

VERSICHERUNGSVERTRAG

PROTECTION BUSINESS

Kombipolice mit mehrjähriger Dauer für den Schutz von Gütern, Personen und Vermögen in Verbindung mit der Betriebstätigkeit

DIESE INFORMATIONSENTLAGE ENTHALTEN:

- PRODUKTINFO LEBEN
- PRODUKTINFO SCHADEN
- ZUSÄTZLICHE PRODUKTINFO MULTI-RISK
- VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN INKLUSIVE GLOSSAR
- DAS FAKSIMILE DES VERSICHERUNGSANTRAGS SAMT GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

IST DEM VERSICHERUNGSNEHMER VOR DER UNTERZEICHNUNG DES VERSICHERUNGSANTRAGS AUSZUHÄNDIGEN.

VERFASSUNGSDATUM DIESER INFORMATIONSENTLAGE 05/2024

„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



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

Net Insurance Life S.p.A.

PROTECTION BUSINESS

Ausg. 05/2024

Die vorliegende Produktinfo Leben ist die neueste verfügbare Ausgabe

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

Art der Versicherung

Versicherungsvertrag Leben, reine Risikoversicherung, temporäre Todesfallversicherung mit konstantem Kapital und Jahresprämie in Funktion des bei der Erneuerung erreichten Alters.

Diese Deckung und die Deckungen der Schadensabschnitte bilden das Kombiprodukt Protection Business, das für den Schutz von Gütern, Personen und Vermögen für die Unternehmertätigkeit ausgelegt ist.



Was ist versichert? / Welche Leistungen sind vorgesehen?

Tod: Im Falle des Ablebens des Versicherten während der Laufzeit der Versicherung erkennt NET INSURANCE LIFE S.p.A. die Auszahlung (in einer einzigen Zahlung) der Versicherten Leistung an den Begünstigten zu. Das Sterberisiko wird unabhängig von der Todesursache - ohne räumliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung von Berufswechseln des Versicherten gedeckt.

Vorgenannte Deckung der Lebensversicherungssparte wird gemeinsam mit denen der Schadenssparte geleistet, die von der Gesellschaft NET INSURANCE S.p.A. im Rahmen des Kombiprodukts Protection Business geboten werden.

Die Versicherte Leistung darf € 300.000,00 nicht übersteigen. Falls der Versicherte bei Beginn der Versicherungsdeckung älter als 60 Jahre ist, darf die Versicherte Leistung € 200.000,00 nicht übersteigen.



Was ist NICHT versichert?

Nicht versicherungsfähig sind:

- * Versicherte, deren Alter zum Zeitpunkt des Beitritts nicht zwischen 18 und 70 Jahren liegt;
- * Versicherte, die beim Vertragsabschluss die Fragen im Gesundheitsfragebogen nicht beantwortet haben;
- * Versicherte, die mindestens eine Frage des Gesundheitsfragebogens positiv beantwortet haben.

Darüber hinaus:

- * ist der Verbleib unter dem Versicherungsschutz auf die Vollendung des 75. Lebensjahrs begrenzt. Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 75. Lebensjahrs des Versicherten mit einer Frist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.



Gibt es Deckungsgrenzen?

Das Todesfallrisiko wird ohne gebietliche Einschränkungen und bei jeder beliebigen Todesursache gedeckt, mit Ausnahme der vorgesehenen Ausschlüsse.

Beispielsweise ist die Deckung **unter anderem** ausgeschlossen, falls das Ableben des Versicherten zurückzuführen ist auf:

- ! Vorsatz des Versicherungsnehmers oder der Begünstigten;
- ! aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten;
- ! aktive Teilnahme des Versicherten an erklärten oder unerklärten Kriegshandlungen, Bürgerkrieg, terroristischen Anschlägen, Revolutionen, Volksunruhen oder jeder Art von militärischen Handlungen; die Deckung ist ferner auch dann ausgeschlossen, wenn der Versicherte nicht aktiv an erklärten oder unerklärten Kriegshandlungen oder Bürgerkrieg teilgenommen hat, falls sein Ableben erst 14 Tage oder später nach Beginn der Feindseligkeiten eintritt und der Versicherte sich bei deren Ausbruch

	bereits im Gebiet der Ereignisse befand; das Vorliegen einer Kriegs- oder ähnlichen Situation in einem Land zum Zeitpunkt der Ankunft des Versicherten führt ebenfalls zum Ausschluss der Versicherungsdeckung; ! Ereignisse, die verursacht werden durch Kernwaffen, Umwandlung des Atomkerns und Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen verursacht wird, oder durch die Exposition gegenüber ionisierender Strahlung; ! das Führen von motorisierten Land- oder Wasserfahrzeugen, für welche der Versicherte gemäß geltenden Bestimmungen keine Fahrerlaubnis hat; die Deckung greift hingegen, wenn die Fahrerlaubnis vorliegt, aber seit höchstens 6 Monaten abgelaufen ist; ! Die Deckung beinhaltet ferner eine Wartezeit und gilt daher nicht, wenn der Tod des Versicherten innerhalb der 6 Monate direkt nach Abschluss des Versicherungsvertrags eintritt.
--	---



Wo gilt der Versicherungsschutz?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Bei der Unterzeichnung des Vertrags muss der Versicherte den Gesundheitsfragebogen ausfüllen und dabei wahrheitsgemäße, genaue und vollständige Angaben über seinen Gesundheitszustand abgeben. Falsche, ungenaue oder zurückhaltende Aussagen können zum Verlust des Anspruchs auf Schadensersatz führen. Im Falle des Ablebens des Versicherten haben die Anspruchsberechtigten den Versicherer schriftlich zu informieren. Dem Antrag auf Auszahlung der Versicherten Leistung sind beizulegen: vom zuständigen Standesamt ausgestellte Sterbeurkunde im Original oder gleichwertige Urkunde; Totenschein des Arztes, der den Tod festgestellt hat; Kopie der Krankenakte, falls der Tod in einer öffentlichen oder privaten Krankenhauseinrichtung eingetreten ist; Protokolle der zuständigen Behörden bei gewaltsamem oder Unfalltod, geeignete Dokumentation zur Bescheinigung der eigenen Berechtigung auf Erhalt der Versicherten Leistung, falls es sich bei den Begünstigten um die gesetzlichen oder testamentarischen Erben handelt.

Der Versicherer kann nach Information über das Ableben ferner bei Vorliegen eines besonderen Untersuchungsbedarfs weitere Unterlagen verlangen.



Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Der Versicherungsnehmer kann die Prämien per Lastschrift, SDD oder Überweisung entrichten. Der Vertrag sieht die Zahlung einer Jahresprämie vor, die nach Wahl des Versicherungsnehmers ohne zusätzliche Gebühren in halbjährliche Raten oder Monatsraten unterteilt werden kann, vorausgesetzt dass die Police € 120,00 oder mehr beträgt. Die Vereinbarung der Unterteilung der Prämie befreit jedoch den Versicherungsnehmer nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, welche mit jeglicher Wirkung als einzige und unteilbare Prämie gilt, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung.

Bei jeder jährlichen Vertragsverlängerung wird die Anpassung der Prämie vorgenommen, indem auf jeden Versicherten die neue Prämie angewandt wird, die seiner Altersgruppe laut der Tabelle der Sätze entspricht, die in den Versicherungsbedingungen aufgeführt ist.



Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Versicherung hat eine Laufzeit von einem Jahr und wird stillschweigend verlängert. Der Vertrag gilt in dem Augenblick als abgeschlossen, in dem der Versicherer den Versicherungsantrag des Versicherungsnehmers akzeptiert. Als Datum des Inkrafttretens der Versicherung gilt 24 Uhr des in der Police angegebenen Datums, wenn die Prämie bzw. deren erste Rate entrichtet worden ist; andernfalls tritt sie um 24 Uhr des Zahlungstages in Kraft und erlischt um 24 Uhr des letzten Tags der im Vertrag selbst festgelegten Laufzeit.



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

- Der Widerruf oder Rücktritt kann nach Wahl des Versicherungsnehmers per - ggf. von Hand übergebenem - Einschreiben oder zertifizierter E-Mail ausgeübt werden. Die Ausübung des Rechts auf Widerruf des Antrags, das bis zum Datum des Inkrafttretens ausgeübt werden kann, oder des Rechts auf Rücktritt vom Vertrag, das binnen 60 Tagen ab Datum des Inkrafttretens ausgeübt werden kann, befreit den Versicherer von jeglicher Verpflichtung im Schadensfall ab dem Moment des Empfangs der vom Versicherten übermittelten Mitteilung. Der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer die ggf. abgebuchte Prämie zurück, die bezahlt aber nicht genutzt wurde. Um die automatische

Verlängerung der Versicherung zu verhindern, kann der Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Jahresfälligkeit der Versicherungsgesellschaft ein Kündigungsschreiben per Einschreiben zusenden.



Sind Rückkäufe oder Kürzungen vorgesehen? ☐ JA ☒ NEIN

Dieser Vertrag sieht weder einen Rückkauf noch eine Kürzung vor.

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

Art der Versicherung

Die mehrere Deckungen enthaltende Schadensversicherung stellt gemeinsam mit der temporären Todesfallversicherung, die der Unternehmenstätigkeit gewidmete Kombipolice Protection Business dar, die umfassenden Schutz für Güter, Personen und Vermögen bietet.



Was ist versichert?

✓ Schwere Erkrankungen

Entschädigung im Falle von durch geeignete medizinische Unterlagen nachgewiesener Schwerer Erkrankung (Myokardinfarkt, Schlaganfall und Krebs). Die Summe ist entsprechend dem in der Police angegebenen Höchstbetrag entschädigungsfähig.

✓ Unfälle

Kapitalauszahlung bei Todesfall oder Bleibender Invalidität, Erstattung von Behandlungskosten und Tagegeld bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, Krankenhaustagegeld und Kontoschutz. Die Deckungssumme wird vom Kunden gewählt.

✓ Krankheitsbedingte dauerhafte Invalidität

Deckungssumme im Falle krankheitsbedingter bleibender Invalidität, welche eine Invalidität zur Folge hat, die die Fähigkeit des Versicherten zur Ausübung einer beliebigen Erwerbstätigkeit zu einem Grad von mindestens 65% schmälert und die nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und vor deren Ablauf eingetreten ist.

✓ Gesundheit

Auf Grundlage des gewählten Versicherungsplans: Tagesbetrag für die Deckung von Krankenhausleistungen, Pauschalentschädigung für Surgical Cash, Erstattung von Ausgaben für diagnostische Untersuchungen einschließlich stationärer Aufnahmen, fachärztlicher Untersuchungen, Behandlungskosten, physiotherapeutischer und Reha-Behandlungen, Zahnarztkosten und Check-up. Die Höchstbeträge werden im Voraus festgelegt und gelten pro Versicherungsjahr, pro Person oder ggf. pro Familiengruppe.

✓ Brand

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



Was ist nicht versichert?

✗ Für den Abschnitt Schwere Erkrankungen und krankheitsbedingte bleibende Invalidität: Versicherte, deren Alter zum Zeitpunkt des Beitritts nicht zwischen 18 und 64 Jahren liegt;

✗ Für den Abschnitt Gesundheit: Versicherte, deren Alter zum Zeitpunkt des Beitritts über 70 Jahren liegt.

Für den Abschnitt Schwere Erkrankungen und Krankheitsbedingte bleibende Invalidität, für die Deckung Krankenhaustagegeld und den Abschnitt Gesundheit (unter Ausschluss der Deckung Dental), Versicherte, die beim Vertragsabschluss die Fragen im Gesundheitsfragebogen nicht bzw. eine der Fragen positiv beantwortet haben.

Ferner darf bei Ablauf der Versicherung das Alter:

✗ Für den Abschnitt Schwere Erkrankungen nicht über 65 Jahren liegen. Für den Abschnitt Unfälle für die Versicherungsleistung Krankenhaustagegeld nicht über 70 Jahren und für die anderen Deckungen nicht über 75 Jahren liegen.

✗ Für den Abschnitt Krankheitsbedingte Bleibende Invalidität nicht über 70 Jahren liegen.

✗ Für den Abschnitt Gesundheit darf das maximale Alter bei Ablauf der Versicherung nicht über dem 75. vollendeten Lebensjahr liegen.



Gibt es Deckungsgrenzen?

Für sämtliche Deckungen gibt es Einschränkungen und Ausschlüsse.

