (Dauerhafte Vollständige Invalidität, Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit, Beschäftigungsverlust)*

Papierpost (auch Einschreiben mit Rückschein): NET INSURANCE S.p.A.– Via Giuseppe Antonio Guattani Nr. 4 – 00161 ROM

- per zertifizierter E-Mail: [ufficio.reclami@pec.netinsurance.it](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it);
- Fax: 06.89326.570

Reklamationen werden innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt abgearbeitet.

Im Falle der verweigerten oder teilweisen Annahme der Reklamation oder des Fehlens einer Antwort seitens der Gesellschaft oder des Vermittlers innerhalb von 45 Tagen kann der Beteiligte / der Versicherte Kontakt aufnehmen mit IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it) Info unter: [www.ivass.it](http://www.ivass.it)

## **ART. 24 ABTRETUNG VON RECHTEN**

Der Versicherte darf in keiner Weise die Rechte aus der in dieser Police genannten Deckung an Dritte abtreten oder an Dritte übertragen oder zu Gunsten von Dritten binden.

## **ART. 25 RECHTSSTREITIGKEITEN**

Unbeschadet der Möglichkeit der Vertragsparteien, sich zur Beilegung von Rechtsstreitigkeiten an die Justizbehörde zu wenden, haben die Vertragsparteien das Recht, auf die Entscheidung eines Kollegiums aus drei Ärzten Bezug zu nehmen, wenn es um Streitigkeiten über die Art und Bewertung der Ereignisse geht, die Gegenstand der von diesem Vertrag geleisteten Deckung ist. In diesem Fall erteilen die Vertragsparteien mit einem Privatvertrag ein Mandat an ein Kollegium aus drei Ärzten, von denen jeweils einer pro Partei und der dritte einvernehmlich oder andernfalls vom Rat der Ärztekammer, der für den Ort zuständig ist, an dem sich das Kollegium treffen soll, nominiert wird.

Das Ärztekollegium ist ansässig in der Gemeinde, dem Sitz des Instituts für Rechtsmedizin, das am nächsten zum Wohnort des Versicherten liegt. Jede Partei trägt ihre eigenen Kosten, vergütet den von ihr benannten Arzt und trägt die Hälfte der Kosten und Gebühren des dritten Arztes.

Die Entscheidungen des Ärztekollegiums sind für die Parteien verbindlich.

## **ART. 26 VERJÄHRUNGSFRISTEN**

Alle Rechte gegenüber Versicherungsgesellschaften verjähren innerhalb von zehn Jahren für den Lebensversicherungsschutz und zwei Jahren für den Schadensversicherungsschutz ab dem Datum des Schadensfalls, aus dem der Anspruch auf die Leistung gemäß den Bestimmungen von Art. 2952 C.C. 3 entstanden ist. Wenn die Rechtsnachfolger die Leistung nicht in Anspruch nehmen, sind die Versicherungsgesellschaften nicht verpflichtet, eine Entschädigung oder alternative Leistungen jeglicher Art als Entschädigung bereitzustellen.

## **ART. 27 SANKTIONEN**

Die Gesellschaft ist in keinem Fall verpflichtet, Versicherungsschutz zu gewähren, Schadensersatzforderungen zu erfüllen, Zahlungen oder Entschädigungen auf der Grundlage dieses Vertrags zu garantieren, sofern die besagte Deckung, Zahlung oder Entschädigung dieselbe irgendwelchen Verboten, wirtschaftlichen Sanktionen oder Beschränkungen aufgrund von Resolutionen der Vereinten Nationen oder wirtschaftlichen oder kommerziellen Sanktionen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika aussetzen sollte.



## **ART. 28 ÄNDERUNGEN AM BEITRITTSANTRAG**

Jegliche Änderungen der Informationen, die der Versicherte im Beitrittsantrag mitteilt, müssen von den Versicherungsgesellschaften genehmigt werden.





## VERSICHERUNGSSCHUTZ TODESFALL (gültig für alle Versicherten) - Optionen 1, 2, 3

### ART. 29 GEGENSTAND DER DECKUNG IM TODESFALL

Im Falle des Todes des Versicherten zahlt NET INSURANCE LIFE S.p.A. die Entschädigung gemäß Artikel 30, falls:

- a) Der Schadensfall ist während des Zeitraums entstanden, in dem die Deckung wirksam ist; NET INSURANCE LIFE S.p.A. zahlt die Deckungssumme, die zum Zeitpunkt des Schadensfalls des Versicherten versichert war, wie in Artikel 30 definiert. Für den Fall der vorzeitigen Rückzahlung und der Übertragung Finanzierung wird auf Artikel 11 der Versicherungsbedingungen verwiesen. Falls der Versicherte während der Vertragslaufzeit nicht von einem Schadensfall betroffen ist, gilt der Vertrag zum Ablaufdatum als erloschen und die für die Todesfalldeckung gezahlte Prämie bleibt bei NET INSURANCE LIFE SpA.
- b) Der Schadensfall fällt nicht unter die in Artikel 32 genannten Ausschlüsse
- c) die Rechtsnachfolger des Versicherten haben die Verpflichtungen gemäß untenstehendem Art. 34 erfüllt.

### ART. 30 VERSICHERTE LEISTUNGEN

Im Falle des Todes des Versicherten vor Ablauf des Vertrages garantiert die NET INSURANCE LIFE SpA den designierten Begünstigten die Zahlung eines Betrags in Höhe der Restschuld, die im Tilgungsplan des Finanzierungsvertrags vorgesehen ist und an dem Tag berechnet wird, welcher der Zahlung der Rate vor dem Todestag netto nach unbezahlten Raten entspricht. Der Versicherungsschutz umfasst in keinem Fall nicht bezahlte Rückzahlungsraten, die sich auf den Zeitraum vor dem Tod des Versicherten beziehen.

Für den Fall, dass die Finanzierung mehrere Mitinhaber vorsieht, kann das versicherte Anfangskapital pro Kopf - maximal zwei Versicherte - nicht höher sein als der gesamte Wert / die Schuld der ausgezahlten Finanzierung.

Die Entschädigung wird im Rahmen des Höchstbetrags von 80.000,00 Euro für jeden Versicherten gezahlt, wie vorgesehen in Art.4. Sollte der Versicherte das Ablaufdatum der Police überleben, gilt diese als erloschen und die für den Todesfall gezahlte Prämie verbleibt bei NET INSURANCE LIFE SpA.

Für den Fall vorzeitiger Rückzahlung und Abtretung des Finanzierungsvertrags wird auf die Bestimmungen des Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen.

### ART. 31 LEISTUNGSEMPFÄNGER

Die Leistungsempfänger im Todesfall des Versicherten werden vom Versicherten durch einen im Beitrittsantrag angegebenen konkreten Hinweis benannt.

Der Versicherte kann diese Bestimmungen jederzeit widerrufen oder ändern.

Widerrufe oder Änderungen müssen gegebenenfalls schriftlich gegenüber NET INSURANCE LIFE S.p.A. auf dem der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Formular oder mit einem Testament mit ausdrücklicher Angabe des Vertrags erfolgen. Die Benennung der Begünstigten kann jedoch in folgenden Fällen nicht widerrufen oder geändert werden:

- nach dem Tod des Versicherten
- wenn der Versicherte bzw. der Begünstigte NET INSURANCE LIFE S.p.A. ausdrücklich schriftlich erklärt hat, auf das Widerrufsrecht zu verzichten und die Leistungszuweisung anzunehmen.
- Nachdem das im Vertrag vorgesehene Ereignis eingetreten ist, hat der Leistungsempfänger NET INSURANCE LIFE S.p.A. mitgeteilt, dass er von der Leistung Gebrauch machen möchte.

In Fällen, in denen die Benennung der Leistung nicht widerrufen werden kann, bedürfen die Rücknahme- und Liquidationsvorgänge der schriftlichen Zustimmung der Leistungsempfänger.

Es ist nicht gestattet, den Vermittler als Begünstigten zu bestimmen

### ART. 32 AUSSCHLÜSSE

Das Sterberisiko wird unabhängig von der Todesursache - ohne räumliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung von Berufswechseln des Versicherten - gedeckt, es sei denn, der Tod wird verursacht durch:

- Vorsatz des Begünstigten und des Versicherten.
- Aktive Beteiligung des Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.
- aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegereignissen, es sei denn, diese Teilnahme ergibt sich aus Verpflichtungen gegenüber dem italienischen Staat: In diesem Fall kann die Deckung auf Antrag des Versicherungsnehmers unter den vom zuständigen Ministerium festgelegten Bedingungen gewährt werden.
- Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keine



- geeignete Lizenz verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist.
- Suizid, wenn er in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten des Vertrags eintritt.
- Zustand der Trunkenheit/Intoxikation
  - wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher ist als der durch die Straßenverkehrsordnung festgelegte und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt.
  - in jedem anderen Fall, wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher als 0,8 Gramm pro Liter beträgt.
- nichttherapeutische Verwendung von Arzneimitteln, Halluzinogenen und dergleichen.
- Flugunfälle durch Akrobatik, Ausstellungen, Aufzeichnungen oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation).
- biologische und / oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist.
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht über den laut geltenden Vorschriften erforderlichen Führerschein verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein, jedoch unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Moment des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt und diese innerhalb von drei Monaten ab dem Schadensfall erhalten hat.
- HIV-Infektion, erworbener Immundefizienzstatus (AIDS) oder verwandte Syndrome oder assimilierbare Zustände.
- freiwillige Selbstverletzungen des Versicherten oder wenn der Versicherte sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet.
- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum durch den Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum wurde zu therapeutischen Zwecken verschrieben, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann.
- natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).

Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Tod in folgenden Fällen:

- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.
- Ausübung aller auf professioneller Ebene ausgeübten sportlichen Aktivitäten mit Ausnahme der Teilnahme an Amateur-Wettbewerben oder entsprechenden Probeläufen sowie von Firmen- und firmenübergreifenden Wettbewerben.
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor- / Segelbooten auch als Passagier bei nicht rein regelmäßigen Wettbewerben und den entsprechenden Probeläufen.
- Boxsport, schwere Leichtathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern auf Felsen oder Eis, Bergsteigen auf über 4.000 m oder mehr als der dritten Stufe der französischen Skala und / oder Klettern auf Eis oder Gletschern oder Solo-Klettern, unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Springen vom Sprungbrett mit Skiern oder Wasserskiern, akrobatisches Skifahren, Bob, Luftsport im Allgemeinen.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
  - Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz
  - Zirkus- und Stuntman-Aktivitäten
  - Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Minen

In diesen Fällen zahlt die Gesellschaft als teilweise Ausnahme von Artikel 30 den Betrag, der von Jahr zu Jahr zur Deckung des Todesrisikos zurückgestellt wird, und der Vertrag wird vorzeitig gekündigt.

Die für die Übernahme des Vertrags erforderlichen grundlegenden Gesundheitsuntersuchungen sind in Artikel 3 dieser Versicherungsbedingungen aufgeführt.