So werden beispielsweise - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - folgende Wartezeiten und Selbstbehalte genannt:

! **Schwere Erkrankungen:** Wartezeit 90 Tage

! **Unfälle:** Bei der Deckung Unfallbedingte bleibende Invalidität und für die Deckungssumme, die € 250.000 übersteigt:

Die Deckungssumme wird vom Kunden ausgewählt.

Die Police sieht vom Kunden ausgewählte Zusatzleistungen vor, unter anderem:

- Personenbeistand
- Reisebeistand Travel
- Reisebeistand Travel Gold
- Haftpflicht
- Rechtsschutz
- Schutz von POS-Einnahmen
- Elektronik und Maschinenpannen All Risks
- Erneuerbare Energien All Risks
- Diebstahl und Raub
- Cyber

- erfolgt keine Entschädigung, wenn der Grad bleibender Invalidität kleiner oder gleich 8% ist;

- werden 8% hingegen überstiegen, wird die Entschädigung unter Berechnung eines Selbstbehalts von 8% ausbezahlt.

Bei der Deckung Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit gilt ein Selbstbehalt von 7 Tagen.

Für die Deckung Krankenhaustagegeld gilt ein Selbstbehalt von 2 Tagen.

! **Krankheitsbedingte bleibende Invalidität:** 60 Tage Wartezeit für neue Krankheiten, 180 Tage für die Folgen krankhafter Zustände, deren Ursprung vor Vertragsabschluss lag, die jedoch zu diesem Datum noch nicht bekannt waren.

! **Gesundheit:** Es sind Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen oder die Höchstbeträge übersteigende Summen vorgesehen. Maximale Wartezeit 270 Tage.

! **Brand des Hausrats:** Selbstbehalt bis zu € 300 pro Schadensfall, mit variabler Entschädigungsgrenze pro Jahr und/oder Ereignis.

! **Haftpflicht, Rechtsschutz, Schutz von POS-Einnahmen, Elektronik und Maschinenpannen All Risk, Diebstahl und Raub, Beistand für die Wohnung, Erneuerbare Energien All Risk:** Es gibt Selbstbehalte. Selbstbeteiligungen und/oder Höchstbeträge.



Wo gilt der Versicherungsschutz?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt weltweit, abgesehen von den folgenden Fällen:
 - **Beistand** in Italien - gilt in der Italienischen Republik
 - **Für den Vermögensbereich** gilt der Versicherungsschutz für Gebäude in Italien, mit Ausnahme folgender Bestimmungen für:
 - **Haftpflicht** gilt weltweit, außer USA und Kanada
 - **Rechtsschutz** gilt bei Streitigkeiten innerhalb von EU-Staaten und in der Schweiz, begrenzt auf spezifische Arten von Rechtsstreiten.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Wenn Sie den Vertrag unterschreiben, sind Sie verpflichtet, genaue, vollständige und wahrheitsgemäße Angaben bezüglich des zu versichernden Risikos zu erteilen. Außerdem sind während der Vertragslaufzeit alle Änderungen, die eine Erhöhung des Risikos mit sich bringen, der Versicherungsgesellschaft mitzuteilen. Nicht wahrheitsgetreue oder ungenaue Angaben bzw. das Verschweigen von Angaben sowie das Unterlassen der Mitteilung einer Risikoerhöhung können zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses, zum vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs oder zu einem Regressanspruch für Schäden führen, die Dritten zwingend zu erstatten sind.

Für die Deckung „Krankenhaustagegeld“, den Abschnitt „Schwere Erkrankungen“, „Krankheitsbedingte Bleibende Invalidität“ und den Abschnitt „Gesundheit“ (bei letzterem nur bei Alter über 64 Jahren) hat der Versicherte den Gesundheitsfragebogen auszufüllen, wobei wahrheitsgetreue, genaue und vollständige Angaben zum Gesundheitszustand abzugeben sind. Falsche, ungenaue oder zurückhaltende Aussagen können zum Verlust des Anspruchs auf Schadensersatz führen.

Der Vertragspartner beziehungsweise der Versicherte muss dem Versicherer Schäden unverzüglich melden, die erforderlichen Unterlagen einreichen und die Spuren und Indizien des Schadensfalls aufbewahren.



Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?

Der Versicherungsnehmer kann die Prämien per Lastschrift, SDD oder Überweisung entrichten.

Der Vertrag sieht die Zahlung einer Jahresprämie vor, die nach Wahl des Versicherungsnehmers ohne zusätzliche Gebühren in halbjährliche Raten oder Monatsraten unterteilt werden kann, vorausgesetzt dass die Prämie der Kombipolice Protection Business € 120,00 oder mehr beträgt. Die Vereinbarung der Unterteilung der Prämie befreit jedoch den Versicherungsnehmer nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, welche mit jeglicher Wirkung als einzige und unteilbare Prämie gilt, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung. Die Prämie der Deckungen Krankenhaustagegeld, chirurgische Eingriffe, Behandlungskosten und krankheitsbedingte bleibende Invalidität wird automatisch an das Alter des Versicherten angepasst.



Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Die Versicherung hat eine Laufzeit von einem Jahr und wird stillschweigend verlängert. Der Vertrag gilt in dem Augenblick als abgeschlossen, in dem der Versicherer den Versicherungsantrag des Versicherungsnehmers akzeptiert. Als Datum des Inkrafttretens der Versicherung gilt 24 Uhr des in der Police angegebenen Datums, wenn die Prämie bzw. deren erste Rate entrichtet worden ist; andernfalls tritt sie um 24 Uhr des Zahlungstages in Kraft und erlischt um 24 Uhr des letzten Tags der im Vertrag selbst festgelegten Laufzeit.



Wie kann die Kündigung erfolgen?

Der Versicherungsnehmer kann die automatische Verlängerung der Versicherung verhindern, indem der Versicherungsgesellschaft mindestens 30 Tage vor Jahresfälligkeit ein Kündigungsschreiben per Einschreiben gesendet wird.

Versicherung mit Kombiniertem Schutz

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ausg. 05/2024

Die vorliegende zusätzliche Produktinfo Multirisk ist die neueste verfügbare Ausgabe.



Das vorliegende Dokument ergänzt und vervollständigt die Angaben des Dokuments zur vorvertraglichen Information für die Versicherungsprodukte der Schadenssparte (Produktinfo Schaden) und dient dem potentiellen Versicherungsnehmer für ein genaueres 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 (Todesfalldeckung)

Net Insurance Life S.p.A. – Aktiengesellschaft, Teil der Versicherungsgruppe Poste Vita - Nr. 43 im Verzeichnis der Versicherungsgruppen beim Kontrollorgan IVASS - Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 Rom, Tel. 06 893261 - Fax 06 89326800; Website: www.netinsurance.it; E-Mail: info@netinsurancelife.it; PEC (zertifizierte E-Mail): netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it.

Zugelassen zur Ausübung des Lebensversicherungsgeschäfts in Sparte I mit Verfügung des Kontrollorgans IVASS Nr. 2591 vom 14.02.2008 und in Sparte IV mit Verfügung des Kontrollorgan IVASS Nr. 223416 vom 16.11.2020. Eingetragen im IVASS-Unternehmensregister unter Nr. 1.000164.

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 €. 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%. Sämtliche Angaben stammen aus dem Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31.12.2023, der im Internet unter dem folgenden Link aufgerufen werden kann: <http://www.netinsurance.it>.

SCHADENSSPARTE (Deckungen Bleibende Vollinvalidität und Beistand)

Net Insurance S.p.A. – Aktiengesellschaft, Teil der Versicherungsgruppe Poste Vita - Nr. 43 im Verzeichnis der Versicherungsgruppen beim Kontrollorgan IVASS - Via Giuseppe Antonio Guattani 4, 00161 Rom, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Website: www.netinsurance.it; E-Mail: info@netinsurance.it; PEC (zertifizierte E-Mail): netinsurance@pec.netinsurance.it.

Zugelassenes Versicherungsunternehmen der Schadenssparte 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.

Das Reinvermögen von Net Insurance S.p.A. beläuft sich auf € 98,3 Millionen, wovon das Stammkapital 17,6 Millionen € beträgt und der Teil der gesamten Vermögensreserven 80,7 Millionen €. Die Solvabilitätskapitalanforderung (SCR) beträgt 50,3 Mio. €; die Mindestkapitalanforderung (MCR) hingegen 18,7 Mio. € und die zur Deckung der Solvabilitätskapitalanforderung zugelassenen eigenen Mittel belaufen sich auf 101,6 Mio. €. Der Solvabilitätskoeffizient (solvency ratio) für die Solvabilitätskapitalanforderung beträgt 201,86%. Sämtliche Angaben stammen aus dem Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31.12.2023, der im Internet unter dem folgenden Link aufgerufen werden kann: <http://www.netinsurance.it>.

Der Vertrag unterliegt italienischem Recht.



Was ist versichert?

Protection Business ist eine Kombipolice für Freiberufler sowie kleine und mittelständische Unternehmen. Der Umfang der finanziellen Belastung für das Unternehmen steht im Verhältnis zu den Höchstbeträgen.

ABSCHNITT LEBEN

Temporäre Todesfallversicherung

Im Falle des Ablebens des Versicherten während der Laufzeit der Versicherung erkennt NET INSURANCE LIFE S.p.A. die Versicherte Leistung in einer einmaligen Zahlung an die festgelegten Begünstigten bzw., in Ermangelung einer Festlegung, an die gesetzlichen oder testamentarischen Erben des Versicherten zu gleichen Teilen zu.

Die Versicherte Leistung darf € 300.000,00 nicht übersteigen. Falls der Versicherte bei Beginn der Versicherungsdeckung älter als 60 Jahre ist, darf die Versicherte Leistung € 200.000,00 nicht übersteigen.

ABSCHNITT SCHWERE ERKRANKUNGEN

Entschädigung für Schwere Erkrankungen

Im Falle einer durch ärztliche Dokumentation angemessen belegten Diagnose einer Schwere Erkrankung erkennt NET INSURANCE S.P.A. dem Versicherten ein einziges Mal während der Laufzeit der Versicherung eine der in der Police angegebenen Deckungssumme entsprechende Entschädigung zu.

Für diese Versicherung gelten als Schwere Erkrankungen: Myokardinfarkt, Schlaganfall und Krebs.

ABSCHNITT UNFÄLLE

Unfalltod

Bei einem Unfall mit Todesfolge, die innerhalb von 2 Jahren ab Unfalldatum eintritt, erkennt NET INSURANCE S.p.A. auch nach Ablauf des Vertrags eine der in der Police angegebenen Deckungssumme entsprechende Entschädigung zu. Die Entschädigung wird an die festgelegten Begünstigten bzw. in Ermangelung einer Festlegung, an die gesetzlichen oder testamentarischen Erben des Versicherten zu gleichen Teilen ausgezahlt.

Die Leistung ist auch bei vermutetem Tod des Versicherten gültig.

Außerdem wird im Todesfall beider Eltern eine zusätzliche Entschädigung bezahlt.

ERHÖHUNG DER ENTSCHÄDIGUNG BEI GLEICHZEITIGEM TOD BEIDER ELTERN

Wenn es infolge eines durch ein und dasselbe Ereignis verursachten Unfalls zum Tod beider Eltern kommt, zahlt der Versicherer eine Zusatzentschädigung für den Todesfall aus an:

- die minderjährigen Kinder,
 - die Kinder bis zum Alter von 25 Jahren, wenn diese studieren oder nicht berufstätig sind,
 - Kinder mit Behinderungen.
- Diese Zusatzentschädigung beläuft sich auf:
- 50%, falls beide Elternteile für diese Deckung versichert sind,
 - 25%, falls nur ein Elternteil für diese Deckung versichert ist.

Unfallbedingte bleibende Invalidität

Kommt es zu einem Unfall, der eine bleibende Invalidität zur Folge hat, die binnen 2 Jahren ab Unfalldatum eintritt, erkennt NET INSURANCE S.p.A. eine Entschädigung zu, deren Betrag bestimmt wird, indem der Prozentsatz des Invaliditätsgrads, der gemäß den Kriterien der „Tabelle der Behinderungen“ im Anhang von Ministerialdekret 38/2000 vom 12. Juli 2000 festgelegt wurde, auf die Deckungssumme angewandt wird.

Wird eine bleibende Invalidität über 65% festgestellt, wird eine Entschädigung ausgezahlt, die 100% der für den Fall der bleibenden Invalidität versicherten Deckungssumme entspricht. Diese Deckungserweiterung gilt nicht für Versicherte über 75 Jahren.