## ART. 33 RÜCKKAUF UND DARLEHEN

**33.1** Die Versicherung hat oder liefert keinen Rückkaufswert.

**33.2.** Darlehen sind im Zusammenhang mit dieser Police nicht verfügbar.

## ART. 34 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN

Für den Todesfall wird auf die Bestimmungen des vorhergehenden Artikels 12.1 verwiesen



## VERSICHERUNG FÜR UNFALL- ODER KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE VOLLINVALIDITÄT (gültig für alle Versicherten) - Optionen 1, 2, 3

### ART. 35 VERSICHERTE LEISTUNGEN

Im Falle von Unfall oder Krankheit des Versicherten, die eine anerkannte und nachgewiesene Bleibende Vollinvalidität von mindestens 60% hinsichtlich der psychischen und physischen Unversehrtheit zur Folge haben, sieht diese Deckung - unabhängig davon, ob der Versicherte einer Berufstätigkeit nachgeht, - bei Auftreten im Gültigkeitszeitraum des Versicherungsschutzes und vor Erreichung des 78. Lebensjahrs des Versicherten, ohne gebietliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung etwaiger Berufswechsel des Versicherten die einmalige Zahlung der versicherten Leistung an den Versicherten durch die Versicherungsgesellschaft vor, unbeschadet der unter nachstehendem Art. 36 aufgeführten Einschränkungen. Die Dauerhafte Vollständige Invalidität wird für die Zwecke dieser Deckung auf der Grundlage und nach den Kriterien anerkannt, die für die Sozialversicherung gegen Unfälle und Berufskrankheiten unter Bezugnahme auf die Bestimmungen im Einheitstext gemäß Erlass des it. Staatspräsidenten D.P. 30.6.1965 Nr. 1124 - "Tabelle der Bewertungen des prozentualen Grads der dauerhaften Behinderung - INDUSTRIE" festgelegt wurden.

Die versicherte Leistung entspricht der Restschuld der Finanzierung zum Zeitpunkt des Unfalls abzüglich nicht bezahlter Raten. Als Schadensfalldatum gilt das Datum des Eintretens des Schadensfalls oder im Krankheitsfall das Datum der Diagnose der Krankheit selbst.

Für den Fall, dass es mehr als einen versicherten Mitinhaber derselben Finanzierung gibt und die Entschädigung für die Dauerhafte Vollständige Invalidität eines von diesen ausgezahlt wird, bleibt der Versicherungsschutz für jeden anderen Versicherten bis zum ursprünglichen Ablauf der Finanzierung in Kraft, und die entsprechenden Entschädigungen werden nach den Beträgen des Tilgungsplans der Finanzierung selbst bemessen.

Die Entschädigung kann den Betrag von 80.000,00 Euro pro Versichertem und Schadensfall gemäß Artikel 4 nicht überschreiten. Eventuelle Entschädigungen, die zwischen dem Datum des Schadensfalls und dem Datum des ärztlichen Attests, der die Dauerhafte Vollständige Invalidität bestätigt, bereits mit dem Titel Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit gezahlt wurden, werden von dem Betrag abgezogen, der für die Dauerhafte Vollständige Invalidität geschuldet wird.

Für den Fall vorzeitiger Rückzahlung und Abtretung des Darlehensvertrages wird auf die Bestimmungen des Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen.

Die versicherte Leistung wird von der Versicherungsgesellschaft gemäß den vorstehenden Artikeln 9 ("Leistungsempfänger") und 14 ("Auszahlung der Leistungen") gezahlt.

### ART. 36 AUSSCHLÜSSE

Von der Deckung ausgeschlossen sind Fälle von Dauerhafter Vollständiger Invalidität aufgrund folgender Ursachen:

- Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keine geeignete Lizenz verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist.
- Flugunfälle durch Akrobatik, Ausstellungen, Aufzeichnungen oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation).
- aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegsereignissen
- Aktive Beteiligung des Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.
- biologische und / oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist.
- Vorsatz des Versicherten.
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht über den laut geltenden Vorschriften erforderlichen Führerschein verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein, jedoch unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Moment des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt und diese innerhalb von drei Monaten ab dem Schadensfall erhalten hat.
- HIV-Infektion, erworbener Immundefizienzstatus (AIDS) oder verwandte Syndrome oder assimilierbare Zustände.
- freiwillige Selbstverletzungen des Versicherten oder wenn der Versicherte sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet.



- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum durch den Versicherten, es sei denn, der Gebrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum wurde zu therapeutischen Zwecken verschrieben, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann.
- Zustand der Trunkenheit/Intoxikation
  - wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher ist als der durch die Straßenverkehrsordnung festgelegte und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt.
  - in jedem anderen Fall, wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher als 0,8 Gramm pro Liter beträgt.
- Unfälle durch Streiks, Unruhen, Krawalle oder Krawalle, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat.
- Unfälle durch natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).
- Ereignisse, die auf folgende geistige Einschränkungen zurückzuführen sind: organisches Gehirnsyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände
- Anwendungen ästhetischer Art, die vom Versicherten aus psychologischen oder persönlichen Gründen beantragt werden, mit Ausnahme der plastischen Rekonstruktion nach einem Unfall, der während der Gültigkeitsdauer der Versicherung aufgetreten ist.

Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Unfall in folgenden Fällen:

- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.
- Ausübung aller auf professioneller Ebene ausgeübten sportlichen Aktivitäten mit Ausnahme der Teilnahme an Amateur-Wettbewerben oder entsprechenden Probeläufen sowie von Firmen- und firmenübergreifenden Wettbewerben.
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor- / Segelbooten auch als Passagier bei nicht rein regelmäßigen Wettbewerben und den entsprechenden Probeläufen.
- Boxsport, schwere Leichtathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern auf Felsen oder Eis, Bergsteigen auf über 4.000 m oder mehr als der dritten Stufe der französischen Skala und / oder Klettern auf Eis oder Gletschern oder Solo-Klettern, unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Springen vom Sprungbrett mit Skiern oder Wasserskiern, akrobatisches Skifahren, Bob, Rugby, American Football, Tauchen, Luftsport im Allgemeinen.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
  - Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz
  - Zirkus- und Stuntman-Aktivitäten
  - Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Minen

## ART. 37 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN

Im Schadensfall muss der Versicherte oder sein Vertreter der Versicherungsgesellschaft innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab dem Datum des Unfalls oder der Krankheit oder ab dem Zeitpunkt, an dem er / sie die Gelegenheit gemäß Art. 1913 des C.C. hatte, schriftlich Bescheid geben. Die Schadensfallmeldung muss einen Hinweis auf den Ort des möglichen Schadensfalls, den Tag, die Uhrzeit und die Ursache des Ereignisses enthalten und von einem ärztlichen Attest begleitet sein.

Für die Zahlung, die sich aus der Dauerhaften Vollständigen Invaldität ergibt, muss die Meldung des Unfalls oder der Krankheit einen Hinweis auf den Ort, den Tag, die Uhrzeit und die Ursache des Ereignisses enthalten, und die im obenstehenden Artikel 12.2 angegeben Dokumentation muss der entsprechenden Mitteilung oder dem Schadensmeldeformular beigelegt sein.



## VERSICHERUNG FÜR VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT

**(Ausschließlich für selbständig Erwerbstätige, ausgenommen Nicht-Arbeitende und Arbeitnehmer in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen mit unbefristetem Arbeitsvertrag in der Privatwirtschaft) - Option 2**

### ART. 38 VERSICHERTE LEISTUNGEN

Der Versicherungsschutz garantiert dem Versicherten bei Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit die monatliche Zahlung eines Betrags in Höhe der monatlichen Raten gemäß den Angaben des Finanzierungsvertrags, die während des gleichen Zeitraums der Invalidität fällig werden, mit Ausnahme von der ersten und letzten Entschädigung, die anteilig an den tatsächlichen Tagen der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit berechnet wird, mit einem Höchstbetrag von 1.500,00 Euro pro Monat für einen Höchstbetrag von 18 monatlichen Raten pro Schadensfall und 36 monatlichen Raten für die gesamte Vertragslaufzeit.

Der Versicherte wird vorübergehend als "arbeitsunfähig" eingestuft, wenn er aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit die vollständige physische Unmöglichkeit hat, seinen Beruf auszuüben, sofern er zum Zeitpunkt des Beitritts Einkommenserzeuger ist und am Tag des Unfalls nicht den Status eines Angestellten in der Privatwirtschaft hat.

Davon unbeschadet sind die Einschränkungen nach Art. 39.

Der Versicherungsschutz für den Fall der Vorübergehenden Vollständigen Arbeitsunfähigkeit unterliegt:

- auf einen absoluten Selbstbehaltzeitraum von 60 (sechzig) Tagen. Der Beginn des Selbstbehaltzeitraums ist der erste Tag der Arbeitsunfähigkeit.
- einer Wartezeit von 60 (sechzig) Tagen: Wenn der Versicherte innerhalb der ersten 60 (sechzig) Tage ab dem Datum des Versicherungsschutzes über die Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit informiert wird, wird die Entschädigung nicht gezahlt.

Für den Fall vorzeitiger Rückzahlung und Abtretung des Finanzierungsvertrags wird auf die Bestimmungen des Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen.

Die versicherte Leistung wird von der Versicherungsgesellschaft gemäß den vorstehenden Artikeln 9 und 14 gezahlt.

### ART. 39 AUSSCHLÜSSE

Von der Deckung ausgeschlossen sind Fälle von Dauerhafter Vollständiger Invalidität aufgrund folgender Ursachen:

- Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keine geeignete Lizenz verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist.
- Flugunfälle durch Akrobatik, Ausstellungen, Aufzeichnungen oder Rekordversuche, Testflüge, Fallschirmspringen (nicht gerechtfertigt durch eine gefährliche Situation).
- aktive Teilnahme des Versicherten an Kriegseignissen
- Aktive Beteiligung des Versicherten an strafbaren Handlungen, Terrorismus oder Revolutionen.
- biologische und / oder chemische Kontamination, die direkt oder indirekt mit terroristischen Handlungen verbunden ist.
- Vorsatz des Versicherten.
- Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht über den laut geltenden Vorschriften erforderlichen Führerschein verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein, jedoch unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Moment des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt und diese innerhalb von drei Monaten ab dem Schadensfall erhalten hat. .
- HIV-Infektion, erworbener Immundefizienzstatus (AIDS) oder verwandte Syndrome oder assimilierbare Zustände.
- freiwillige Selbstverletzungen des Versicherten oder wenn der Versicherte sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet.
- Missbrauch von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum durch den Versicherten, es sei denn, der Gebrauch



von Psychopharmaka, Drogenkonsum oder Halluzinogenkonsum wurde zu therapeutischen Zwecken verschrieben, und stets unter der Voraussetzung, dass diese Verschreibung nicht mit Abhängigkeitszuständen in Verbindung gebracht werden kann.

- Zustand der Trunkenheit/Intoxikation
  - wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher ist als der durch die Straßenverkehrsordnung festgelegte und der Tod beim Führen eines Fahrzeugs eintritt.
  - in jedem anderen Fall, wenn der Blutalkoholgehalt im Blut höher als 0,8 Gramm pro Liter beträgt.
- Unfälle durch Streiks, Unruhen, Krawalle oder Krawalle, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat.
- Unfälle durch natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms, Beschleunigung von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).
- Ereignisse, die auf folgende geistige Einschränkungen zurückzuführen sind: organisches Gehirnsyndrom, Schizophrenie, manisch-depressive Formen oder paranoide Zustände
- Anwendungen ästhetischer Art, die vom Versicherten aus psychologischen oder persönlichen Gründen beantragt werden, mit Ausnahme der plastischen Rekonstruktion nach einem Unfall, der während der Gültigkeitsdauer der Versicherung aufgetreten ist.
- Rückenschmerzen und ähnliche Erkrankungen, sofern sie nicht durch radiologische und klinische Untersuchungen nachgewiesen werden, die zu einer vollständigen Behinderung führen.