ERWEITERUNG AUF TRAUMATISCHE UND DURCH BELASTUNG VERURSACHTE BAUCHWANDBRÜCHE

Mit Einschränkung allein auf technisch inoperable, traumatische oder durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche erkennt NET INSURANCE S.P.A. eine Entschädigung zu, die dem festgestellten Invaliditätsgrad entspricht mit maximal 10% der Deckungssumme für den Fall der bleibenden Invalidität, unbeschadet der Anwendung des Selbstbehalts. Diese Erweiterung gilt nicht, wenn bereits vor Vertragsabschluss eine Hernie vorhanden war. Ausgeschlossen sind ferner Bandscheibenhernien und alle anderen Arten von Hernien, bei denen es sich nicht um traumatische oder durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche handelt.

	ERHÖHUNG DER ENTSCHÄDIGUNG IM FALLE PSYCHISCHER UND KÖRPERLICHER LEIDEN Bei Unfällen, die eine bleibende Invalidität von 30% oder darüber hervorrufen, erkennt NET INSURANCE S.P.A. eine Zusatzsumme von 10% des für die bleibende Invalidität zustehenden Betrags als Entschädigung für psychisches und körperliches Leiden infolge des Unfalls zu. WIEDERHOLUNG EINES SCHULJAHR Falls der Unfall eine gemäß Police entschädigungsfähige bleibende Invalidität verursacht, welche die Unmöglichkeit des Schulbesuchs über einen Zeitraum mit sich bringt, der gemäß geltenden ministeriellen Bestimmungen zur Wiederholung des Schuljahres führt, erkennt NET INSURANCE S.P.A. eine zusätzliche Entschädigung von € 2.500,00 zu. Dies gilt für Versicherte, die sowohl italienische als auch ausländische Grund- und weiterführende Schulen auf dem Gebiet der Republik Italien, der Vatikanstadt und der Republik San Marino besuchen. Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Bescheinigung durch die zuständige öffentliche Verwaltungsbehörde, aus welcher hervorgeht, dass die mangelnde Versetzung auf die Fehlzeiten zurückzuführen ist, sowie nach Beleg anhand ärztlichen Attests, dass die Fehlzeiten direkte Folge des gemeldeten Unfalls waren.
Unfallbedingte vorübergehende Arbeitsunfähigkeit	Bei einem Unfall, der eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, erkennt NET INSURANCE S.p.A. ein Tagegeld zu. Die Entschädigung steht zu: - ganz zu für jeden Tag, an dem der Versicherte vollständig körperlich unfähig ist, seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen; - zu 50% zu für jeden Tag, an dem der Versicherte nur teilweise in der Lage war, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen. Die Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird für einen Zeitraum von maximal 260 Tagen pro Unfall gewährt mit Laufzeit ab 24 Uhr des Tages, an dem der Unfall vorschriftsgemäß gemeldet wurde. ERWEITERUNG AUF TRAUMATISCHE UND DURCH BELASTUNG VERURSACHTE BAUCHWANDBRÜCHE Mit Einschränkung allein auf traumatische oder durch Belastung verursachte Hernien, welche zu einer stationären Aufnahme oder einer Operation führen, zahlt der Versicherer die in der Police angegebene Tagesentschädigung für einen Zeitraum von maximal 20 Tagen pro Schadensfall. Diese Erweiterung gilt nicht, wenn bereits vor Abschluss der Police eine Hernie vorhanden war. Ausgeschlossen sind ferner Bandscheibenhernien und alle anderen Arten von Hernien, bei denen es sich nicht um traumatische oder durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche handelt.
Erstattung von unfallbedingten Behandlungskosten	Kommt es zu einem Unfall, erkennt NET INSURANCE S.P.A. die Erstattung bis zur Höhe der in der Police genannten Deckungssumme der nachstehend aufgeführten, als Direktfolge des Unfalls während der 365 Tage nach Datum des Schadensfalls getragenen Kosten zu: a) für die stationäre Aufnahme in öffentlichen oder privaten Krankenhauseinrichtungen: Krankenhausunterbringung, Honorare von Ärzten, Chirurgen, Assistenten, Narkoseärzten, OP-Material, Benutzungsgebühr für OP-Saal, Medikamente; b) für - ggf. auch ambulant durchgeführte - Operationen; c) für fachärztliche Untersuchungen und den Kauf von Medikamenten; d) für das Anlegen von Gipsverbänden, Bandagen und Immobilisationen, diagnostische und operative Arthroscopie; e) für diagnostische, instrumentelle, fachärztliche Untersuchungen und Tests, wie: CT, Ultraschall, Holter, Magnetresonanz, Röntgen, Tomographie, Angiographie; f) für physikalische, ggf. fachärztliche, Therapien, wie z.B.: Lasertherapie, Chirotherapie, Heilgymnastik, Wirbelsäulenstreckung, Ultraschall, Kurzwellentherapie, Massagetherapie. In Verbindung mit den Entschädigungsleistungen laut Buchstaben c), e) und f) wird die Deckung unter der Bedingung wirksam, dass die Ausgaben auf entsprechende ärztliche Verordnung hin getätigt werden. Die Ausgaben gemäß Buchstaben f) werden ausschließlich für Leistungen erstattet, die in den 120 Tagen nach Datum des Unfalls getragen werden. ERWEITERUNG AUF ENTSTELLUNGSSCHÄDEN Die Versicherung gilt als erweitert auf die Erstattung von Ausgaben des Versicherten für Behandlungen, Anwendungen und Operationen, die mit dem Zweck durchgeführt werden, Unfallschäden, die Beeinträchtigungen ästhetischer Art zur Folge haben, zu beseitigen oder zu mindern, die entsprechend Police unter der Deckung B. UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT entschädigungsfähig sind.

Krankenhaustagegeld	Bei gemäß Police entschädigungsfähiger stationärer Aufnahme des Versicherten aufgrund von Unfall, Krankheit, Geburt, indizierten Schwangerschaftsabbruch oder Organspende erkennt NET INSURANCE S.P.A. das in der Police angegebene Tagegeld für jeden durch die Krankenakte belegten Tag des stationären Aufenthalts über maximal 365 Tage pro Schadensfall und Versicherungsjahr zu. Die Tage von Aufnahme und Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung gelten gemeinsam als ein einziger Tag unabhängig von der Uhrzeit von Aufnahme und Entlassung. Die Versicherung gilt auch bei: - Stationärer Aufnahme des Versicherten zwecks Organspende; - Ambulante Behandlung und Operationen in Tagesklinik, vorausgesetzt, dass der Krankenhausaufenthalt am Tag ohne Übernachtung mindestens 5 Stunden dauert, in einem zugelassenen Gesundheitsbetrieb mit Ausstellung einer Krankenakte erfolgt, für eine Dauer über 2 - ggf. nicht aufeinanderfolgende - Tage für dieselbe Krankheit bzw. denselben Unfall; in diesem Fall wird das Tagegeld zu 50% bezahlt. Das Krankenhaustagegeld wird auch zuerkannt bei: - Gipsverbänden oder Anbringen abnehmbarer Orthesen, auch wenn kein Zusammenhang zur stationären Aufnahme besteht. In diesem Fall wird das für einen Krankenhausaufenthalt vorgesehene Tagegeld bis zum Entfernen der Orthese, maximal jedoch für 60 Tage entrichtet. Bei einem Unfall, der auch eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus nach sich zieht, kann diese Leistung nicht mit dem von der Unfalldeckung vorgesehenen Tagegeld kombiniert werden. - Genesungszeitraum nach dem stationären Krankenhausaufenthalt bzw. häusliche Genesung des Versicherten nach einem durch Unfall, Krankheit, Entbindung, indizierten Schwangerschaftsabbruch oder Organspende verursachten Krankenhausaufenthalt. In diesem Fall erkennt NET INSURANCE S.P.A. eine Tagesentschädigung zu, die 50% des in der Police angegebenen Krankenhaustagegelds entspricht, und zwar in folgenden Fällen und mit folgenden Grenzen: • Stationäre Aufnahme wegen Operation - eine den Tagen des Krankenhausaufenthalts entsprechende Entschädigung von mindestens 3 und höchstens 30 Tagen; • Stationäre Aufnahme ohne Operation mit mehr als 7-tägiger Dauer - eine den Tagen des Krankenhausaufenthalts entsprechende Entschädigung von höchstens 30 Tagen; • Nach ambulanter Operation nur bei Operation mit Vollnarkose oder Periduralanästhesie - eine Entschädigung von 3 Tagen. Der Genesungszeitraum beginnt vom Tag nach der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung bzw. nach der ambulanten Operation.
Gefährliche Sportarten	Wurden die Deckungen des Abschnitts Unfälle aktiviert, gelten sie auch für die Ausübung von: Reitsport, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Bergsteigen mit Schwierigkeitsgrad über 3 der UIAA-Skala, Skibergsteigen, Gerätetauchen, Hockey.
Kontoschutz	Bei einem Unfall, der den Tod oder eine dauerhafte Invalidität über 60 % zur Folge hat, die innerhalb von 2 Jahren ab dem Tag des Unfalls eintreten, auch nach Ende der Vertragslaufzeit, garantiert NET INSURANCE S.p.A.: a) Im Minusbereich liegender abschließender Kontostand des in der Police angegebenen Girokontos, der um 24 Uhr des Tages vor dem Unfalldatum ausgewiesen wurde. b) Auf dem in der Police angegebenen Konto verbuchte Lastschriftaufträge in den 6 Monaten vor dem Unfall für: • Versorgungsrechnungen; • Zahlungen mit Kreditkarte; • Leasingraten; • Gehälter der Beschäftigten; • Raten für Finanzierungen und/oder Kredite. Die Leistung ist auch bei vermutetem Tod des Versicherten gültig.
Krankheitsbedingte bleibende Invalidität	Der Versicherer zahlt dem Versicherten die in der Police angegebene Deckungssumme für den Fall der krankheitsbedingten bleibenden Invalidität, welche eine Invalidität zur Folge hat, die die Fähigkeit des Versicherten zur Ausübung einer beliebigen Erwerbstätigkeit zu einem Grad von mindestens 65% schmälert und die nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und vor deren Ablauf eingetreten ist, unbeschadet der in den Versicherungsbedingungen aufgeführten Wartezeiten. Die Versicherung der entschädigten Person endet mit der Zahlung der Entschädigung, sodass diese nur einmal geleistet werden kann.

ABSCHNITT GESUNDHEIT - VERSICHERUNGSPLAN A	
Tagegeld	Im Falle einer stationären Aufnahme mit oder ohne Operation (unter Aufenthaltstag ist ein Tag mit Übernachtung zu verstehen), einschließlich Entbindung und indizierten Schwangerschaftsabbruch, erkennt NET INSURANCE S.P.A. - unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten - ein Tagesgeld zu. Das Tagesgeld wird zuerkannt, falls die stationäre Aufnahme nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten. Bei der Berechnung der Aufenthaltstage gelten der erste und letzte Tag gemeinsam als ein ganzer Tag. Das Tagesgeld wird auch im Falle von Tagesklinik / Tageschirurgie zuerkannt. Die Krankenhausleistungen müssen erbracht werden durch eine private oder öffentliche Krankenhauseinrichtung oder eine über einen Rahmenvertrag mit dem Nationalen Gesundheitsdienst SSN verbundene private Krankenhauseinrichtung. Das Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie lässt sich mit der Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash“ kombinieren. Die versicherten Beträge gelten pro Person und Versicherungsjahr.
Surgical Cash	Im Falle einer stationären Aufnahme mit Operation, Tageschirurgie oder ambulanter Operation erkennt NET INSURANCE S.P.A. unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten ein pauschales festes Tagesgeld zu. Die Entschädigung wird zuerkannt, falls das Ereignis nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten. Die Operationen sind einzeln definiert und in 7 Kategorien gegliedert, für welche unterschiedliche Entschädigungen je nach Komplexität des chirurgischen Eingriffs vorgesehen sind. Jeder Kategorie wird eine bestimmte Entschädigung zugeteilt. Im Laufe eines Versicherungsjahrs kann die maximale Entschädigung pro individuellem Versicherten das Doppelte einer Entschädigung der Kategorie VII nicht übersteigen. Die Entschädigungen für die jeweilige Operation gelten pro Person und Versicherungsjahr. Die Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash“ lässt sich mit dem Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie kombinieren.
ABSCHNITT GESUNDHEIT - VERSICHERUNGSPLAN B	
Tagegeld	Im Falle einer stationären Aufnahme mit oder ohne Operation (unter Aufenthaltstag ist ein Tag mit Übernachtung zu verstehen), einschließlich Entbindung und indizierten Schwangerschaftsabbruch, erkennt NET INSURANCE S.P.A. - unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten - ein Tagesgeld zu. Das Tagesgeld wird zuerkannt, falls die stationäre Aufnahme nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten. Bei der Berechnung der Aufenthaltstage gelten der erste und letzte Tag gemeinsam als ein ganzer Tag. Das Tagesgeld wird auch im Falle von Tagesklinik / Tageschirurgie zuerkannt. Die Krankenhausleistungen müssen erbracht werden durch eine private oder öffentliche Krankenhauseinrichtung oder eine über einen Rahmenvertrag mit dem Nationalen Gesundheitsdienst SSN verbundene private Krankenhauseinrichtung. Das Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie lässt sich mit der Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash“ kombinieren. Die versicherten Beträge gelten pro Person und Versicherungsjahr.
Surgical Cash	Im Falle einer stationären Aufnahme mit Operation, Tageschirurgie oder ambulanter Operation erkennt NET INSURANCE S.P.A. unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten ein pauschales festes Tagesgeld zu. Die Entschädigung wird zuerkannt, falls das Ereignis nach dem Datum des Inkrafttretens der Police