Ausgeschlossen ist darüber hinaus die Deckung Unfall in folgenden Fällen:

- Verwendung von Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen, auch als Passagier.
- Ausübung aller auf professioneller Ebene ausgeübten sportlichen Aktivitäten mit Ausnahme der Teilnahme an Amateur-Wettbewerben oder entsprechenden Probeläufen sowie von Firmen- und firmenübergreifenden Wettbewerben.
- Verwendung von Unterwasserfahrzeugen, Kraftfahrzeugen oder Motor- / Segelbooten auch als Passagier bei nicht rein regelmäßigen Wettbewerben und den entsprechenden Probeläufen.
- Boxsport, schwere Leichtathletik, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Klettern auf Felsen oder Eis, Bergsteigen auf über 4.000 m oder mehr als der dritten Stufe der französischen Skala und / oder Klettern auf Eis oder Gletschern oder Solo-Klettern, unabhängig von der Höhe, Höhlenforschung, Springen vom Sprungbrett mit Skiern oder Wasserskiern, akrobatisches Skifahren, Bob, Rugby, American Football, Tauchen, Luftsport im Allgemeinen.
- Ausübung folgender beruflicher Tätigkeiten:
  - Militär- und Polizeikräfte bei aktivem Auslandseinsatz
  - Zirkus- und Stuntman-Aktivitäten
  - Tätigkeiten mit Sprengstoffeinsatz und Zugang zu Minen

## ART. 40 SPÄTERE MELDUNGEN

Nach der endgültigen Abwicklung eines Schadensfalls wegen Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit wird keine Entschädigung für nachfolgende Schadensfälle wegen Vorübergehender Vollständiger Arbeitsunfähigkeit gezahlt, wenn nach dem Ende des vorhergehenden Schadensfalls keine 90 (neunzig) aufeinanderfolgende Tage lange Weiterbildungsfrist verstrichen ist, innerhalb derer der Versicherte seine normale Arbeitstätigkeit wiederaufgenommen hat.

## ART. 41 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN

Im Schadensfall muss der Versicherte oder sein Vertreter der Versicherungsgesellschaft innerhalb von 60 (sechzig) Tagen ab dem Datum des Unfalls oder der Krankheit oder ab dem Zeitpunkt, an dem er / sie die Gelegenheit gemäß Art. 1913 des C.C. hatte, schriftlich Bescheid geben. Die Nichterfüllung dieser Pflicht kann gemäß Art. 1915 ital. ZGB (C.C.) den Voll- oder Teilverlust des Entschädigungsanspruchs zur Folge haben.

Für die Zahlung, die sich aus dem Unfall oder der Krankheit ergibt, muss die Meldung des Unfalls oder der Krankheit einen Hinweis auf den Ort, den Tag, die Uhrzeit und die Ursache des Ereignisses enthalten, und die im obenstehenden Artikel 12.3 angegebenen Dokumentation muss der entsprechenden Mitteilung oder dem Schadensmeldeformular beigelegt sein.





## **VERSICHERUNG GEGEN ARBEITSPLATZVERLUST (Ausschließlich für Arbeitnehmer in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen mit unbefristetem Arbeitsvertrag in der Privatwirtschaft) - Option 3**

### **ART. 42 VERSICHERTE LEISTUNGEN**

Bei Beschäftigungsverlust aufgrund von:

- gerechtfertigter objektiver Grund
- Ursachen, die zu einer Entschädigung durch Lohnergänzungs-Sondervergütung führen.

Die Versicherungsgesellschaft zahlt dem Versicherten monatlich einen Betrag, der gemäß den Angaben des Finanzierungsvertrags der Höhe der monatlichen Raten entspricht, die während der Dauer der Arbeitslosigkeit fällig werden, mit Ausnahme der ersten und letzten Entschädigung, die nach dem Pro-Rata-Satz der tatsächlichen Arbeitslosigkeitstage berechnet werden, mit einem Höchstbetrag von 1.500,00 Euro pro Monat für einen Höchstbetrag von 18 monatlichen Raten pro Schadensfall und 36 monatlichen Raten für die gesamte Vertragsdauer.

Davon unbeschadet sind die Einschränkungen nach Art. 43.

**Der Versicherungsschutz für den Verlust der Beschäftigung unterliegt:**

- auf einen absoluten Selbstbehaltzeitraum von 60 (sechzig) Tagen. Der Beginn des Selbstbehaltzeitraums ist der erste Tag der Arbeitsunfähigkeit.
- einer Wartezeit von 60 (sechzig) Tagen: Wenn der Versicherte innerhalb der ersten 60 (sechzig) Tage ab dem Datum des Versicherungsschutzes über die Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit informiert wird, wird die Entschädigung nicht gezahlt.

Falls die Gesellschaft die monatliche Leistung zahlt und der Versicherte als Angestellter im privaten Sektor arbeitet, muss dieser die Gesellschaft unverzüglich schriftlich über die Beendigung des Arbeitslosenstatus informieren. In diesem Fall wird die Zahlung der Entschädigung endgültig unterbrochen.

Wenn der Arbeitsvertrag des privaten Sektors jedoch nur eine feste Laufzeit von höchstens sechs Monaten hat, wird die Zahlung der Entschädigung für die Dauer des Vertrags ausgesetzt und am Ende des Vertrags als Fortsetzung des ursprünglichen Schadensfalls wiederaufgenommen, unter der Voraussetzung, dass die Arbeitslosigkeit anhält. Dabei ist zu präzisieren, dass diese Aussetzung für jede Forderung sechs Monate nicht überschreiten darf

Für den Fall vorzeitiger Rückzahlung und Abtretung des Finanzierungsvertrags wird auf die Bestimmungen des Art. 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwiesen.

Die versicherte Leistung wird von der Versicherungsgesellschaft gemäß den vorstehenden Artikeln 9 und 14 gezahlt.

### **ART. 43 AUSSCHLÜSSE**

Die Versicherungsgesellschaft zahlt keine Entschädigung bei Verlust des Arbeitsverhältnisses, wenn der Versicherte zum Zeitpunkt des Anspruchs ein anderes Rechtssubjekt als ein Beschäftigter des privaten Sektors mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag ist.

In den folgenden Fällen wird von der Versicherungsgesellschaft keine Entschädigung für den Verlust des Arbeitsverhältnisses gezahlt:

- Der Versicherte ist in den letzten 12 (zwölf) Monaten vor dem Datum, an dem das Schadensereignis eintrat, seiner Arbeitstätigkeit als Angestellter in der Privatwirtschaft nicht ununterbrochen und mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag mit einer Leistungsverpflichtung von mindestens 20 Stunden pro Woche nachgegangen. Im Sinne dieser Klausel unterbrechen jedoch Unterbrechungen des Arbeitsverhältnisses, die nicht länger als zwei Wochen dauern, nicht den Kontinuitätszeitraum des Arbeitsverhältnisses.
- Die Kündigung erfolgte aus gutem Grund.
- Die Entlassung hat einen berechtigten subjektiven Grund.
- Beendigung des Arbeitsverhältnisses aufgrund des Willens des Versicherten.





- Die Kündigung erfolgt aus disziplinarischen oder beruflichen Gründen.
- Kündigung bei Verwandtschaftsverhältnissen mit dem Arbeitgeber.
- Der Versicherte erhält eine Lohnergänzungs-Sondervergütung oder Schlechtwettergeld.
- Der Arbeitsvertrag wurde im Ausland abgeschlossen, es sei denn dieser ist dem italienischen Recht unterstellt.
- Dem Versicherten ist zum Zeitpunkt des Beitritts die bevorstehende Arbeitslosigkeit oder objektive Umstände bekannt, die auf einen zukünftigen Stand der Arbeitslosigkeit hindeuten.
- Der Versicherte fällt in die Fälle von Teilarbeitslosigkeit (sozial nützliche Arbeitsplätze).
- Der Versicherte hat sich nicht in der Arbeitsagentur eingetragen.

## **ART. 44 SPÄTERE MELDUNGEN - AUSSETZUNG DER LEISTUNGEN**

Nach der endgültigen Abwicklung eines Schadensfalls wegen Beschäftigungsverlust wird keine Entschädigung für spätere Arbeitslosenansprüche gezahlt, wenn ab dem Ende des vorherigen Anspruchs kein Zeitraum von 90 (neunzig) aufeinanderfolgenden Tagen, innerhalb derer der Versicherte wieder Angestellter des Privatsektors mit befristetem oder unbefristetem Arbeitsvertrag wurde und die Probezeit bestanden hat.

Für den Fall, dass der Versicherte während des Zeitraums, in dem die Leistung erbracht wird, mit einem befristeten Vertrag für einen Zeitraum von höchstens 6 Monaten beschäftigt ist, setzt die Versicherungsgesellschaft die Erbringung der Leistung aus und nimmt sie am Ende des befristeten Arbeitsverhältnisses ohne Eröffnung eines neuen Schadensfalls für die verbleibenden Monate bis zum Erreichen von 18 Monatsgehältern wieder auf.

## **ART. 45 SCHADENSMELDUNG UND ENTSPRECHENDE VERPFLICHTUNGEN**

Der Versicherte muss der Versicherungsgesellschaft innerhalb von 60 (sechzig) Tagen nach Eintritt der Arbeitslosigkeit seine Arbeitslosigkeit mitteilen, indem er eine spezifische Mitteilung oder das Beschwerdeformular mit den im vorstehenden Artikel 12 aufgeführten beigefügten Unterlagen sendet. 4.

Der Versicherte verpflichtet sich, das Unternehmen bei Beendigung der Arbeitslosigkeit unverzüglich zu benachrichtigen.

## INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

### *Information gemäß Art. 13 und 14 der Datenschutz- Grundverordnung (EU) 679/2016*

Die Versicherungsgesellschaften **Net Insurance S.p.A.** und **Net Insurance Life S.p.A.** (nachstehend auch der „Versicherer“) mit Satzungssitz in Via Giuseppe Antonio Guattani 4 – 00161 Rom, erteilen hiermit gemäß Art. 13 der Verordnung (EU) 2016/679 vom 27. April 2016 (nachstehend auch einfach „die Verordnung“) unter Beachtung des Prinzips der Transparenz und Bewusstheit der Eigenschaften und Methoden der Datenverarbeitung folgende Informationen.

#### **1) Verantwortlicher der Datenverarbeitung**

Die Verantwortlichen der Datenverarbeitung und Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten - ggf. anhand der Weiterleitung durch den Versicherungsnehmer - sind die Gesellschaften **Net Insurance S.p.A.** und **Net Insurance Life S.p.A.** mit Satzungssitz in Via Giuseppe Antonio Guattani 4 – 00161 Rom.

#### **2) Art und Herkunft der Daten**

Je nach Art der von Ihnen unterzeichneten Police handelt es sich bei den von den Gesellschaften verarbeiteten personenbezogenen Daten um diejenigen Ihrer eigenen Person, ihrer Angehörigen, der Versicherten und anderen Begünstigten (wo zutreffend) oder von Anspruchsberechtigten auf versicherte Güter, die von Ihnen im Laufe des Vertragsverhältnisses mit den Verantwortlichen (sowohl in der Phase der Risikobeurteilung als auch später bei der Abwicklung) mitgeteilt werden.

Diese personenbezogenen Daten können rein beispielsweise Identifikationsdaten, meldeamtliche und berufsbezogene Daten, Familienstand, finanzielle Informationen (einschließlich der Prämien), Bankdaten und Angaben zu Ihren Ausweisdokumenten oder denen anderer Begünstigter umfassen ebenso wie Justizdaten, aus denen gerichtliche Verfügungen zu Ihren Lasten oder Strafen in Verbindung mit Rechtsbrüchen oder ihr Status als Person, gegen die Ermittlungen geführt werden, oder als Angeklagter in Strafprozessen hervorgehen können.

Eine Verweigerung dieser Daten kann - da diese notwendig und/oder zweckdienlich für die Erbringung der angeforderten Dienstleistungen und Zahlungen sind - unter Umständen dazu führen, dass die Ausführung des/der Vertrags/Verträge nicht erfolgen kann.

Ferner kann es vorkommen, dass während der Laufzeit des Vertrags, den Sie zum heutigen Datum unterzeichnen, bzw. etwaiger weiterer in Zukunft unterzeichneter Versicherungsverträge (nachstehend auch „der/die Vertrag/Verträge“) zum Zwecke der Durchführung bestimmter Vorgänge die Verantwortlichen in den Besitz Besonderer Arten personenbezogener Daten gelangt (z.B. Daten, aus denen der Gesundheitszustand hervorgeht). Zur Verarbeitung dieser Daten ist gemäß Gesetz Ihre ausdrückliche und schriftliche Einwilligung erforderlich. Eine Verweigerung der Einwilligung für diese besonderen Datenkategorien kann - da diese notwendig und/oder zweckdienlich für die Erbringung der angeforderten Dienstleistungen und Zahlungen sind - unter Umständen dazu führen, dass die Ausführung des/der Vertrags/Verträge nicht erfolgen kann.

#### **3) Zwecke und rechtliche Grundlagen der Datenverarbeitung**

Net Insurance und Net Insurance Life werden Ihre personenbezogenen Daten - einschließlich der besonderen Datenkategorien und der Justizdaten - für folgende Zwecke verarbeiten:

- Zwecke im Zusammenhang mit der Ausstellung des/der Vertrags/Verträge, Zwecke in Verbindung mit der Erfüllung von vertraglichen Verpflichtungen der Gesellschaften (z.B. Verwaltung des Vertragsverhältnisses, Abwicklung der Schadensfälle, Verwaltung der Prämien und etwaiger Entschädigungsanträge). Die rechtlichen Grundlagen für diese Verarbeitungsvorgänge liegen in der Notwendigkeit, den von Ihnen unterzeichneten Vertrag zur Ausführung zu bringen und zu verwalten bzw. die auf Ihre Anfrage hin ergriffenen vorvertraglichen Schritte durchzuführen; allein für die Kategorie der besonderen Arten von personenbezogenen Daten besteht die rechtliche Grundlage in Ihrer Einwilligung;
- Zwecke in Verbindung mit der Erfüllung von Verpflichtungen durch Gesetze (z.B. Geldwäschegesetz, Terrorismusbekämpfungsgesetz), Verordnungen oder Europäische Normen sowie Verfügungen durch hierzu

gemäß Gesetz befugte Behörden bzw. durch Aufsichts- und Kontrollorgane. Die rechtliche Grundlage besteht hier in der Notwendigkeit, gesetzliche Pflichten, denen die Gesellschaften unterliegen, zu erfüllen;

- Zwecke im Rahmen der Verhinderung und Erkennung von Versicherungsbetrug sowie damit verbundener rechtlicher Schritte samt Verteidigung der Rechte der Gesellschaften in außergerichtlichen und gerichtlichen Verfahren. Die rechtliche Grundlage liegt hier in der Wahrnehmung der berechtigten Interessen der Gesellschaften an der Verhinderung von Versicherungsbetrug und am Schutz der Ansprüche, die diesen gemäß Gesetz bzw. den abgeschlossenen Verträgen zustehen.

Die Überlassung der personenbezogenen Daten und deren Verarbeitung durch die Gesellschaften für die unter den vorigen Punkten aufgeführten Zwecke sind notwendig. In Ermangelung können die Gesellschaften den Vertrag nicht abschließen oder die mit seiner Ausführung verbundenen Aufgaben, einschließlich der Abwicklung von Schadensfällen, nicht wahrnehmen.

Ferner werden die Gesellschaften Ihre personenbezogenen Daten unter Ausschluss derjenigen besonderer Art und von Justizdaten verarbeiten:

- nach Erteilung einer speziellen Genehmigung, wenn es sich um Marketing- und/oder Profilierungszwecke handelt, wobei diese sowohl anhand automatisierter Kontaktmethoden (z.B. E-Mail, SMS, Fax) als auch auf herkömmlichem Wege (z.B. Postweg, persönlicher Telefonkontakt) wahrgenommen werden und rein beispielsweise Folgende umfassen können: Marktforschung, statistische Studien z.B. für die Erhebung der Dienstleistungsqualität oder der Kundenwünsche, Übermittlung personalisierter Kommunikation über Produkte und Dienstleistungen der Gesellschaften auch auf der Grundlage Ihrer Gewohnheiten und Interessen. Die Bereitstellung der Daten für diese Zwecke erfolgt rein freiwillig und die Entscheidung, Ihre Einwilligung hierzu nicht zu erteilen, hat keinerlei Auswirkung auf das Verhältnis zu den Gesellschaften, denn es wird allein die Zusendung von Geschäfts- und Werbematerial verhindert. Die rechtliche Grundlage für diese Art von Verarbeitung besteht in Ihrer ausdrücklich erteilten Einwilligung.

#### **4) Methoden der Datenverarbeitung**

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten - einschließlich der besonderen Arten:

- a. erfolgt anhand der Vorgänge oder Vorgangsguppen, die von der Verordnung vorgegeben werden;
- b. erfolgt manuell, per EDV und telematischen Verfahren auf der Grundlage einer Logik, die direkt mit oben genannten Zwecken verbunden ist, sowie unter Gewährleistung der Datensicherheit;
- c. wird direkt von der Organisation des Verantwortlichen und/oder von anderen als Auftragsverarbeiter bzw. Verarbeitungsbefugte ausgewiesenen Stellen vorgenommen.

#### **5) Empfänger der Daten**

- a. Die personenbezogenen Daten können für die Zwecke laut Punkt 3 an andere Stellen der Versicherungskette weitergeleitet werden, z.B. an Mitversicherer, Rückversicherer, Archivierungsunternehmen, mit der Schadensabwicklung beauftragte Gesellschaften, Gutachter, Treuhänder und Rechtsbeistände, Kontrollorgane (Versicherungsaufsicht IVASS, Staatlich beauftragter Versicherungsdienstleister CONSAP, Finanzinspektionsstelle UIF, Banca d'Italia), Gerichtsbehörden und andere Datenbanken, an welche die personenbezogenen Daten obligatorisch gemäß Gesetz oder für die Zwecke des Abschlusses/der Ausführung des Versicherungsvertrags mitzuteilen sind.
- b. Ferner können die personenbezogenen Daten ausschließlich für die Zwecke gemäß Punkt 3 an Gesellschaften des Konzerns (Dachgesellschaften, kontrollierte und verbundene Gesellschaften) gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen mitgeteilt werden.
- c. Die personenbezogenen Daten können, wo erforderlich, anderen Stellen der sogenannten „Versicherungskette“ mitgeteilt werden, die als eigenständige Verantwortliche der Datenverarbeitung handeln (insbesondere Erwerbskanäle für Versicherungsverträge und deren Mitarbeiter, Versicherer, Mitversicherer, Rentenfonds, Aktuarien, Rechtsanwälte, Ärzte, Gutachter und andere Berater, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Detekteien, Speditionsfirmen usw.), Banken, Verbands- und Genossenschaftsorgane der Versicherungsbranche (Versicherungsverband ANIA und die Verbandsmitglieder), IVASS, UIF und andere öffentliche Behörden sowie Personen, Gesellschaften, Vereine, die unterstützende und/oder beratende Dienstleistungen für Net erbringen (z.B. in den Bereichen

Buchhaltung, Verwaltung, Finanzen), Gesellschaften oder Personen, die Kontroll-, Rechnungsprüfungs- und Zertifizierungstätigkeiten bezüglich der Tätigkeit der Gesellschaften ausüben.

Die Liste der Personen und Stellen, denen die Daten mitgeteilt werden können oder welche als Auftragsverarbeiter handeln, kann bei der E-Mail-Adresse [responsabileprotezionedati@netinsurance.it](mailto:responsabileprotezionedati@netinsurance.it) oder am Sitz der Gesellschaften angefordert werden.

Die Daten werden generell nicht aus der Europäischen Union ausgeführt. Sollte es jedoch im Falle besonderer Erfordernisse in Verbindung mit dem Standort der von den Lieferanten erbrachten Leistungen notwendig sein, die Daten in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums und darunter in Länder, die keinen angemessenen Schutz bieten, zu übermitteln, verpflichten sich die Gesellschaften dazu, ein angemessenes Niveau von Sicherheit und Schutz der Daten ggf. durch den Abschluss von den einschlägigen Normen entsprechenden Verträgen, einschließlich der Vereinbarung von Standardvertragsklauseln, zu garantieren (es ist möglich, beim DSB/Datenschutzbeauftragten per E-Mail an die Adresse [responsabileprotezionedati@netinsurance.it](mailto:responsabileprotezionedati@netinsurance.it) bzw. per Einschreiben an die Gesellschaften eine Kopie der von den Dritten im Zusammenhang mit diesen Klauseln übernommenen Verpflichtungen sowie die Liste der Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, in welche die Daten übermittelt werden, anzufordern).

## 6) Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Der *Versicherer* ist, unbeschadet der Führung etwaiger Rechtsstreite und der geltenden Steuernormen, dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten zu speichern:

- bezüglich Versicherungsverträgen über weitere fünf Jahre nach dem Datum, zu dem der Vertrag seine Wirkung beendet hat, und über weitere fünf Jahre ab dem Lösungsdatum ohne Zahlung von Entschädigungen oder der Zahlung sämtlicher als Schadensersatz und für Direktausgaben geschuldeten Beträge (Art. 8 der Verordnung ISVAP Nr. 27/2008);
- betreffend aller anderen Unterlagen / Verträge über zehn Jahre ab dem Datum der letzten Eintragung (Art. 2220 des italienischen Zivilgesetzbuchs).

## 7) Rechte des Betroffenen

### 7.1) Die Verordnung gestattet dem Betroffenen die Ausübung spezifischer Rechte in Verbindung mit den mitgeteilten Daten, die im Rahmen und in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben ausgeübt werden können:

- Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten (Art. 15);
- Recht auf Berichtigung (Art. 16);
- Recht auf Löschung (Recht auf Vergessenwerden) (Art. 17);
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18);
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20);
- Widerspruchsrecht (Art. 21);
- Das Recht, den Datenschutzbeauftragten (DSB) zu kontaktieren für alle Angelegenheiten, die die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ausübung der auf der Verordnung basierenden Rechte betreffen. Der DSB kann entsprechend der im nachstehenden Punkt erläuterten Vorgehensweise kontaktiert werden.

### 7.2) Zur Wahrnehmung Ihrer Rechte, wenden Sie sich bitte schriftlich an:

**NET INSURANCE S.p.A.**

Datenschutzbeauftragter

Via Giuseppe Antonio Guattani 4, 00161 Rom

[ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it](mailto:ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it)

[ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it](mailto:ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it)

### 7.3) Unbeschadet anderer verwaltungsrechtlicher oder gerichtlicher Schritte, haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Behörde einzureichen, die für die Kontrolle der Einhaltung dieser Verordnung zuständig ist - in Italien der **Datenschutzgarant** - anhand folgender Schritte:

- a) Einschreiben mit Rückschein an den Datenschutzgaranten, Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia 11 -00187Rom
- b) zertifizierte E-Mail-Nachricht an die Adresse [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it).