	und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten. Die Operationen sind einzeln definiert und in 7 Kategorien gegliedert, für welche unterschiedliche Entschädigungen je nach Komplexität des chirurgischen Eingriffs vorgesehen sind. Jeder Kategorie wird eine bestimmte Entschädigung zugeteilt. Im Laufe eines Versicherungsjahrs kann die maximale Entschädigung pro individuellem Versicherten das Doppelte einer Entschädigung der Kategorie VII nicht übersteigen. Die Entschädigungen für die jeweilige Operation gelten pro Person und Versicherungsjahr. Die Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash“ lässt sich mit dem Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie kombinieren.
Gerätediagnostik	Werden Ausgaben für Gerätediagnostik (einschließlich Amniozentese und Chorionzottenbiopsie bei bekannter oder vermuteter Anomalie des Fötus oder bei Schwangeren über 35 Jahren) getragen, die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit durchgeführt wird aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, erkennt NET INSURANCE S.P.A. - unbeschadet der Wartezeiten - deren Erstattung bis zu der in der Versicherung angegebenen Grenze zu. Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet. Die Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe.
Fachärztliche Untersuchungen	Im Falle von Ausgaben für: - Arzthonorare für fachärztliche Untersuchungen unter Ausschluss von Kontrolluntersuchungen beim Kinderarzt sowie von Untersuchungen durch Zahnärzte und Kieferorthopäden, wenn diese nicht durch einen Unfall notwendig gemacht werden, - Häusliche pflegerische Versorgung (bei Verordnung durch Haus- oder Facharzt), die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit getragen werden, aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, erkennt NET INSURANCE S.P.A. - unbeschadet der Wartezeiten - deren Erstattung bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in der Versicherung angegebenen Grenzen zu. Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet. Die Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.
ABSCHNITT GESUNDHEIT - VERSICHERUNGSPLAN C	
Erstattung von Behandlungskosten	Bei Behandlungskosten, die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit getragen werden, aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, erkennt NET INSURANCE S.P.A. - unbeschadet der Wartezeiten - deren Erstattung bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in der Versicherung angegebenen Grenzen zu. Falls ein stationärer Aufenthalt während der Laufzeit des Versicherungsschutzes begonnen hat und erst nach Ende von dessen Gültigkeit endet, erkennt der Versicherer innerhalb der in der Versicherung aufgeführten Grenzen die Erstattung zu: - bis zum Datum der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung; - für Leistungen, die im Zeitraum NACH dem Krankenhausaufenthalt erbracht werden, vorausgesetzt dass diese in direktem Zusammenhang damit stehen. Entbindung und medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch sind abgedeckt. Unbeschadet der Bestimmungen, werden die Ausgaben für Behandlungen / Leistungen nicht anerkannt, die nach Ende der Laufzeit des Versicherungsschutzes erbracht und abgerechnet werden, auch wenn sie sich auf Erkrankungen oder Unfälle beziehen, die während der Versicherungslaufzeit diagnostiziert worden bzw. aufgetreten sind. Nachstehend die unter dieser Deckung übernommenen Behandlungskosten: 1. Behandlungskosten für stationäre Aufnahme mit oder ohne Operation, Tagesklinik / Tageschirurgie und ambulant durchgeführte Operationen

Innerhalb der Höchstgrenze werden erstattet:

AUSGABEN VOR

Fachärztliche Untersuchungen, Geräte- und Labordiagnostik (einschließlich diesbezüglicher Arzthonorare), vorausgesetzt dass diese vor und im Zusammenhang mit der Stationären Aufnahme mit oder ohne Operation, der Behandlung in der Tagesklinik / Tageschirurgie oder der ambulanten Operation durchgeführt werden.

AUSGABEN BEI

Geräte- und Labordiagnostik, medizinische Versorgung, Pflege durch Krankenpflegepersonal und Hebammen, Therapie, physiotherapeutische und Reha-Behandlungen, Arzneimittel, Honorare des Ärzteteams (das aus dem OP-Bericht hervorgeht), OP-Material (einschließlich Endoprothesen), Benutzungsgebühr für OP-Saal, stationäre Krankenhausunterbringung (ohne Ausgaben für Konsumgüter).

Bei ambulant durchgeführten Operationen sind die Kosten für die Krankenhausunterbringung ausgeschlossen.

AUSGABEN NACH

Fachärztliche Untersuchungen, Geräte- und Labordiagnostik (einschließlich diesbezüglicher Arzthonorare), Arzneimittel, ärztliche, chirurgische und pflegerische Leistungen, physiotherapeutische und Reha-Behandlungen (nur bei Operationen), Thermalkuren bei Indikation für die Pathologie, welche die Operation erforderlich gemacht hat (unter Ausnahme der Unterbringungskosten), vorausgesetzt dass diese nach und im Zusammenhang mit der Stationären Aufnahme mit oder ohne Operation, der Behandlung in der Tagesklinik / Tageschirurgie oder der ambulanten Operation durchgeführt werden.

2. Behandlungskosten bei natürlicher Geburt, Kaiserschnitt / indizierten Schwangerschaftsabbruch

Es werden die oben beschriebenen AUSGABEN VOR, BEI und NACH dem Eingriff erstattet.

Die Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten innerhalb des Teil-Höchstbetrags erstattet.

Der Teil-Höchstbetrag umfasst auch die Ausgaben für die stationäre Krankenhausunterbringung von Mutter und Neugeborenem.

3. Behandlungskosten für Refraktive Chirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeit

Im Falle von:

- Anisometropie von über 4 Dioptrien oder
- Fehlsichtigkeit pro Auge von 5 Dioptrien oder mehr

werden die oben beschriebenen AUSGABEN VOR, BEI und NACH dem Eingriff erstattet.

Die Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten innerhalb des Teil-Höchstbetrags erstattet.

Der Teil-Höchstbetrag umfasst auch etwaige Ausgaben für die stationäre Krankenhausunterbringung.

4. Behandlungskosten des Neugeborenen

Es werden die oben beschriebenen AUSGABEN VOR, BEI und NACH dem Eingriff für das Neugeborene, unbeschadet des in der Versicherung angegebenen Teil-Höchstbetrags, erstattet.

Damit diese Deckung wirksam wird, müssen beide Eltern versichert sein.

Das Neugeborene steht bis zur Vollendung des ersten Lebensjahrs unter dem Versicherungsschutz der Police des Elternteils, ohne dass eine zusätzliche Prämie bezahlt wird:

- für Krankenhausleistungen;
- mit den gleichen Höchstbeträgen für die Krankenhausleistungen, die für das Elternteil gelten, unbeschadet der eigens für das Neugeborene festgelegten Teil-Höchstbeträge;
- unbeschadet Selbstbeteiligungen, Selbstbehalte und Bedingungen der Police.

Mit dem für das Neugeborene geltenden Teil-Höchstbetrag werden nur Operationen für die Beseitigung oder Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und körperlichen Defekten abgedeckt,

	die innerhalb des ersten Lebensjahrs durchgeführt werden. Soll der Versicherungsschutz nach Ablauf des ersten Lebensjahrs weiter für das Neugeborene erhalten bleiben, ist - falls dieses gemäß Policebedingungen versicherbar ist - die entsprechende Prämie zu entrichten. Es werden in diesem Fall keine Wartezeiten berechnet. 5. Ersatzentschädigung Mit Bezugnahme allein auf die stationäre Aufnahme mit oder ohne Operation (unter Aufenthaltstag ist ein Tag mit Übernachtung zu verstehen), einschließlich Entbindung und indizierten Schwangerschaftsabbruch, zahlt der Versicherer, falls die Leistungen vollständig vom nationalen Gesundheitsdienst SSN übernommen werden, eine Ersatzentschädigung an den Versicherten. Diese Entschädigung wird auch im Falle von Tagesklinik / Tageschirurgie zuerkannt. Die Ersatzentschädigung gilt nicht bei: - Ambulant durchgeführter Operation; - Refraktiver Chirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeit; - Aufenthalt in den Räumen der Notaufnahme/im Wartezimmer, falls darauf keine stationäre Aufnahme in derselben Krankenhauseinrichtung folgt. Falls genannte Ausgaben nur zum Teil vom nationalen Gesundheitsdienst SSN übernommen werden, kann der Versicherte zwischen Ersatzentschädigung oder Erstattung der zu seinen Lasten verbliebenen Ausgaben wählen. Ferner werden die AUSGABEN VOR und NACH dem Eingriff entsprechend der Beschreibung unter vorigem Punkt ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten zuerkannt. Die Ersatzentschädigung wird ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten zuerkannt. 6. Ausgaben für Verpflegung und Übernachtung einer Begleitperson Die Ausgaben für Verpflegung und Übernachtung einer Begleitperson in der Krankenhauseinrichtung oder Hotelstruktur (falls direkt in der Krankenhauseinrichtung keine Unterbringungsmöglichkeit gegeben ist) werden mit der in der Versicherung angegebenen Tagesgrenze und Höchstzahl von Tagen übernommen. Diese Ausgaben werden nicht übernommen bei: - Ambulant durchgeführter Operation; - Refraktiver Chirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeit; 7. Transportkosten des Versicherten Die Transportkosten des Versicherten zur Krankenhauseinrichtung, für die Überführung von einer Krankenhauseinrichtung in eine andere sowie für die Heimkehr in die eigene Wohnung mit medizinisch ausgerüsteten Fahrzeugen werden sowohl in Italien als auch im Ausland übernommen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Wahl des für den Transport gewählten Verkehrsmittels allein vom Arzt der Betriebszentrale auf Grundlage des Gesundheitszustands des Patienten getroffen wird. 8. Rückführung des Leichnams Im Falle des Ablebens des Versicherten im Ausland infolge von Krankheit oder Unfall werden die Transportkosten für die Überführung des Leichnams zum Begräbnisort in Italien übernommen. Ausgeschlossen sind hingegen die Ausgaben für Trauerfeier und Beerdigung. 9. Behandlungskosten im Sinne von Zuzahlungen zu vom nationalen Gesundheitsdienst erbrachten Krankenhausleistungen. Die in der Form von Zuzahlungen getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet. Die Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police, unbeschadet der Bestimmungen für „Behandlungskosten des Neugeborenen“.
--	--