## FAKSIMILE DES BEITRITTSANTRAGS



### Beitrittsantrag Nr.

Policen in Rahmenvertrag Nr. 818/819 „NET CPI Prestiti“ abgeschlossen von der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. (Versicherungsnehmerin) mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Den Policen in Rahmenvertrag können in der Eigenschaft als Versicherte bis maximal zwei Kreditnehmer/Bürgen der Finanzierung beitreten. Im Falle von zwei Versicherten gelten die Deckungen anteilmäßig für jeden Versicherten auf Grundlage des gewählten und in diesem Antrag angegebenen Anteils.

1) Daten des Beitretenden/Versicherten Nr. 1			
Nachname		Vorname	
Anschrift Hauptwohnsitz		Ort	Provinz PLZ
Anschrift Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)		Ort	Provinz PLZ
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer
Beruf	Ausweis		Ausstellungsdatum und -ort, Ausstellungsbehörde
	Art	Nummer	

Gewählte Produktoption

Prozentsatz der für den Beitretenden/Versicherten Nr. 1 versicherten Leistungen (bei gemeinsamer Kreditaufnahme oder Aufnahme mit Bürgen): %

Gesamtes Restkapital bzw. Anteil des Restkapitals bei Finanzierungen, die bereits über die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. bzw. deren verbundene oder Tochtergesellschaften bei NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. versichert sind \_\_\_\_\_ Euro

2) Daten des Beitretenden/Versicherten Nr. 2			
Nachname		Vorname	
Anschrift Hauptwohnsitz		Ort	Provinz PLZ
Anschrift Nebenwohnsitz (wenn anders als Hauptwohnsitz)		Ort	Provinz PLZ
Geburtsdatum	Geburtsort	Provinz	Steuernummer
Beruf	Ausweis		Ausstellungsdatum und -ort, Ausstellungsbehörde
	Art	Nummer	

Gewählte Produktoption

Prozentsatz der versicherten Leistungen für den Beitretenden/Versicherten Nr. 2 (bei gemeinsamer Kreditaufnahme oder Aufnahme mit Bürgen): %

Gesamtes Restkapital bzw. Anteil des Restkapitals bei Finanzierungen, die bereits über die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. bzw. deren verbundene oder Tochtergesellschaften bei NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. versichert sind \_\_\_\_\_ Euro

Der/die Unterzeichner:

BEITRETENDER/VERSICHERTER -Als Kreditnehmer/Mitkreditnehmer/Bürge der beantragten Finanzierung Nr. mit zu gewährendem Kapitalbetrag von Euro über eine Laufzeit von Monaten bei der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. - BLZ-Code Filiale \_\_\_\_\_.

BEITRETENDER/VERSICHERTER -Als Kreditnehmer/Mitkreditnehmer/Bürge der laufenden Finanzierung Nr. mit der versicherten restlichen Kapitalschuld von Euro über eine restliche Laufzeit von Monaten bei der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. - BLZ-Code Filiale \_\_\_\_\_.



Hiermit wird zur Kenntnis genommen dass die SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. gemäß Art. 1891 des it. Zivilgesetzbuchs mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. sowie in Zusammenarbeit mit dem Broker VALIA S.p.A. eine Police in Rahmenvertrag abgeschlossen hat, der natürliche Personen beitreten können, die Kunden der SÜDTIROLER SPARKASSE S.p.A. sowie von verbundenen oder Tochtergesellschaften sind.

**ANTRAG AUF BEITRITT  
ZU DEN POLICEN IN RAHMENVERTRAG NR. 818/819 „NET CPI Prestiti“**

**Produktoption Nr. 1**  
 **Beitretender/Versicherter Nr. 1**    **Beitretender/Versicherter Nr. 2**

**Für alle Versicherten, gleich ob diese Einkommen erwirtschaften oder nicht**  
 A) Zeitweilige Versicherung für den Todesfall  
 B) Versicherung für Bleibende Unfall- oder Krankheitsbedingte Vollinvalidität

ANFÄNGLICHER VERSICHERUNGSBETRAG UND PRÄMIE	Beitretender/Versicherter Nr. 1	Beitretender/Versicherter Nr. 2
Versicherter Anfangsbetrag der Finanzierung (gewährter Finanzierungsbetrag oder Restschuld der Finanzierung zum Beitrittsdatum)	Euro	Euro
Im Voraus gezahlte Einmalprämie (Steuer inbegriffen)	Euro	Euro

**HINWEIS - Sind zwei Beitretende/Versicherte vorhanden, werden der versicherte Anfangsbetrag der Finanzierung und die oben aufgeführten Beträge der Prämie anteilmäßig entsprechend dem Prozentsatz des versicherten Anteils angegeben**

**Produktoption Nr. 2**  
 **Beitretender/Versicherter Nr. 1**    **Beitretender/Versicherter Nr. 2**

**Personen, die Einkommen erwirtschaften, vorbehalten, unter Ausschluss von Beschäftigten in der Privatwirtschaft mit unbefristetem Anstellungsvertrag**  
 A) Zeitweilige Versicherung für den Todesfall  
 B) Versicherung für Bleibende Unfall- oder Krankheitsbedingte Vollinvalidität  
 C) Versicherung für Unfall- oder Krankheitsbedingte Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit

ANFÄNGLICHER VERSICHERUNGSBETRAG UND PRÄMIE	Beitretender/Versicherter Nr. 1	Beitretender/Versicherter Nr. 2
Versicherter Anfangsbetrag der Finanzierung (gewährter Finanzierungsbetrag oder Restschuld der Finanzierung zum Beitrittsdatum)	Euro	Euro
Im Voraus gezahlte Einmalprämie (Steuer inbegriffen)	Euro	Euro

**HINWEIS - Sind zwei Beitretende/Versicherte vorhanden, werden der versicherte Anfangsbetrag der Finanzierung und die oben aufgeführten Beträge der Prämie anteilmäßig entsprechend dem Prozentsatz des versicherten Anteils angegeben**

**Produktoption Nr. 3**  
 **Beitretender/Versicherter Nr. 1**    **Beitretender/Versicherter Nr. 2**

**Ausschließlich Beschäftigten in der Privatwirtschaft mit unbefristetem Anstellungsvertrag vorbehalten**  
 A) Zeitweilige Versicherung für den Todesfall  
 B) Versicherung für Bleibende Unfall- oder Krankheitsbedingte Vollinvalidität  
 D) Versicherung für Arbeitsplatzverlust

ANFÄNGLICHER VERSICHERUNGSBETRAG UND PRÄMIE	Beitretender/Versicherter Nr. 1	Beitretender/Versicherter Nr. 2
Versicherter Anfangsbetrag der Finanzierung (gewährter Finanzierungsbetrag oder Restschuld der Finanzierung zum Beitrittsdatum)	Euro	Euro
Im Voraus gezahlte Einmalprämie (Steuer inbegriffen)	Euro	Euro

**HINWEIS - Sind zwei Beitretende/Versicherte vorhanden, werden der versicherte Anfangsbetrag der Finanzierung und die oben aufgeführten Beträge der Prämie anteilmäßig entsprechend dem Prozentsatz des versicherten Anteils angegeben**

**BESTIMMUNG DER BEGÜNSTIGTEN FÜR DIE TODESFALLDECKUNG**





BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 1	
<b>HINWEISE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Beitretende/Versicherte hat die Wahl, die Begünstigten entweder namentlich zu nennen oder generell seine rechtmäßigen und/oder testamentarischen Erben als Begünstigte einzusetzen. <b>Erfolgt keine namentliche Nennung kann die Gesellschaft beim Tod des Versicherten auf größere Schwierigkeiten bei Identifikation und Ausfindigmachung der Begünstigten stoßen.</b></li> <li>• Die Änderung oder der Widerruf des/der Begünstigten sind der Gesellschaft schriftlich mitzuteilen.</li> </ul>	
Bezüglich der Todesfalldeckung <b>ERNENNE</b> ich, der unterzeichnende Beitretende/Versicherte ( <i>nur eines der Kästchen ankreuzen und bei namentlicher Nennung die betreffenden Felder ausfüllen</i> ):	
<input type="checkbox"/> <b>NAMENTLICH FOLGENDE PERSON/EN ZUM/ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DIESER LEISTUNG</b>	
<b>BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 1</b>	
Nach- und Vorname / Firma _____ Steuernummer _____ Anschrift / Satzungssitz _____ Telefon _____ E-Mail _____ Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden/Versicherten <input type="checkbox"/> Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft) <input type="checkbox"/> Sonstige	
<b>BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 2</b>	
Nach- und Vorname / Firma _____ Steuernummer _____ Anschrift / Satzungssitz _____ Telefon _____ E-Mail _____ Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden/Versicherten <input type="checkbox"/> Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft) <input type="checkbox"/> Sonstige	
<input type="checkbox"/> <b>GENERELL MEINE (RECHTMÄSSIGEN UND/ODER TESTAMENTARISCHEN) ERBEN ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DER LEISTUNG</b>	
<input type="checkbox"/> <b>DEN BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2 ZUM BEGÜNSTIGTEN DER LEISTUNG (<i>diese Option steht nur zur Wahl, wenn 2 Versicherte vorhanden sind</i>)</b>	
<b>ANGABE EINES DRITTEN ALS REFERENTEN (fakultativ)</b>	
Im Falle besonderen Vertraulichkeitsbedarfs kann der Beitretende/Versicherte den Namen und die Kontaktdaten (einschließlich E-Mail-Adresse und/oder Telefon) einer dritten Person (die nicht begünstigt wird) nennen, an welche sich die Versicherungsgesellschaft im Todesfall des Versicherten zu wenden hat, um den ernannten Begünstigten zu kontaktieren.	
Nach- und Vorname / Firma _____ Anschrift / Satzungssitz _____ Telefon _____ E-Mail _____	
<b>HINWEIS:</b> Der Beitretende/Versicherte übernimmt die Pflicht zur Übergabe der laut geltenden Normen vorgeschriebenen Datenschutzinformation (Verordnung (EU) 2016/679) an die Person, auf die sich die der Gesellschaft mitgeteilten Daten beziehen.	
Ort und Datum	
UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1	





## BESTIMMUNG DER BEGÜNSTIGTEN FÜR DIE TODESFALLDECKUNG BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 2

### HINWEISE

- Der Beitretende/Versicherte hat die Wahl, die Begünstigten entweder namentlich zu nennen oder generell seine rechtmäßigen und/oder testamentarischen Erben als Begünstigte einzusetzen. Erfolgt keine namentliche Nennung kann die Gesellschaft beim Tod des Versicherten auf größere Schwierigkeiten bei Identifikation und Ausfindigmachung der Begünstigten stoßen.
- Die Änderung oder der Widerruf des/der Begünstigten sind der Gesellschaft schriftlich mitzuteilen.

Bezüglich der Todesfalldeckung **ERNENNE** ich, der unterzeichnende Beitretende/Versicherte (nur eines der Kästchen ankreuzen und bei namentlicher Nennung die betreffenden Felder ausfüllen):

**NAMENTLICH FOLGENDE PERSON/EN ZUM/ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DIESER LEISTUNG**

#### BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 1

Nach- und Vorname / Firma \_\_\_\_\_  
 Steuernummer \_\_\_\_\_  
 Anschrift / Satzungssitz \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden/Versicherten

Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft)  Sonstige

#### BEZEICHNETER BEGÜNSTIGTER NR. 2

Nach- und Vorname / Firma \_\_\_\_\_  
 Steuernummer \_\_\_\_\_  
 Anschrift / Satzungssitz \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beziehung des Begünstigten zum Beitretenden/Versicherten

Kernfamilie (Verwandtschaftsverhältnis, Gatte, eingetragener Lebenspartner, eheähnliche Gemeinschaft)  Sonstige

**GENERELL MEINE (RECHTMÄSSIGEN UND/ODER TESTAMENTARISCHEN) ERBEN ZU DEN BEGÜNSTIGTEN DER LEISTUNG**

**DEN BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1 ZUM BEGÜNSTIGTEN DER LEISTUNG (diese Option steht nur zur Wahl, wenn 2 Versicherte vorhanden sind)**

#### ANGABE EINES DRITTEN ALS REFERENTEN (fakultativ)

Im Falle besonderen Vertraulichkeitsbedarfs können Name und Kontaktdaten (einschließlich E-Mail-Adresse und/oder Telefon) einer dritten Person (die nicht begünstigt wird) genannt werden, an welche sich die Versicherungsgesellschaft im Todesfall des Versicherten zu wenden hat, um den ernannten Begünstigten zu kontaktieren.

Nach- und Vorname / Firma \_\_\_\_\_  
 Anschrift / Satzungssitz \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**HINWEIS:** Der Beitretende/Versicherte übernimmt die Pflicht zur Übergabe der laut geltenden Normen vorgeschriebenen Datenschutzinformation (Verordnung (EU) 2016/679) an die Person, auf die sich die der Gesellschaft mitgeteilten Daten beziehen.

Ort und Datum

UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2



## INFORMATION ZU DEN AUF DER PRÄMIE LASTENDEN KOSTEN

Auf die Prämie werden zu Lasten des Beitretenden/Versicherten folgende Kosten berechnet:

### BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 1

Effektiv getragene Kosten im Verhältnis zur Prämie	Effektiv für die Vermittlung erhaltener Kostenanteil
Euro	Euro
% <u>71,00 (Deckung Leben) / 71,00 (Deckung Schäden)</u>	% <u>69,01 (Deckung Leben) / 69,01 (Deckung Schäden)</u>

### BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 2

Effektiv getragene Kosten im Verhältnis zur Prämie	Effektiv für die Vermittlung erhaltener Kostenanteil
Euro	Euro
% <u>71,00 (Deckung Leben) / 71,00 (Deckung Schäden)</u>	% <u>69,01 (Deckung Leben) / 69,01 (Deckung Schäden)</u>

## FÄLLIGKEIT DER PRÄMIE UND ZAHLUNGSMITTEL

Fälligkeit der Prämie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im Voraus gezahlte Einmalprämie</li> </ul>
Zahlungsmittel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Banküberweisung</li> </ul>

## ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND DES/DER BEITRETENDEN/VERSICHERTEN

Zwecks Übernahme des Risikos erhebt die Versicherungsgesellschaft bei jedem Beitretenden/Versicherten Informationen über dessen Gesundheitszustand und Lebensstil anhand der Aufforderungen zum Ausfüllen des VEREINFACHTEN GESUNDHEITSFRAGEBOGENS (fester Bestandteil dieses Beitrittsantrags) oder, falls laut Versicherungsbedingungen erforderlich, anhand des ANAMNESEFRAGEBOGENS, dem die von der Gesellschaft verlangten medizinischen Unterlagen beizulegen sind.

### HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN VON VEREINFACHTEM GESUNDHEITSFRAGEBOGEN UND ANAMNESEFRAGEBOGEN (WO VERLANGT)

- Nicht der Wahrheit entsprechende und ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Fakten durch die Person, die zur Erteilung der für den Beitritt erforderlichen Informationen legitimiert ist, können den Leistungsanspruch beeinträchtigen.
- Bevor sie den Fragebogen unterschreibt, hat die unter a) bezeichnete Person die Richtigkeit der im Fragebogen getätigten Angaben zu prüfen.
- Auch in nicht ausdrücklich von den Gesellschaften vorgeschriebenen Fällen kann die unter a) bezeichnete Person verlangen, einer ärztlichen Untersuchung unterzogen zu werden, um ihren effektiven Gesundheitszustand bestätigen zu lassen, wofür sie die Kosten selbst zu tragen hat.
- Gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive seit mehr als 10 Jahren - bzw. 5 Jahren bei Krebserkrankungen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahrs aufgetreten sind - abgeschlossen ist. Unbeschadet etwaiger späterer Änderungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelung, die günstiger für den Versicherten sind.

## WIDERRUF DES BEITRITTSANTRAGS UND RECHT AUF RÜCKTRITT VOM VERTRAG

- Der Antrag auf Beitritt zur Police in Rahmenvertrag kann vom Beitretenden/Versicherten bis zum Datum des Inkrafttretens des Vertrags widerrufen werden.
- Der Beitretende/Versicherte hat das Recht, von den Versicherungsdeckungen, auf die sich sein Beitritt bezieht, zurückzutreten:
  - binnen 60 (sechzig) Tagen ab Datum des Inkrafttretens mit Anspruch auf Rückerstattung der bezahlten und nicht genutzten Prämie (abzüglich Steuer);



- jährlich mit 60-tägiger (sechzig) Frist auf das Fälligkeitsdatum der Jahresprämie mit Anspruch auf Rückerstattung der etwa bezahlten und nicht genutzten Prämie (abzüglich Steuer), die auf Grundlage der in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Erstattungsformel berechnet wird.

- Widerruf und Rücktritt sind den Gesellschaften schriftlich ggf. über die Filiale der Versicherungsnehmerin, bei welcher der Beitrittsantrag unterzeichnet wurde, per Einschreiben mitzuteilen an:

**NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A.**  
c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

## ERKLÄRUNGEN DES/DER BEITRETENDEN/VERSICHERTEN

### ERKLÄRUNG DES FAKULTATIVEN BEITRITTS ZU DEN POLICEN IN RAHMENVERTRAG UND ANNAHME DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

**Ich, der unterzeichnende Beitretende/Versicherte // Wir, die unterzeichnenden Beitretenden/Versicherten NIMMT/NEHMEN ZUR KENNTNIS,**

- dass die Versicherungsnehmerin im Auftrag Ihrer Kunden auf Grundlage der von diesen gewählten Option bei NET INSURANCE LIFE S.p.A. eine Versicherungsdeckung für den Todesfall und bei NET INSURANCE S.p.A. eine Versicherungsdeckung für Unfall- oder Krankheitsbedingte Bleibende Vollinvalidität, für Unfall- oder Krankheitsbedingte Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, für Arbeitsplatzverlust beantragt hat;
- dass oben genannte Deckungen sich auf die Policen in Rahmenvertrag Nr. 818/819 beziehen, welche die Versicherungsnehmerin mit NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. abgeschlossen hat;
- dass oben genannte Deckungen in Kombination mit der oben angegebenen, bei der Versicherungsnehmerin beantragten Finanzierung dazu bestimmt sind, dafür zu sorgen, dass bei Eintreten eines von diesen Deckungen erfassten Ereignisses die vorgesehene Leistung auf Grundlage der in den Versicherungsbedingungen aufgeführten Kriterien erbracht wird;
- dass die Wirksamkeit der Versicherungsdeckung einerseits an die Gewährung/das Bestehen einer Finanzierung und andererseits an die erfolgte Zahlung der Prämie gebunden ist, dass sie um 24:00 Uhr des Datums des Inkrafttretens einsetzt und zum Ablaufdatum der Finanzierung oder bei Eintreten der anderen von den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Fällen endet. Die volle Wirksamkeit der Versicherungsdeckung ist auf jeden Fall abhängig von:
  - der Unterzeichnung des „VEREINFACHTEN GESUNDHEITSFRAGEBOGENS“ (fester Bestandteil dieses Beitrittsantrags), wobei alle darin enthaltenen Fragen mit nein beantwortet worden sein müssen, oder
  - ggf. der Unterzeichnung des „ANAMNESEFRAGEBOGENS“ und/oder der Feststellung des Gesundheitszustands des Versicherten anhand Anforderung weiterer medizinischer Unterlagen. In diesen Fällen behalten es sich die Gesellschaften vor, über die Übernahme des Risikos nach Prüfung der Beantwortung des Fragebogens und der ggf. vorgelegten medizinischen Unterlagen zu entscheiden.

**HIERMIT ERKLÄRE/N ICH/WIR**

- dass alle in diesem Beitrittsantrag abgegebenen Erklärungen und Antworten vollständig und richtig sind;
- das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet zu haben;
- als Beitretender/Versicherter den oben genannten Policen in Rahmenvertrag **beitreten**, für welche eine Prämie zu entrichten ist, deren Bruttogesamtbetrag in diesem Beitrittsantrag angegeben ist;
- die Versicherungsbedingungen **GELESEN, VERSTANDEN und AKZEPTIERT** zu haben.

<b>Ort und Datum</b>		
<b>UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1</b>		<b>UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2</b>

### EMPFANGSBESTÄTIGUNG DER VERTRAGLICHEN VORABINFORMATION

**HINWEIS** - Hiermit wird der Beitretende/Versicherte darauf hingewiesen, dass er innerhalb der Grenzen und entsprechend den Vorgaben der Regelung des Versicherungsvertriebs Anspruch auf Erhalt der Vorabinformation zu den Rahmenverträgen Nr. 818/819 hat.

Gemäß Art. 120-quater der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den privaten Sektor **WIRD FERNER ERKLÄRT**, dass die Vertragsunterlagen und die von der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Benachrichtigungen während der Vertragslaufzeit in einer der folgenden Formen übermittelt werden sollen (**eine der nachstehend aufgeführten Wahlmöglichkeiten ankreuzen**):

<b>BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 1</b>	<b>BEITRETENDER/VERSICHERTER NR. 2</b>
<input type="checkbox"/> per E-Mail in digitaler Form (an die unter den Angaben zur Person mitgeteilten E-Mail-Adressen) und im geschützten Bereich der Website; <input type="checkbox"/> in gedruckter Form.	<input type="checkbox"/> per E-Mail in digitaler Form (an die unter den Angaben zur Person mitgeteilten E-Mail-Adressen) und im geschützten Bereich der Website; <input type="checkbox"/> in gedruckter Form.

# Versicherungsbedingungen - NET CPI Prestiti



E-Mail-Adresse für den Empfang:	E-Mail-Adresse für den Empfang:
---------------------------------	---------------------------------

Es steht dem Beitretenden/Versicherter frei, diese Erklärung nach Belieben jederzeit zu ändern.

**HIERMIT ERKLÄRE/N ICH/WIR, vor der Unterzeichnung dieses Beitrittsantrags in Papierform** folgende vorvertragliche und vertragliche Unterlagen der Policen in Rahmenvertrag Nr. 818/819 erhalten und vollständig eingesehen zu haben:

- A Anhang 3 und 4 laut Verordnung der Versicherungsaufsichtsbehörde IVASS Nr. 40/2018: „Informationen über den Anbieter“ und „Informationen über den Vertrieb von Versicherungsprodukten, die keine IBIP (Versicherungsanlageprodukte) sind“;
- Informationsunterlagen, einschließlich: Infoblatt Schaden (Vorabinformation für Schadensversicherungsprodukte), Infoblatt Leben (Vorabinformation für Lebensversicherungsprodukte, die keine Versicherungsanlageprodukte sind); Zusatzinfoblatt Multirisik (Vorabinformation für Multirisik-Versicherungsprodukte) gemäß Verordnung Nr. 41/2018 des Kontrollorgans IVASS; Versicherungsbedingungen (samt Glossar); Beitrittsantrag (Faksimile).