Gerätediagnostik	Werden Ausgaben für Gerätediagnostik (einschließlich Amniozentese und Chorionzottenbiopsie bei bekannter oder vermuteter Anomalie des Fötus oder bei Schwangeren über 35 Jahren) getragen, die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit durchgeführt wird aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, erkennt NET INSURANCE S.P.A. - unbeschadet der Wartezeiten - deren Erstattung bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in der Versicherung angegebenen Grenzen zu. Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet. Die Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe.
Fachärztliche Untersuchungen	Im Falle von Ausgaben für: - Arzthonorare für fachärztliche Untersuchungen unter Ausschluss von Kontrolluntersuchungen beim Kinderarzt sowie von Untersuchungen durch Zahnärzte und Kieferorthopäden, wenn diese nicht durch einen Unfall notwendig gemacht werden, - Häusliche pflegerische Versorgung (bei Verordnung durch Haus- oder Facharzt), die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit getragen werden, aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, erkennt NET INSURANCE S.P.A. - unbeschadet der Wartezeiten - deren Erstattung bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in der Versicherung angegebenen Grenzen zu. Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet. Die Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.
Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen	Falls Ausgaben für physiotherapeutische und Reha-Behandlungen getragen worden sind, die bei Krankenhauseinrichtungen oder medizinischen Zentren durch einen regulär zugelassenen Facharzt oder Physiotherapeuten oder einen Medizinberufler mit gleichwertiger, in Italien anerkannter Befähigung infolge einer Krankheit oder eines Unfalls vorgenommen worden sind, erkennt NET INSURANCE S.P.A. eine Erstattung bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in der Versicherung angegebenen Grenzen zu. Die Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.
Prävention - Check-up	Diese Deckung gilt nur für Versicherte im Alter ab 30 Jahren und dient der Überwachung ihres Gesundheitszustands. Das Paket Prävention - Check-up hat zu erfolgen: - an einem einzigen Termin; - einmal pro Jahr bei einer Vertragseinrichtung, indem im Vorfeld die Direktzahlung über die Betriebszentrale veranlasst wird.
ABSCHNITT GESUNDHEIT - VERSICHERUNGSPLAN D	
Dental	Falls - unbeschadet der Wartezeiten - nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit Kosten für zahnärztliche Behandlungen anfallen, die durch eine Krankheit oder einen Unfall verursacht worden sind, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, übernimmt NET INSURANCE S.P.A. innerhalb der in der Versicherung angegebenen Grenzen die Ausgaben für: - Leistungen bei Zahnärztlichem Notfall; - Leistungen für die Zahnärztliche Vorsorge. Dabei gilt, dass die zahnärztliche Vorsorge nicht durch eine Krankheit oder einen Unfall veranlasst werden kann. Der Versicherer garantiert dem Versicherten die Leistungen bei „Zahnärztlichem Notfall“ sowie für die „Zahnärztliche Vorsorge“ sowohl bei Vertragseinrichtungen (Direktzahlung), indem die Direktzahlung im Voraus aktiviert wird, als auch bei nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen (nachträgliche Erstattung). Die Leistungen, die nach Aktivierung der Direktzahlung bei den Vertragseinrichtungen in Anspruch genommen werden, sind kostenlos für den Versicherten; die Ausgaben werden mit

	unbeschränktem Höchstbetrag und ohne Beschränkung der Nutzungshäufigkeit vollständig vom Versicherer getragen, mit Ausnahme der „Leistungen zahnärztliche Vorsorge“, die pro einzelner Leistungsart höchstens 2 Mal pro Versicherungsjahr und Versicherten in Anspruch genommen werden können. Falls sich der Versicherte für nicht vertraglich gebundene Einrichtungen entscheidet (nachträgliche Erstattung): - darf der vom Versicherer zuerkannte Höchstbetrag für jede einzelne Leistungsart nicht über dem Betrag liegen, der in der Tabelle Versicherte Zahnärztliche Leistungen in der Spalte „Behandlungen in nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen (Erstattung)“ aufgeführt ist; - können die „Leistungen zahnärztliche Vorsorge“ für jede einzelne Leistungsart höchstens 2 Mal pro Versicherungsjahr und Versicherten in Anspruch genommen werden; - beträgt die maximale Gesamtgrenze der Übernahme durch den Versicherer € 1.000,00 pro Versicherten und Versicherungsjahr. Da Vertragseinrichtungen nur innerhalb des italienischen Staatsgebiets vorhanden sind, erstattet der Versicherer im Falle von Zahnbehandlungen im Ausland den vom Versicherten getragenen Betrag innerhalb der von der Deckung vorgesehenen Grenzen und Höchstbeträge. Bei Inanspruchnahme des nationalen Gesundheitsdiensts SSN ist die 100%ige Erstattung der Zuzahlungen innerhalb der in der Versicherung genannten Grenzen vorgesehen. Die Grenzen gelten pro Leistung.
ABSCHNITT: BEISTAND FÜR PERSONEN	

Beistand für die Person	Bei Unfall oder Krankheit werden die folgenden Beistandsleistungen erbracht: 1) Ärztliche Beratung; 2) Hausbesuch eines Allgemeinmediziners; 3) Auskunft; 4) Transport im Krankenwagen; 5) Abholung von der Notaufnahme; 6) Überführung in ein Fachkrankenhaus; 7) Heimkehr aus dem Krankenhaus; 8) Hausbesuch eines Physiotherapeuten; 9) Entsendung einer Haushaltshilfe; 10) Integrierte häusliche Pflege nach stationärem Krankenhausaufenthalt; 11) Internationale Zweitmeinung.
--------------------------------	--

ABSCHNITT: REISEBEISTAND TRAVEL
--

Beistand auf Reisen	NET INSURANCE S.p.A. garantiert dem Versicherten folgende Assistance-Leistungen, vorausgesetzt, dass diese in Bezug zu einer Geschäftsreise stehen, die vom Versicherten getätigt wurde, um eine Aufgabe durchzuführen, die in Verbindung mit seiner beim Versicherungsnehmer geleisteten Tätigkeit steht: 1. Empfehlung eines Facharztes im Ausland; 2. Krankenrücktransport; 3. Verlegung in ein geeignetes Fachkrankenhaus; 4. Heimkehr mit versichertem Reisebegleiter; 5. Rückreise der anderen Versicherten; 6. Anreise eines Angehörigen; 7. Rückreise des genesenden Versicherten; 8. Bereitstellung eines Dolmetschers im Ausland.
----------------------------	---

ABSCHNITT: REISEBEISTAND TRAVEL GOLD

Beistand auf Reisen Gold	NET INSURANCE S.p.A. garantiert dem Versicherten auf Dienstreise, die durchgeführt wird, um einen mit der vom Versicherungsnehmer ausgeübten Tätigkeit verbundenen Auftrag auszuführen, die folgenden Leistungen: 1. Pannenhilfe für das Fahrzeug zur Erreichung des Ausgangsorts der Dienstreise in Italien; 2. Beistand für Angehörige für die Dauer der Reise; 3. Vorzeitige Heimkehr; 4. Vorschuss für Noteinkäufe
---------------------------------	--

	5. Nachsenden von Ersatzgepäck.
ABSCHNITT: HAFTPFLICHT GEGENÜBER DRITTEN	
Haftpflicht	1. Betriebshaftpflicht Versicherungsleistung, die den Versicherten schützt, wenn dieser gemäß der gesetzlichen Haftpflicht Ersatz (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) für unabsichtlich bei Dritten verursachte Schäden zu leisten hat für: 1. Tod, 2. Personenschäden, 3. Zerstörung oder Beschädigung von Sachen infolge eines unbeabsichtigten Ereignisses, das sich im Zusammenhang mit der in der Police angegebenen Tätigkeit ereignet hat. Die Deckung gilt auch für die Haftpflicht, die dem Versicherten durch vorsätzliche Taten von Personen (einschließlich mitarbeitender Angehöriger) entstehen mag, deren Beschäftigung gemäß geltender Gesetzgebung zulässig ist und von dieser geregelt wird, vorausgesetzt dass der Umstand auf den diesen vom Versicherten anvertrauten Aufgabenbereich zurückzuführen ist. Dies umfasst unter anderem auch die folgenden Risiken: a) Haftpflicht des Versicherten für nicht angestellte Arbeitskräfte; b) Haftpflicht des Versicherten bei der Vergabe von Arbeiten an Nachunternehmer; c) Teilnahme an Messen, Ausstellungen, Besichtigungen und Vorführungen, Tagungen, betrieblichen Freizeitaktivitäten; d) Bei Dritten durchgeführte Arbeiten; e) Schäden an angehobenen, auf- oder abgeladenen, beförderten, transportierten oder geschleppten Sachen Dritter; f) Kfz-Haftung im Rahmen der Betriebshaftpflicht; g) Schäden an Fahrzeugen auf Firmenparkplätzen; h) Schäden durch Betriebsunterbrechung; i) Fehler bei der Verarbeitung personenbezogener Daten; j) Unfallbedingte Umweltverschmutzung; k) Eigentum und Nutzung von Schildern, Werbetafeln und Bannern; l) Besitz und Gebrauch von Waffen durch den Unternehmensinhaber; m) Halten von Wachhunden; n) Erweiterung der Definition als Dritte auch auf Inhaber und Beschäftigte anderer Firmen, Berater und Freiberufler; o) Haftung für Schäden durch Brand; p) Eigenständig betriebener bewaffneter Sicherheitsdienst auch mit Wachpersonal; q) Haftpflicht für Schäden durch Bewirtschaftung und Nutzung des für die Tätigkeiten laut Police bestimmten Gebäudes. 2. Arbeitgeberhaftpflicht Versicherungsschutz, der für den Versicherten als Haftpflichtigen für Zahlungen (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) aufkommt: gegenüber Arbeitnehmern, für welche Versicherungspflicht bei INAIL (Nationales Institut für die Arbeitsunfallversicherung) besteht; Arbeitnehmern, für welche keine Versicherungspflicht bei INAIL besteht; gegenüber überlassenen oder Leiharbeitskräften mit entsprechendem Vertrag gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10.09.2003. Die Leistung umfasst auch Berufskrankheiten. Auf der Grundlage des spezifischen Zugehörigkeitssektors sind auch die folgenden Leistungen inbegriffen: a. Branche Landwirtschaft (einschließlich Ferien auf dem Bauernhof): 1) Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten; 2) Von Gästen des Ferienbetriebs mitgebrachte und/oder der Betriebsleitung anvertraute Sachen; 3) Eigentum und Betrieb von Sportanlagen und -ausrüstung, Schwimmbädern und zusätzlichen Dienstleistungen des Ferienbetriebs; 4) Haftung des Haushaltsvorstands; 5) Einsatz von Landwirtschaftsmaschinen; 6) Viehwirtschaft. b. Branche Industrie und Handwerk: 1) Baugewährleistungsversicherung für Verlege-, Installations-, Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen; 2) Schäden durch Diebstahl, begünstigt durch Gerüste von Bauunternehmen; 3) Schäden an Kleidungsstücken (Friseursalons); 4) Schäden an in Bearbeitung befindlichen Sachen (Reinigungen/Wäschereien). c. Branche Handel: 1) Schäden infolge des Produktverkaufs; 2) Schäden Dritter durch die Ausübung von ambulantem Handel. d. Bereich Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe: 1) Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten; 2) Von Gästen des Hotels, der Pension, des B&B mitgebrachte und/oder der Leitung anvertraute Sachen; 3) Eigentum und Betrieb von Sportanlagen und -ausrüstung, Schwimmbädern und zusätzlichen Dienstleistungen des Hotels, der Pension, des B&B; 4) Haftung des Haushaltsvorstands.

Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht	Versicherungsschutz für Schäden, die Dritten durch das Eigentum der versicherten Gebäude entstehen. Unter anderem auch Risiken für Schäden: a) durch die Ausbreitung von Wasser, nur wenn sie Folge von versehentlichem Bruch sind, auch durch Vereisung, von Regenrohren, Regenrinnen, Wasser-, Sanitär- oder Heizungsanlagen; b) durch die Beauftragung planmäßiger oder außerordentlicher Instandhaltungsarbeiten oder die selbstständige Ausführung planmäßiger Instandhaltungsarbeiten; c) durch den Besitz einer Fotovoltaik- und/oder Solarthermieranlage; d) an Sachen Dritter als Folge von Brand.
ABSCHNITT: RECHTSSCHUTZ	
Rechtsschutz	Wird der Versicherte in einen Rechtsstreit verwickelt, übernimmt der Versicherer innerhalb der in der Police festgelegten Grenzen folgende Ausgaben: • Anwaltshonorare für die außergerichtliche und gerichtliche Abwicklung des Rechtsstreits; • Anwaltshonorare für Strafanträge und Anzeigen, nur wenn in deren Folge tatsächlich ein Strafverfahren gegen die andere Partei eingeleitet wird; • Honorare des Anwalts, der die Zustellungsanschrift stellt, wenn von ARAG benannt; • Gerichts- und Anwaltskosten zu Lasten des Versicherten, wenn dieser im Verfahren unterliegt; • Kosten der Zwangsvollstreckung für maximal zwei Fälle pro Schadensfall; • Kosten der Schlichtungsstelle bei obligatorischer Schlichtung; • Kosten des Schiedsverfahrens, sowohl für den Rechtsbeistand als auch für die Schiedsrichter; • Vergütung der Sachverständigen; • Gerichtskosten; • Ermittlungskosten für die Verteidigung im Strafprozess.
ABSCHNITT SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN	
Schutz von POS-Einnahmen	Versicherungsschutz, der über ein Tagegeld die ausgefallenen Einnahmen des in der Police angegebenen Unternehmens entschädigt, in dem eines oder mehrere elektronische - ggf. mit verschiedenen Bankinstituten verbundene - POS-Geräte (Point of sale) verwendet werden, wenn der Ausfall aufgrund der vollständigen zwangsläufigen Inaktivität verursacht wurde, die auf einen direkten Sachschaden zurückzuführen ist, an: a) Gebäude und Bestand des in der Police aufgeführten Unternehmens mit Einschränkung auf die Räumlichkeiten, in denen das POS-Terminal verwendet wird, im Anschluss an die nachstehend aufgeführten Ereignisse: 1. Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten und Implosion, die nicht durch Sprengkörper verursacht worden sind; 2. Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen; 3. Druckwelle; 4. Zusammenstoß von Straßenfahrzeugen; 5. Rauch; 6. Entwicklung von Rauch, Gasen und Dämpfen; 7. Ausfall oder Störung bei der Erzeugung oder Verteilung von elektrischer, thermischer und hydraulischer Energie; 8. Elektrische Störfälle; 9. Witterungsereignisse; 10. Hagel auf zerbrechlichen Elementen; 11. übermäßige Schneelast; 12. Austreten von Leitungswasser; 13. gekühlte Waren (Ausfall der Kühlung); 14. gesellschaftspolitische und vorsätzliche Ereignisse; 15. Absturz von Personen- und Lastaufzügen infolge des Bruchs von Vorrichtungen; 16. Brüchen aus zufälligen Gründen von Scheiben, Platten und Schildern. b) Geräten und Maschinen des in der Police angegebenen Unternehmens, begrenzt auf die Räume, in denen die POS-Terminals verwendet werden, infolge von: 17. Maschinenschäden durch mechanische Brüche, Zentrifugalkraft, Vibrationen, unvorhersehbare Belastungen und Fremdkörper; 18. Verschütten von Flüssigkeiten; 19. Unerfahrenheit, Unvorsichtigkeit, Nachlässigkeit, Bedienfehler; 20. Ausfall oder gestörte Funktion von Bedien- oder Steuergeräten; 21. Schäden an Leitungen und elektronischen Ventilen;

	22. Schäden an Leitern außerhalb der versicherten Sachen, die ausschließlich zu diesen gehören.
ABSCHNITT: BRANDSCHÄDEN AN GEBÄUDE UND/ODER HAUSRAT/BESTAND	
Gebäudebrand	Versicherungsschutz für Schäden am Gebäude infolge von: 1) Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten und Implosion; 2) Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten; 3) Druckwelle; 4) Zusammenstoß von Straßenfahrzeugen; 5) Rauch; 6) Entwicklung von Rauch, Gasen und Dämpfen; 7) Ausfall oder Störungen bei der Produktion oder Verteilung von elektrischer, thermischer und hydraulischer Energie; 8) elektrischen Störfällen; 9) Witterungsereignissen (Hagel, Orkan, Sturm, Windhosen, Wind usw.); 10) Hagel auf zerbrechlichen Elementen, wie Fenstern und Türen, Glaswänden und Oberlichtern im Allgemeinen, Platten aus Asbestbeton, Faserbeton und Kunststoffteilen; 11) übermäßiger Schneelast; 12) Austreten von Leitungswasser durch unbeabsichtigten Bruch von Wasser-, Sanitär- und technischen Anlagen; 13) Klage Dritter; 14) indirekten Schäden (Geschäftsunterbrechung); 15) fehlender Kälte (Waren in Kühlanlagen); 16) gesellschaftspolitischen und vorsätzlichen Ereignissen wie Volksunruhen, Streik, Aufstand, Vandalismus oder vorsätzlichen Handlungen, einschließlich Terrorismus und Sabotage; 18) Sturz von Personen- und Lastenaufzügen nach Bruch von Vorrichtungen. Ferner ist es vor der Schadensregulierung möglich, die Anzahlung eines aus gutem Grund als angemessen erachteten Betrags zu beantragen – 17) Vorschuss von Entschädigungen. Inbegriffen sind unter anderem auch die folgenden Risiken: a) Defekte, die an den versicherten Sachen auf Anordnung der Behörde verursacht wurden, um Schäden zu verhindern oder aufzuhalten; b) Abtragung, Räumung, Behandlung und Transport der Rückstände des Schadenfalls zur Deponie; c) Kosten für den Abbruch und die Wiederherstellung der gemauerten Teile und für die Instandsetzung der Anlage, falls ein nicht voraussehbarer Rohrbruch mit Austritt von Wasser aufgetreten ist; d) Kosten und Honorare für den Sachverständigen des Versicherungsnehmers; e) Austausch von Platten und Schildern, die durch unbeabsichtigte Brüche beschädigt oder zerstört wurden; f) Mietverluste in Bezug auf das beschädigte Gebäude für die zu seiner Sanierung nötige Dauer. In der Landwirtschaft ist auch die Deckung für Schäden an Gewächshäusern durch Witterungsereignisse inbegriffen. Die folgenden Bedingungen sind immer gültig: Gültigkeit der Deckung – Verzicht auf das Rückgriffsrecht (ausgenommen Vorsatz); Festlegung der Schadenshöhe für Gebäude, Maschinen, Möbel und Einrichtung, Bürogeräte, Waren, Vieh und Futtermittel, Pflanzungen, Sachen für den persönlichen Bedarf, spezielle Geräte und Halterungen; Teilwert-/Vollwertversicherung; Beauftragung der Gutachter.
Brand von Hausrat/Bestand	Versicherungsschutz für Schäden am Hausrat infolge von: 1) Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten und Implosion; 2) Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten; 3) Druckwelle; 4) Zusammenstoß von Straßenfahrzeugen; 5) Rauch; 6) Entwicklung von Rauch, Gasen und Dämpfen; 7) Ausfall oder Störungen bei der Produktion oder Verteilung von elektrischer, thermischer und hydraulischer Energie; 8) elektrischen Störfällen; 9) Witterungsereignissen (Hagel, Orkan, Sturm, Windhosen, Wind usw.); 10) Hagel auf zerbrechlichen Elementen, wie Fenstern und Türen, Glaswänden und Oberlichtern im Allgemeinen, Platten aus Asbestbeton, Faserbeton und Kunststoffteilen; 11) übermäßiger Schneelast; 12) Austreten von Leitungswasser durch unbeabsichtigten Bruch von Wasser-, Sanitär- und technischen Anlagen; 13) Klage Dritter; 14) indirekten Schäden (Geschäftsunterbrechung); 15) fehlender Kälte (Waren in Kühlanlagen); 16) gesellschaftspolitischen und vorsätzlichen Ereignissen wie Volksunruhen, Streik, Aufstand, Vandalismus oder vorsätzlichen Handlungen, einschließlich Terrorismus und Sabotage; 18) Sturz von Personen- und Lastenaufzügen nach Bruch von Vorrichtungen. Ferner ist es vor der Schadensregulierung möglich, die Anzahlung eines aus gutem Grund als angemessen erachteten Betrags zu beantragen – 17) Vorschuss von Entschädigungen. Inbegriffen sind unter anderem auch die folgenden Risiken: a) Defekte, die an den versicherten Sachen auf Anordnung der Behörde verursacht wurden, um Schäden zu verhindern oder aufzuhalten; b) Abtragung, Räumung, Behandlung und Transport der Rückstände des Schadenfalls zur Deponie; c) Kosten für den Abbruch und die Wiederherstellung der gemauerten Teile und für die Instandsetzung der Anlage, falls ein nicht voraussehbarer Rohrbruch mit Austritt von Wasser aufgetreten ist; d) Kosten und Honorare für den Sachverständigen des Versicherungsnehmers; e) Austausch von Platten und Schildern, die durch unbeabsichtigte Brüche beschädigt oder zerstört wurden; f) Mietverluste in Bezug auf das beschädigte Gebäude für die zu seiner Sanierung nötige Dauer. Es gelten die folgenden Sonderbedingungen: Waren bei Dritten; Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Wertgegenstände, Pelzmäntel, Teppiche, Gemälde, Sammlungen, Kunstgegenstände im Allgemeinen; Sachgesamtheit; Bestand im Freien; Verkaufspreis; Bestand der Nebengebäude. Auf der Grundlage des spezifischen Zugehörigkeitssektors sind auch die folgenden Leistungen

	inbegriffen: a. Branche Landwirtschaft (einschließlich Ferien auf dem Bauernhof): 1) Verlust von Vieh, einschließlich Erstickung, Vergiftung und Stromschlag; 2) Schäden am Viehfutter, einschließlich Selbstentzündung und Gärung; 3) Schäden an den Pflanzungen; 4) Schäden durch Verschütten von Flüssigkeiten; 5) Schäden am Eigentum von Feriengästen des Bauernhofs; 6) Schäden an den Gewächshäusern durch Witterungsereignisse. b. Bereich Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe: 1) Schäden am Eigentum von Hotel-, Pensions- und B&B-Gästen. c. Branche Handel: 1) Schäden durch ambulanten Handel; 2) Verlust von pharmazeutischen Strichcode-Etiketten (Apotheken). d. Branche Industrie und Handwerk: 1) übergebene oder anvertraute Fahrzeuge und/oder Boote. Die folgenden Bedingungen sind immer gültig: Gültigkeit der Deckung – Verzicht auf das Rückgriffsrecht (ausgenommen Vorsatz); Festlegung der Schadenshöhe für Gebäude, Maschinen, Möbel und Einrichtung, Bürogeräte, Waren, Vieh und Futtermittel, Pflanzungen, Sachen für den persönlichen Bedarf, spezielle Geräte und Halterungen; Versicherung auf Erstrisiko; Beauftragung von Gutachtern.
Mieterhaftpflicht	In den Fällen der Haftung des Versicherten erstreckt sich die Leistung auf die direkt durch Brand, Explosion, Bersten oder Rauch verursachten Sachschäden an den vom Versicherten gemieteten Räumlichkeiten, auch wenn diese Schäden auf grober Fahrlässigkeit des Versicherten beruhen.
ABSCHNITT: DIEBSTAHL UND RAUB	
Diebstahl und Raub	Versicherungsschutz für direkte Sachschäden am Inhalt der versicherten Räume, auch Dritter, infolge von Diebstahl oder Raub. 1) Diebstahl a) Mit Einbruch, d. h., wenn sich der Urheber durch Einschlagen, Zerschlagen, Aufbrechen oder Entfernen von Türen und/oder Fenstern und/oder Sicherheitsglas, Eisengittern, Schlössern und Vorhängeschlössern oder anderen Schließvorrichtungen, Dächern, Wänden, Böden, Decken Zutritt zu den Räumen verschafft hat, in denen sich die versicherten Sachen befanden; oder durch betrügerischen Gebrauch von Schlüsseln unter Benutzung von Dietrichen oder ähnlichen Werkzeugen, sofern die geeigneten Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen im Einklang mit den Bestimmungen der Versicherungsbedingungen angewandt wurden. b) Ohne Gewaltanwendung, d. h., wenn sich der Urheber durch körperliche Geschicklichkeit oder unter Verwendung künstlicher Hilfsmittel auf anderem Wege als dem normalen, durch Öffnungen nach außen, die in mindestens 4 Metern Höhe vom Boden, von Wasseroberflächen bzw. von zugänglichen und normal von außen erreichbaren Flächen liegen, Zutritt zu den Räumen verschafft hat, in denen sich die versicherten Sachen befanden. c) wenn der Täter sich heimlich in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, eingeschlichen hat und das Diebesgut dann bei geschlossenen Räumen entwendet hat; d) Auch ohne Eindringen in die versicherten Räume durch die Elemente von Rollläden und Eisengittern mit Bruch des dahinter liegenden Glases; durch Bruch der Schaufensterscheiben, obwohl diese gut verschlossen waren, während der normalen Öffnungszeiten im Beisein der Beschäftigten des Ladens. 2) Raub. Diese Deckung gilt, wenn der Raub in den versicherten Räumlichkeiten geschieht, auch wenn die Personen, an denen Gewalt oder Drohungen ausgeübt werden, außerhalb aufgegriffen und gewaltsam in die Räume verbracht werden. Die Leistung ist auch gültig, wenn der Diebstahl und der Raub von Arbeitnehmern außerhalb der Arbeitszeit begangen wurden. Den Arbeitnehmern gleichgestellt sind: Mit der Überwachung der Räume, die die versicherten Sachen enthalten, beauftragte Sicherheitsleute; Arbeitnehmer von Drittfirmen, die mit der Reinigung der Räume beauftragt sind, und mit der Instandhaltung der Gebäude, die die versicherten Sachen enthalten sowie der entsprechenden Anlagen, auch wenn sie vorübergehend im Dienste des Versicherten stehen. Die Leistung ist auch in folgenden Fällen gültig: a) Untreue der Arbeitnehmer; b) Verlust der Wertsachen aus dem Eigentum des Unternehmens, der sich während des Transports außerhalb der Räume infolge von Taschendiebstahl, Raub oder Einbruchsdiebstahl ereignet hat; c) Schäden und Vandalismus durch Diebe an den Gebäuden, festen Einbauteilen, Fenster- und Türrahmen anlässlich eines Diebstahls, versuchten Diebstahls oder Raubs; d) Diebstahl und Raub von Waren und Maschinen bei Dritten; e) nachgewiesene Behandlungskosten (mit Ausnahme von Arzneimitteln) infolge von Unfällen, die während eines Taschendiebstahls oder Raubs erlitten wurden; f) Verkaufspreis – Diebstahl von auszuliefernder Ware; g) im Freien abgestellte Maschinen und Waren.