Ort und Datum	
UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1	UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2

**HIERMIT ERKLÄRE/N ICH/WIR**

- gemäß Art. 1341 und 1342 des it. Zivilgesetzbuchs folgende Artikel der oben genannten Versicherungsbedingungen ausdrücklich zu akzeptieren:

Art. 3 Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit und Aufnahmeformalitäten - Art. 4 Entschädigungsgrenzen - Art. 5 Erklärungen zu den Risikoumständen - Art. 7 Inkrafttreten und Dauer der Versicherungsdeckung - Art. 8 Rücktrittsrecht - Art. 12 Meldung des Schadensfalls - Art. 13 Verpflichtungen des Versicherten oder seiner Rechtsnachfolger im Schadensfall - Art. 21 Gerichtsstand - Art. 24 Abtretung der Ansprüche - Art. 30-35-38-42 Versicherte Leistungen - Art. 32-36-39-43 Ausschlüsse.

UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1	UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2

FAKSIMILE



## EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG DER PERSONENBEZOGENEN DATEN DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1

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

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

**Einwilligung**

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

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

**Einwilligung**

**Ablehnung**

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

**Einwilligung**

**Ablehnung**

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

**Einwilligung**

**Ablehnung**

Ort und Datum
UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 1





## EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG DER PERSONENBEZOGENEN DATEN DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2

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

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

**Einwilligung**

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

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

**Einwilligung**

**Ablehnung**

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

**Einwilligung**

**Ablehnung**

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

**Einwilligung**

**Ablehnung**

Ort und Datum
UNTERSCHRIFT DES BEITRETENDEN/VERSICHERTEN NR. 2



## VEREINFACHTER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN



### NET CPI Prestiti 818/819

VORNAME: \_\_\_\_\_ NACHNAME: \_\_\_\_\_ GEBOREN AM: \_\_\_\_\_

BEITRITT NR.: \_\_\_\_\_

VEREINFACHTER MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN (vom Versicherten auszufüllen)	Kreuzen Sie das Kästchen JA oder NEIN an
1. Können Sie zurzeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls ganz oder teilweise nicht arbeiten oder waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 30 Tage in Folge krank?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie zurzeit unter einem Gebrechen, einer Invalidität oder chronischen Krankheit?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
3. Befinden Sie sich momentan mit > 30 Tage Dauer in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung oder unter ärztlicher Überwachung wegen einer beliebigen Krankheit oder eines Unfalls?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
4. Waren Sie in den letzten 10 Jahren betroffen von:	
Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, angeborene Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen (einschließlich Herzschrittmacher), arterielle Hypertonie	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Schlaganfall, Hirnblutung, Hirninfarkt, Subarachnoidalblutung, Neurose, Epilepsie, Schizophrenie, Depression, bipolare Störung, Alkoholismus	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungentuberkulose, Pneumokoniose	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Zwölffingerdarm- oder Magengeschwür, Colitis Ulcerosa (Crohn) Pankreatitis	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Hepatitis B, C, Leberzirrhose, Leberfunktionsstörung, Blasen- oder Gallenblasensteinen	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Nierenversagen, Nierenzysten, Nierensteine, Prostatastörungen	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Grauer Star, Glaukom, Netzhauterkrankung, Mittelohrentzündung, Empyem	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Uterusmyome, Endometriose, Ovarialzysten, Mastopathie	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Rheuma, Anämie, Purpura, Hypothyreose, Hyperthyreose	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Diabetes, insulinabhängig und nicht insulinabhängig	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Krebs oder bösartige Tumoren jeglicher Art (gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive seit mehr als 10 Jahren - bzw. 5 Jahren bei Krebserkrankungen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahrs aufgetreten sind - abgeschlossen ist. Unbeschadet etwaiger späterer Änderungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelung, die günstiger für den Versicherten sind).	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
5. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert (mit Ausnahme der Entfernung von Blinddarm, Mandeln und/oder Adenoiden oder Gallenblase, Kaiserschnitt, Leisten- oder Nabelbruch) und/oder müssen Sie sich in den nächsten 12 Monaten einer Operation unterziehen, soweit Sie darüber Kenntnis haben?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
6. Waren oder sind Sie Inhaber einer Invalidenrente?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
7. Beträgt der Unterschied zwischen Ihrer Körpergröße in Zentimetern und Ihrem Körpergewicht in Kilogramm weniger als 80 oder mehr als 120?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
8. Wurden Sie jemals positiv auf Covid 19 getestet?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
9. Hat die Infektion mit Covid 19:	
a) Zu einem Krankenhausaufenthalt auf Intensivstation oder Subintensivstation geführt oder eine Beatmungsunterstützung im häuslichen Bereich erforderlich gemacht?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
b) Zu bleibenden Symptomen und/oder derzeit noch bestehenden klinischen Folgen und/oder Komplikationen geführt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>



# Versicherungsbedingungen - NET CPI Prestiti



DER VERSICHERTE

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift (ausgeschrieben und gut lesbar) \_\_\_\_\_



## ANAMNESEFRAGEBOGEN



### ANAMNESE-FRAGEBOGEN - NET CPI Prestiti 818/819

VORNAME: \_\_\_\_\_ NACHNAME: \_\_\_\_\_

GEBOREN AM: \_\_\_\_\_ BEITRITT: \_\_\_\_\_

HINWEIS ZUR VERFAHRENSWEISE BEI DER ZUSENDUNG DIESES ANAMNESE-FRAGEBOGENS
<p>Dieser Anamnese-Fragebogen kann an die Versicherungsgesellschaften von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. gesendet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ direkt vom Versicherungsvermittler des Versicherungsnehmers auf dem mit den Versicherungsgesellschaften vereinbarten Wege;</li> <li>▪ direkt vom Versicherten an den Facharzt der Versicherungsgesellschaften, und zwar in einem verschlossenen Umschlag adressiert an „Zu Händen des Facharztes von NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand per Einschreiben mit Rückschein oder auf beliebigem anderem Wege, sofern dieser zur Gewährleistung der Vertraulichkeit der mitteilungspflichtigen Informationen geeignet ist.</li> </ul> <p><b>WICHTIG - In jedem Fall ist der Anamnese-Fragebogen zusammen mit der vom Versicherten erteilten Zustimmung zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten an die Versicherungsgesellschaften NET INSURANCE S.p.A. und NET INSURANCE LIFE S.p.A. zu senden. Wenn Sie der Verarbeitung personenbezogener Daten nicht zustimmen, können die Versicherungsunternehmen die Versicherungsposition nicht bearbeiten.</b></p>

HINWEIS ZUM AUSFÜLLEN DES ANAMNESE-FRAGEBOGENS
<p>Hinsichtlich des Ausfüllens des Anamnese-Fragebogens informieren wir Sie über Folgendes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Unwahre, ungenaue oder unterlassende Erklärungen des Versicherten im Fragebogen können den Leistungsanspruch gemäß Artikel 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs beeinträchtigen.</li> <li>b) Vor der Unterzeichnung des Fragebogens muss der Versicherte die Richtigkeit und Übereinstimmung mit der Wahrheit der gegebenen Antworten überprüfen.</li> <li>c) Die Versicherungsgesellschaften NET INSURANCE S.p.A und NET INSURANCE LIFE S.p.A. behalten sich das Recht vor, nach Prüfung der im Fragebogen erteilten Antworten und der auf Anfrage vorgelegten Gesundheitsunterlagen über die Gewährung des Versicherungsschutzes zu entscheiden.</li> <li>d) Gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen, deren aktive Behandlung ohne Rezidive seit mehr als 10 Jahren - bzw. 5 Jahren bei Krebserkrankungen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahrs aufgetreten sind - abgeschlossen ist. Unbeschadet etwaiger späterer Änderungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelung, die günstiger für den Versicherten sind.</li> </ol> <p>Die abgegebenen Erklärungen sind 6 Monate gültig. Der Fragebogen ist sorgfältig auszufüllen, wobei Flecken oder Löschungen zu vermeiden sind. Ein einfacher Strich wird nicht als gültige Antwort angesehen. Die Versicherungsunternehmen behalten sich das Recht vor, zusätzliche medizinische Unterlagen anzufordern.</p>

Körpergröße: ..... cm      Gewicht:..... kg      Differenz (Körpergröße - Gewicht): ..... ..	Bei positiver Antwort fügen Sie bitte die geforderten Detailangaben hinzu	
1 Ist dieser Unterschied kleiner als 80 oder größer als 120?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
2 Sind Sie zurzeit wegen Krankheit oder Unfall ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Seit wann? ..... Aus welchem Grund? .....
3 Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher oder medikamentöser Behandlung oder ärztlicher Überwachung?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? ..... Seit wann? ..... Behandlung und Dosierung.....
4 Sind Sie von chronischen Krankheiten, Gebrechen, Behinderungen oder Nachwirkungen von Krankheiten oder Unfällen betroffen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Welcher Art? ..... Seit wann? .....
5 Haben Sie eine Rente wegen Krankheit oder Unfall? Sind Sie Inhaber einer Arbeitsunfallrente von über 15%?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? ..... Prozentsatz(-sätze)? ..... % Seit wann? ..... (Kopie des Rentenbescheides beifügen)
6 Erhalten Sie Praxisgebühr-Befreiung aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? ..... Seit wann? .....
7 Mussten Sie in den letzten 5 Jahren an mehr als 30 aufeinander folgenden Tagen wegen Krankheit oder Unfall die Arbeit einstellen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Aus welchen Gründen? ..... Wann? ..... Wie lange? .....
8 Haben Sie sich einem serologischen Nachweis unterzogen, der sich als <b>positiv</b> für Hepatitis B, C und/oder für: HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) erwiesen hat?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Welchem(n)? ..... Wann? ..... Ergebnis?    Negativ <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/>
9 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen folgender Erkrankungen medizinisch behandelt?		Aus welchem/ Grund/Gründen?      Wann? Dauer?

# Versicherungsbedingungen - NET CPI Prestiti



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, angeborene Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen (einschließlich Herzschrittmacher), arterielle Hypertonie</li> <li>• Schlaganfall, Hirnblutung, Hirninfarkt, Subarachnoidalblutung, Neurose, Epilepsie, Schizophrenie, Depression, bipolare Störung, Alkoholismus</li> <li>• Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungentuberkulose, Pneumokoniose</li> <li>• Zwölffingerdarm- oder Magengeschwür, Colitis Ulcerosa (Crohn) Pankreatitis</li> <li>• Hepatitis B, C, Leberzirrhose, Leberfunktionsstörungen, Blasen- oder Gallenblasensteine</li> <li>• Nierenversagen, Nierenzysten, Nierensteine, Prostatastörungen</li> <li>• Grauer Star, Glaukom, Netzhauterkrankung, Mittelohrentzündung, Empyem</li> <li>• Uterusmyome, Endometriose, Ovarialzysten, Mastopathie</li> <li>• Rheuma, Anämie, Purpura, Hypothyreose, Hyperthyreose</li> <li>• Diabetes, insulinabhängig und nicht insulinabhängig</li> <li>• Krebs oder bösartige Tumoren jeglicher Art (<b>unbeschadet der Befreiung von der Angabe gemäß Hinweis zum Ausfüllen, Buchstabe d</b>)</li> <li>• Andere Pathologien, die nicht in der obenstehenden Liste enthalten sind.....</li> </ul>	<p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren aus einem <b>anderen</b> als den nachstehend genannten Gründen in ein Krankenhaus, eine Klinik oder ein Pflegeheim eingeliefert: Mutterschaft, Kaiserschnitt, Blinddarmentzündung, Entfernung von Mandeln, Adenoiden oder Gallenblase, Leistenbruch, Nabelbruch oder Hiatushernie, Krampfadern, Hämorrhoiden, freiwillige Schwangerschaftsunterbrechung, Zahnchirurgie, Abweichung des Nasenseptums?</p>	<p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p>	<p>Aus welchen Gründen? .....</p> <p>Wann? .....</p> <p>Wie lange? .....</p>
<p>11 In den nächsten 12 Monaten müssen Sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich einem CT-Scan, einer MRT oder einer sonstigen Krankenhausuntersuchung unterziehen?</li> <li>- ins Krankenhaus aufgenommen werden?</li> <li>- sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen?</li> <li>- einer medizinischen Behandlung folgen?</li> </ul>	<p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>12 Wurden Sie jemals positiv auf Covid 19 getestet?</p>	<p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>13 Hat die Infektion mit Covid 19:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Zu einem Krankenhausaufenthalt auf Intensivstation oder Subintensivstation geführt oder eine Beatmungsunterstützung im häuslichen Bereich erforderlich gemacht?</li> <li>b) Zu bleibenden Symptomen und/oder derzeit noch bestehenden klinischen Folgen und/oder Komplikationen geführt?</li> </ul>	<p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p> <p>JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>DEM VERSICHERTEN VORBEHALTENES FELD</p>	<p>DEM VERTRAUENSARZT VORBEHALTENES FELD (bitte ausfüllen, falls der Arzt am Ausfüllen des Fragebogens beteiligt war)</p>	
<p>Vorname: _____ Nachname: _____</p>	<p>Vorname: _____ Nachname: _____</p>	<p>STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DES ARZTES</p>
<p>Ort: Datum: __/__/__</p>	<p>Ort: Datum: __/__/__</p>	



<p>Gelesen und genehmigt,</p> <hr/> <p>(Der Versicherte, ausgeschriebene und lesbare Unterschrift)</p>		<p>Gelesen und genehmigt,</p> <hr/> <p>(Der Arzt, ausgeschriebene und lesbare Unterschrift)</p>
--	--	---



## FORMULAR FÜR DIE SCHADENSMELDUNG



ABI	CAB	SCHALTER
-----	-----	----------

POLICE IN RAHMENVERTRAG	TEILNAHME NR.:
----------------------------	-------------------

### SCHADENSFALLMELDUNG

Bitte füllen Sie dieses Formular in Druckbuchstaben aus und übergeben Sie es Ihrer Bank, die es zusammen mit den erforderlichen Unterlagen an die zuständige Gesellschaft sendet.

VERSICHERTER (Nachname und Name): \_\_\_\_\_  
Steuernummer: \_\_\_\_\_

#### Daten zum Versicherten/Rechtsnachfolger

Nachname und Name \_\_\_\_\_ Steuer-ID. \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und -ort \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
Wohnsitz \_\_\_\_\_  
Ausweisdokument (Typ und Nummer) \_\_\_\_\_  
Ausgestellt am \_\_\_\_\_ Ort und Datum \_\_\_\_\_

#### Auszufüllen bei Tod des Versicherten

Der Rechtsnachfolger erklärt, dass es zum Tod des Versicherten gekommen ist am: \_\_\_\_\_

Zuständige Gesellschaft beim Tod des Versicherten: **NET INSURANCE LIFE S.p.A.**

Für alle von Ihnen benötigten Informationen:

**VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano**  
mail: [info@valiabroker](mailto:info@valiabroker)  
Tel. 02 30567814

#### Auszufüllen bei ANDEREN Schadensfällen als dem Tod des Versicherten:

Der Versicherte erklärt:

- Angestellter Privatsektor mit unbefristetem Arbeitsvertrag zu sein.
- Beschäftigter im Öffentlichen Dienst zu sein.
- Beschäftigter mit einem befristeten Projektvertrag zu sein.
- selbstständig/freiberuflich tätig zu sein.
- nicht arbeitstätig, Student, Hausfrau, Rentner zu sein.

Schadensereignis eingetreten am \_\_\_\_\_ in Folge von (kurze Beschreibung des Schadensfalls): \_\_\_\_\_

Zuständige Gesellschaft bei vom Tod des Versicherten VERSCHIEDENEN Schadensfällen: **NET INSURANCE S.p.A.**

Für alle von Ihnen benötigten Informationen:

**VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano**  
mail: [info@valiabroker](mailto:info@valiabroker)  
Tel. 02 30567814

#### BANKVERBINDUNG

IBAN \_\_\_\_\_ Auf den Namen \_\_\_\_\_

Mod.DENSIN CPI ed.10-2021



## JE NACH ART DES SCHADENSFALLS BEIZUFÜGENDE UNTERLAGEN:

### Für alle Schadensfälle:

- Kopie des Beitrittsantrags und eines vereinfachten medizinischen Fragebogens und/oder eines Anamnese-Fragebogens oder, falls dieser fehlt, eine von der Bank bescheinigte, beglaubigte Verlusterklärung.
- vollständige Kopie des Tilgungsplans des Finanzierungsvertrag in Bezug auf den Versicherten, unterzeichnet vom Leiter der Zweigstelle, bei welcher die Finanzierung aufgenommen wurde.

### TOD des Versicherten – gültig für alle Versicherten:

- Original / Kopie der Sterbeurkunde des Versicherten mit Angabe des Geburtsdatums.
- BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES über die Todesursachen, der eine nahe und entfernte pathologische Vorgeschichte enthält, unter besonderer Bezugnahme auf die Pathologie, die den Tod verursacht hat.
- Kopie von medizinischen Unterlagen und / oder zugehörigen Gesundheitsunterlagen.
- bei Krankeneinlieferungen eine vollständige Kopie aller Krankenakten mit Krankengeschichte im Zusammenhang mit den Krankenhausaufenthalten des Versicherten im Zusammenhang mit der Krankheit, die den Tod verursacht hat.
- im Todesfall nach einem Unfall, Mord oder Suizid:
  - Kopie des Autopsie-Berichts und etwaiger toxikologischer Untersuchungen.
  - Protokoll der am Sterbeort aktivierten Justizbehörde.
- wenn ein Testament vorliegt: beglaubigte Kopie des von einem Amtsträger beglaubigten Originals des Berichts über die Veröffentlichung des Testaments.
- Wenn kein Testament vorliegt:
  - Von einem Amtsträger beglaubigte Erklärung anstelle der öffentlichen Beweisurkunde, aus der hervorgeht, dass kein Testament vorliegt, und wenn der Begünstigte in allgemeiner Form angegeben ist (z. B. Kinder, Ehepartner, Erben usw.), welche die Angabe der rechtmäßigen Erben und den Verwandtschaftsgrad enthält.
- einen Auszahlungsantrag, der von allen Begünstigten im Todesfall in Abwesenheit des Vermittlers oder mit einer beglaubigten Unterschrift eines Amtsträgers unterzeichnet wird und folgende Informationen enthalten muss:
  - Stammdaten des / der Begünstigten (vollständige Anschrift, Geburtsdatum und -ort, Steuernummer).
  - Angabe der Bankverbindung zur Gutschrift des zu zahlenden Betrages an jeden der Leistungsempfänger
  - Fotokopie des gültigen Ausweisdokuments und des Steuerausweises aller Begünstigten, unterzeichnet von den Inhabern der Dokumente.
  - Bei juristischen Personen als Begünstigte eine Fotokopie des gültigen Ausweises und des Steuerausweises des gesetzlichen Vertreters sowie ein Unternehmensdokument, das ihre rechtliche Vertretung bestätigt.
  - Bei Minderjährigen oder betreuten Personen als Begünstigten: von einem Amtsträger beglaubigte übereinstimmende Kopie des Originals des Beschlusses des Vormundschaftsberichts zur Zweckbestimmung des Kapitals.

### DAUERHAFT VOLLSTÄNDIGE INVALIDITÄT

- Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- vom behandelnden Arzt ausgefüllte Schadensfallklärung.
- Kopie der Krankenakte, falls nach dem Unfall ein Krankenhausaufenthalt erforderlich war.
- Im Falle eines Schadensfalls nach einem Verkehrsunfall Kopie des von den eingesetzten Behörden herausgegebenen Protokolls.
- von den zuständigen Behörden ausgestellte Bescheinigung der dauerhaften Invalidität (INAIL, INPS, ASL usw.).  
Andernfalls ein ärztliches Attest, falls vorhanden



**VORÜBERGEHENDE VOLLSTÄNDIGE ARBEITSUNFÄHIGKEIT** (nur für Produkte mit dieser Deckung):

- Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Erklärung der Bank über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate vom behandelnden Arzt ausgefüllte Schadensfallklärung.
- Kopie der Erste-Hilfe-Bescheinigung
- Kopie der medizinischen Berichte und etwaiger Krankenakten
- Kopie der ärztlichen Bescheinigungen, aus denen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bis zu derjenigen hervorgeht, die die Genesung bescheinigt.
- spätere ärztliche Atteste, die nach Ablauf des vorherigen ausgestellt werden (wenn nach Ablauf des vorherigen Attests kein Attest versandt wird, endet der Zeitraum für die Vorübergehende Vollständige Arbeitsunfähigkeit).

**BESCHÄFTIGUNGSVERLUST** (nur für Produkte mit dieser Deckung):

- Fotokopie des gültigen Ausweispapiers und des Steuerausweises der versicherten Person.
- Erklärung des Versicherungsnehmers über die Höhe der monatlichen Finanzierungsrate.
- Kopie des Kündigungsschreibens des Arbeitgebers.
- Kopie des Einstellungsschreibens oder gleichwertige Bescheinigung.
- Kopie der Registrierung in der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur und des möglichen Aufenthalts in dieser Abteilung von Monat zu Monat.
- Bescheinigung über die "Verfügbarkeit zur Arbeit" (Selbstbescheinigung des Arbeitnehmers, die von der Bezirksabteilung der Arbeitsagentur abgestempelt wurde).
- Kopie des CIGS-Antrags des Arbeitgebers (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt)
- Bescheinigung des CIGS-Zeitraums mit entsprechender Zahlung (falls der Versicherte unter die Außerordentliche Lohnausgleichskasse CIGS fällt).

Dem Auszahlungsantrag ist neben den oben genannten Unterlagen stets die vom Versicherten unterzeichnete Erklärung mit Angabe des Kontoinhabers und des IBAN-Codes beizufügen

**EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN**

Ich, der Unterzeichnete, habe die Datenschutzrichtlinie der Datenschutzbeauftragten gelesen, die gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 (zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten) im vorvertraglichen Informationssatz erstellt wurde. Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abwicklung des Versicherungsvertrages bin ich einverstanden. Es versteht sich, dass es bei einer Ablehnung der Zustimmung nicht möglich ist, den Vertrag abzuschließen.

(Unterschrift des Versicherten oder des Rechtsnachfolgers)

\_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Sichtvermerk der Bank zur Identifizierung  
des Versicherten / Rechtsnachfolgers

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten oder des  
Rechtsnachfolgers

\_\_\_\_\_





## NÜTZLICHE KONTAKTE

Website [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it)

### ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF:

- Für die Lebensversicherungssparte (Todesfall): NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand;  
per E-Mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com).
- für die Schadenssparte (Bleibende Vollinvalidität): VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand;  
per E-Mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com).

### SONSTIGE INFORMATIONSANFRAGEN

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Mailand  
per E-Mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com).  
Tel. 02 30567814

### ZUR EINSENDUNG EINER BESCHWERDE

Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM  
Fax +39 06 89326570  
PEC (zertifizierte E-Mail-Adresse) [ufficio.reclami@pec.netinsurance.it](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it)