	Auf der Grundlage des spezifischen Zugehörigkeitssektors sind auch die folgenden Leistungen inbegriffen: - Branche Landwirtschaft (einschließlich Ferien auf dem Bauernhof): 1) Diebstahl von Vieh; wenn dieses im Stall oder dafür bestimmten Gebäude untergebracht ist; 2) von Sachen, die von Kunden des angegliederten Ferienbetriebs mitgebracht und/oder anvertraut worden sind. - Branche Handel: 1) Diebstahl von pharmazeutischen Strichcode-Etiketten (Apotheken), die in der versicherten Apotheke aufbewahrt wurden. - Bereich Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe: 1) Von den Kunden des Hotels, der Pension, des B&B mitgebrachte oder übergebene Sachen.
--	--

ABSCHNITT: ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN ALL RISK	
Elektronik und Maschinenpannen All Risks	Versicherungsschutz für abnahmegeprüfte und gebrauchsbereite Geräte und Maschinen in den versicherten Räumen, einschließlich deren elektronischen Komponenten nach dem All-Risk-Prinzip, unbeschadet der Bestimmungen in den Ausschlüssen. Die Leistung gilt unter anderem für die folgenden Ereignisse, von denen die Güter im Innern der in der Police angegebenen Räume betroffen sind: 1) Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten, Rauch; 2) Diebstahl; 3) Raub; 4) Witterungsereignisse einschließlich Witterungsereignisse, wie Windhosen, Stürme, Frost, Schnee, Hagel; 5) Maschinenpannen durch mechanische Brüche, Zentrifugalkraft, Vibrationen, unvorhersehbare Belastungen und Fremdkörper; 6) Verschütten von Flüssigkeiten; 7) Elektrische Störfälle, auch bei externer Verursachung; 8) Unerfahrenheit, Unvorsichtigkeit, Nachlässigkeit, Bedienfehler beim Gebrauch/Betrieb von Anlagen und Maschinen durch Arbeitnehmer des Versicherten oder durch Dritte; 9) Ausfall oder fehlerhafter Betrieb von Steuer- oder Kontrollgeräten; 10) gesellschaftspolitische und vorsätzliche Ereignisse; 11) Schäden an Leitungen und elektronischen Ventilen, außer sie sind eine direkte Folge entschädigungsfähiger Schäden, die auch an anderen Teilen der versicherten Sachen aufgetreten sind; 12) Schäden an Leitungen außerhalb der versicherten Sachen, die ausschließlich zu diesen gehören.
ABSCHNITT: ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK	
Erneuerbare Energien	Versicherungsschutz nach dem All-Risk-Prinzip für direkte Sachschäden (einschließlich Diebstahl, Raub, Pannen und elektrische Störfälle) und indirekte Schäden, die an einer Photovoltaik- und/oder Solarthermieranlage entstehen, unbeschadet der Bestimmungen in den „Ausschlüssen“. Installation und Abnahme der Anlagen müssen in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der geltenden Normen erfolgt sein, was aus dem Abnahmezertifikat oder der Konformitätserklärung der Anlage hervorzugehen hat, die der Versicherungsnehmer bei Unterzeichnung der Police zu besitzen erklärt. Die Deckung ist wirksam, wenn sich die Anlagen an den in der Police angegebenen Standorten befinden (sofern diese ganz oder teilweise eingebaut sind) oder in ihrer unmittelbaren Nähe – in einer Entfernung von maximal 300 Meter Luftlinie, wenn es sich um am Boden installierte Anlagen handelt. 1) Unmittelbare Schäden Unmittelbare Sachschäden, die durch unvorhergesehene, nicht ausdrücklich ausgeschlossene Ereignisse an den in der Police aufgeführten Anlagen verursacht wurden, auch wenn es sich um Eigentum Dritter handelt. Entschädigt werden zudem Kosten für Abbruch, Räumung und Abtransport der Rückstände beschädigter, versicherter Sachen bis zur nächstgelegenen Sammel- oder Abfallentsorgungsstelle infolge eines laut diesem Versicherungsschutz entschädigungsfähigen Schadensfalls. Inklusive: - Pannen, worunter alle Schäden zu verstehen sind, die von den Anlagen aufgrund von Defekten und/oder Brüchen erfahren werden, die auf interne Gründe mechanischer und/oder elektrischer Art zurückzuführen sind, einschließlich derer, die von Planungs- und Berechnungsfehlern, Material-, Schmelz-, Ausführungs- und Installationsmängeln herrühren; - Elektrische Störfälle, worunter alle Schäden zu verstehen sind, die auf Stromschwankungen zurückzuführen sind, d.h. Abweichungen der Stromstärke von den für den Anlagenbetrieb vorgesehenen Nennwerten, Überspannung, plötzliche Spannungsspitzen, Blitzschlag oder zufällige Spannungsentladung. 2) Indirekte Schäden Indirekte Schäden, die auf Unterbrechung oder Reduktion der Stromerzeugung aufgrund eines direkten Sachschadens zurückzuführen sind, nur wenn letzterer gemäß vorliegender Deckung

	Unmittelbare Schäden entschädigungsfähig ist und die versicherten Anlagen betroffen hat.
CYBER	Der Versicherer entschädigt Schäden, die durch die nachstehend aufgeführten Ereignisse verursacht werden, innerhalb der Grenzen der in der Police angegebenen Deckungssumme, welche als maximale kumulative Gesamtleistung des Versicherers pro Versicherungsjahr zu verstehen ist. Der Versicherer übernimmt infolge eines Schadens, der durch einen Angriff auf das Informationssystem verursacht wurde, die notwendigen und verhältnismäßigen Ausgaben des Versicherten für: - Ermittlung und Dokumentation der Ursachen; - Schadensbegrenzung; - Entfernung der Malware, die den Schaden verursacht hat, aus dem Informationssystem des Versicherten; - Wiederherstellung und Konfiguration von Daten und Informationssystem des Versicherten, wobei - wenn möglich - der unmittelbar vor genanntem Angriff bestehende Zustand wiederherzustellen ist. Ebenfalls inbegriffen sind Dienstleistungen im Rahmen des Notfallmanagements direkt nach Auftreten des Schadensfalls.
Was ist NICHT versichert?	
Ausschlüsse ABSCHNITT LEBEN Temporäre Todesfallversicherung	Das Todesfallrisiko wird ohne gebietliche Einschränkungen und bei jeder beliebigen Todesursache gedeckt, mit Ausnahme folgender Festlegungen. Abgesehen von den ausdrücklichen Angaben in der Produktinfo LEBEN ist diese Deckung ausgeschlossen, falls das Ableben des Versicherten zurückzuführen ist auf: - einen Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keine geeignete Lizenz verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist, bzw. beim Fliegen mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen, Gleitschirmen und Hubschraubern oder beim Ausüben von Fallschirmspringen; - Selbstmord, wenn dieser innerhalb der ersten zwei Jahre ab Inkrafttreten der Versicherung oder danach innerhalb von 12 Monaten nach einer etwaigen Wiederinkraftsetzung der Versicherung begangen wird; - Krankheiten, Fehlbildungen, Erkrankungszustände, Unfallfolgen, Verletzungen des Versicherten sowie deren direkte oder indirekte Folgen, die vor Unterzeichnung des Versicherungsantrags aufgetreten sind, dem Versicherten bekannt waren und nicht angegeben worden sind; - Schädigungen der eigenen Person, die vom Versicherten selbst verursacht worden sind oder aufgrund Fahrlässigkeit, Unvorsichtigkeit, mangelndem Sachverstand bei der Befolgung von ärztlichen Verordnungen oder Empfehlungen oder durch freiwillige Gefahraussetzung aufgetreten sind; - Ausübung von Extremsportarten und allgemein gefährlichen Sportarten, wie rein beispielsweise: Boxen, Schwerathletik, Gewichtheben, Kampfsport, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Bergsteigen mit Schwierigkeitsgrad über 3 der UIAA-Skala, Freiklettern, Skeleton, Geschwindigkeitsskifahren, Skibergsteigen, Extremski, American Football, Rugby, Hockey, Wildwasserfahren mit jeder Art von Wasserfahrzeug, Einhand-Hochseeregatten oder -Hochseeüberquerungen, Bungee Jumping, Fallschirmspringen, Ski- und Wasserskispringen, Kitesurfen sowie Skiakrobatik, Gerätetauchen, Speläologie, Bobsport; - die Ausübung folgender Arbeitstätigkeiten: berufliche Tätigkeiten, die eine Aussetzung gegenüber Hochspannung, Strahlen, Gasen, Säuren, Sprengstoffen, Giften mit sich bringen, Arbeiten, die unter Tage, unter Wasser, in Bergwerken, Gruben, Schächten oder Laderäumen ausgeführt werden; - nichttherapeutische Anwendung von Drogen oder Arzneimitteln in nicht vom Arzt verordneten Dosen oder Zustände akuter oder chronischer Alkoholsucht entsprechend der Definition in den geltenden Normen; - HIV-Infektion, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS) oder diesen gleichzusetzende Zustände, wenn das versicherte Ereignis binnen 5 Jahren ab Ausstellung der Police eintritt. Dieser Ausschluss kommt nicht zur Anwendung, wenn der Versicherte über einen negativen HIV-Test verfügt, der innerhalb der 3 Monate vor Unterzeichnung des Versicherungsantrags vorgenommen wurde; - einen Aufenthalt in einem beliebigen, unter den Risikoländern geführten Land, bei denen das Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten von Reisen gleich aus welchem Anlass abrät. Diese Angaben stehen auf der Website www.viaggiaresecuri.it zur Verfügung. Sollte der Hinweis des Ministeriums für Auswärtige Angelegenheiten erst ergehen, wenn der Versicherte sich bereits im betreffenden Land befindet, wird die Deckung über einen Zeitraum von maximal 14 Tagen ab Ausgabedatum der Warnung ausgedehnt. Die in der Produktinfo LEBEN angegebene Wartezeit gilt nicht, wenn der Tod verursacht wird durch:

	- Unfall; - eine der folgenden akuten Infektionskrankheiten, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags auftritt: Typhus, Paratyphus, Diphtherie, Scharlach, Masern, Pocken, Kinderlähmung, Kindbettfieber, Fleckfieber, Hirnhautentzündung, Lungenentzündung, Europäische Schlafkrankheit, Milzbrand, Virus-Hepatitis A und B, Leptospirosen, hämorrhagischer Ikterus, Cholera, Brucellose, bakterielle Dysenterie, Gelbfieber, Q-Fieber, Salmonellose, Botulismus, infektiöse Mononukleose, Mumps, Pest, Tollwut, Keuchhusten, Röteln, Vaccinia generalisata, postvaksinale Enzephalitis, Wundstarrkrampf; - anaphylaktischer Schock.
Ausschlüsse ABSCHNITT ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN	Nicht versicherbar sind Personen, die unter Alkohol- oder Drogensucht, einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden. Nicht versicherbar sind ferner Personen, deren fester Hauptwohnsitz nicht in Italien, der Republik San Marino oder der Vatikanstadt liegt. Ebenso als „nicht versicherbare Personen“ gelten all diejenigen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses: - einen Körpermasseindex (BMI) aufweisen, der nicht zwischen 18.00-34.99 liegt (dieser Index gilt für Personen im Alter ab 18 Jahren); - auf eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation warten; - bereits eine Operation gehabt oder eine Diagnose erhalten haben oder die auf die Ergebnisse von Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen warten: • Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome; • Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris; • Hirngefäßerkrankungen wie: Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma; • chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz; • chronische Virus-Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa; • Nephrose, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern, Diabetes (Typ 1 und 2); • Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematoses, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis; - Hypercholesterinämie (über 250 mg/dL trotz Behandlung), arterielle Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierte Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion; - denen eine Invalidität von 25% oder mehr zuerkannt wurde oder die diese beantragt haben; - die sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen haben, wie z.B.: Magnetresonananz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben; - denen von einer anderen Versicherungsgesellschaft ein Antrag auf eine Vorsorgeversicherung für Schwere Erkrankungen (sog. Dread Disease oder Critical Illness), Invalidität, Behandlungskosten oder eine Lebensversicherung abgelehnt oder nur zu Sonderbedingungen akzeptiert wurde; - in deren Blutsverwandtschaft ersten Grades (Vater, Mutter, Brüder, Schwestern) Fälle von Herzinfarkt, Koronarer Herzkrankheit, Kardiomyopathie, Schlaganfall, polyzystischer Nierenerkrankung oder bösartigen Tumoren vor dem Alter von 60 Jahren aufgetreten sind. Myokardinfarkt Ausgeschlossen sind: - Angina pectoris, Myokarditis, Herzinsuffizienz und andere Formen von akutem Koronarsyndrom; - Stress-Kardiomyopathie (Takotsubo); - akute Herzscheidigung durch Arrhythmien, Traumata, Lungenembolien oder Septikämie. Schlaganfall Ausgeschlossen sind: - transitorische ischämische Attacke (TIA); - Hirnschäden durch Unfälle oder Traumata;

	- Durchblutungsstörungen der Augen, einschließlich des Sehnerv oder Netzhaut betreffenden sog. Augeninfarkts; - Durchblutungsstörungen der Wirbelsäule (Rückenmarksinfarkt); - stummer, asymptomatischer Schlaganfall, der allein durch bildgebende Verfahren festgestellt wird. Krebs Ausgeschlossen sind: - alle Tumoren, die histologisch als gutartig, präkanzerös oder nicht-invasiv, mit geringem Malignitätspotential beschrieben werden, alle Grade von Dysplasien, alle squamösen intraepithelialen Läsionen (HSIL und LSIL) sowie alle intraepithelialen Neoplasien; - jede von der jüngsten Ausgabe des AJCC Cancer Staging Manual als Carcinoma in situ beschriebene Läsion (Tis oder Ta); - alle Tumoren der Haut außer dem bösartigen Melanom, Hautlymphome und Dermatofibrosarkome, die sich nicht auf Lymphknoten oder entfernte Organe/Stellen ausgebreitet haben; - Tumoren im Stadium 1 laut jüngster Ausgabe des AJCC Cancer Staging Manual für Hautmelanome, neuroendokrine Tumoren (Karzinoide), gastrointestinale Stromatumoren sowie Schilddrüsentumoren im Stadium T1N0M0, die kleiner als 2 cm sind; - alle Tumoren der Prostata, die einen Gleason-Score gleich oder kleiner als 6 aufweisen oder von der jüngsten Ausgabe des AJCC Cancer Staging Manual histologisch als Stadium unter T2N0M0 beschrieben werden; - sämtliche bösartigen Neoplasien des Knochenmarks (einschließlich unter anderen: Leukämie, myeloproliferative Neoplasien, Thrombozythämie, primäre Myelofibrose, echte Polyzythämie und myelodysplastisches Syndrom), es sei denn, diese erfordern Behandlungen mit wiederholten Transfusionen, therapeutischem Aderlass, Chemotherapie, gezielter Krebstherapie, Knochenmarks- oder Blutstammzelltransplantation. Die Versicherung sieht keinerlei Auszahlung von Leistungen für Schwere Erkrankungen entsprechend vorausgehender Beschreibung vor, wenn das Ableben des Versicherten innerhalb der 30 (dreißig), direkt auf die Diagnose folgenden Tage (Überlebensdauer) eintritt. Keinerlei Leistungen werden erbracht für Schwere Erkrankungen, die erst nach dem Ableben des Versicherten diagnostiziert werden. Ebenfalls ausgeschlossen sind Ereignisse, die zurückzuführen sind auf: - jede beliebige, von der Police abgedeckte Schwere Erkrankung, an welcher der Versicherte vor dem Datum des Inkrafttretens der Police oder während der Wartezeit bereits gelitten hat oder die innerhalb dieser Fristen diagnostiziert wurde; - betrügerische Absicht des Versicherten oder Begünstigten; - Krieg oder Aufstand; - terroristische Anschläge mit Einsatz von Nuklear-, biologischen oder chemischen Waffen; - Trunkenheit, Alkohol- oder Drogensucht oder Abhängigkeit von Arzneimitteln, die nicht von zugelassenen Ärzten verordnet worden sind; - absichtliche Handlung des Versicherten, insbesondere die Folgen eines Selbstmordversuchs; - aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten; - Fahrlässigkeit, Unvorsichtigkeit und mangelnder Sachverstand bei der Beachtung ärztlicher Verordnungen; - Vorbestehende Erkrankungen; - erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS) oder andere mit dem Zustand der HIV-Positivität verbundene Pathologien; - nukleare oder chemische Kontamination, Invasion, feindliche Handlungen (sowohl bei erfolgter Kriegserklärung als auch ohne), aktive Teilnahme an Volksaufuhr, Rebellionen, Revolutionen, Aufständen, Staatstreichen; - die Ausübung folgender Sportarten: Bergsteigen, Freiklettern, Speläologie, Automobilsport, Motorsport, Motocross, Motorbootrennen, Luftsportarten (Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Drachenfliegen usw.), Hockey, Rugby, American Football, Kampfsport, Boxen, Schwerathletik, Tauchen, Wasserski- oder Skispringen, Freestyle-Ski oder -Wasserski, Bobsport; - vom Versicherten begangene Handlungen, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet; - Krankheiten/Unfälle, die in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch oder nichttherapeutischem Gebrauch von Drogen, Halluzinogenen, psychotropen Substanzen und ähnlichem stehen; - das Führen jeder Art von motorisiertem Land- oder Wasserfahrzeug, wenn der Versicherte nicht über die hierzu benötigte Fahrerlaubnis verfügt; - Ausübung der folgenden Arbeitstätigkeiten: Förderung von Erdöl oder Erdgas; Arbeit in Bergwerken oder Hochöfen, in Kontakt mit Sprengstoffen, Pestiziden oder anderen gefährlichen
--	--

	Chemikalien, darunter Asbest; Arbeit in einer Höhe von über 5 m vom Boden (Gerüste, Dächer usw.); Personenschutz und Sicherheitsdienste; Ordnungsdienste (Polizei, Carabinieri, Militär usw.) mit Einsatz von Waffen, Feuerwehrräfte, Arbeit als Taucher; - depressive Zustände, psychiatrische Erkrankungen, organische Psychosyndrome. Die Versicherung kommt nicht für Krankheiten und deren direkte oder indirekte Komplikationen auf, die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens der Police bekannt waren, diagnostiziert und/oder ärztlich behandelt bzw. klinisch untersucht (Geräte- oder Labordiagnostik) worden sind. Keinerlei Entschädigung wird bezahlt, wenn während der ersten 90 (neunzig) Tage ab Datum des Inkrafttretens der Versicherung (Wartezeit): - der Versicherte Anzeichen und/oder Symptome aufweist oder sich Untersuchungen unterzieht, deren Ergebnisse zur Diagnose einer der versicherten Schwere Erkrankungen gehören, unabhängig vom Datum der Diagnose; oder - dem Versicherten eine der gemäß Versicherung abgedeckten Schwere Erkrankungen diagnostiziert wird. Falls die Diagnose einer Schwere Erkrankung sich aus ärztlichen Untersuchungen ergibt, die während der Wartezeit der betreffenden Deckung erfolgt sind, wird keine Entschädigung geschuldet. Die Versicherung wird hingegen aufgelöst und der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer zurück, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende des Versicherungsjahrs bezieht, für das die Prämie ursprünglich bezahlt worden war.
Ausschlüsse ABSCHNITT UNFÄLLE Tod / Unfallbedingte bleibende Invalidität / Unfallbedingte vorübergehende Arbeitsunfähigkeit / Erstattung von unfallbedingten Behandlungskosten / Krankenhaustagegeld / Kontoschutz	Nicht versicherbar sind Personen, die unter Alkohol- oder Drogensucht, einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden. Für alle Deckungen sind von der Versicherung ausgeschlossen Unfälle mit folgenden Ursachen: - Führen oder Mitbenutzung als Passagier von Fluggeräten, einschließlich Hängegleitern und Ultraleichtflugzeugen, unbeschadet der Bestimmungen unter Punkt 10) von Art. 58 „Gegenstand der Versicherung“; - Ausübung von Luftsportarten allgemein, wie rein beispielweise: Hängegleiter, Ultraleichtflugzeuge, Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen; - Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht über die laut geltenden Vorschriften erforderliche Fahrerlaubnis verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt; - Führen und Benutzen von Unterwasserfahrzeugen; - Führen von Fahrzeugen, wenn der Versicherte epileptische Anfälle gehabt hat; - Ausübung von Extremsportarten und allgemein gefährlichen Sportarten, wie rein beispielsweise: Boxen, Schwerathletik, Gewichtheben, Kampfsport, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Bergsteigen mit Schwierigkeitsgrad über 3 der UIAA-Skala, Freiklettern, Skeleton, Geschwindigkeitsskifahren, Skibergsteigen, Extremski, American Football, Rugby, Hockey, Wildwasserfahren mit jeder Art von Wasserfahrzeug, Einhand-Hochseeregatten oder -Hochseeüberquerungen, Bungee Jumping, Fallschirmspringen, Ski- und Wasserskispringen, Kitesurfen sowie Skiakrobatik, Gerätetauchen, Speläologie, Bobsport; - professionelle Ausübung jeder Art von Sport bzw. Ausübung gegen direkte oder indirekte Bezahlung; - Teilnahme an Rennen und Wettbewerben (sowie diesbezügliche Testfahrten und Training, auch im Amateurbereich) mit Einsatz von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen; - Benutzen und Führen von Kraftfahrzeugen auf Rennbahnen, die für den Motorsport bestimmt sind; - Teilnahme an Wettbewerben (samt Übungsspielen und Training) in Baseball, Fußball, 5er- oder Mini-Fußball und ähnliche, Volleyball, Beachvolleyball, Basketball, Handball, Nicht-Extrem-Ski und -Snowboard, Radrennen, Reitsport, Schlittschuhlauf, wenn diese auf Profiebene ausgeübt werden und/oder als Einkommensquelle für den Sportler dienen. Unter die Deckung fallen hingegen weiterhin die Teilnahme an Wettbewerben/Turnieren im Amateursport, einschließlich des Trainings; - Trunkenheit des Versicherten, Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen; - soziale Unruhen, gewalttätige Aktionen oder Angriffe, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat; - vom Versicherten begangene oder versuchte vorsätzliche Handlungen; - Straftaten des Versicherten, Selbstmord und Selbstverletzung; - Erdbeben, Überschwemmungen, Sturmfluten und Vulkanausbrüche; - Krieg, Aufstände oder terroristische Anschläge, einschließlich der direkten oder indirekten Folgen chemischer oder biologischer Kontamination; - natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms,

	Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.). Ausgeschlossen sind ferner: - Unfälle, die durch chirurgische Eingriffe, Untersuchungen oder medizinische Behandlungen verursacht werden, welche nicht durch einen Unfall erforderlich gemacht worden waren; - Unfälle, deren Folgen in der Erkrankung am erworbenen Immunschwächesyndrom (AIDS) bestehen; - Herzinfarkt und Schlaganfall; - Hernien jeder Art und Lokalisierung sowie geschlossene Ruptur von Sehnen, unbeschadet der Bestimmungen unter „Erweiterung auf traumatische und durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche“ der Deckung B. UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT und unter „Erweiterung auf traumatische und durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche“ der Deckung C. UNFALLBEDINGTE VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT. <u>Nur in Bezugnahme auf die Deckung Unfallbedingte bleibende Invalidität</u> Die Abwicklung erfolgt: - auf die Deckungssumme bis € 250.000,00 (Euro zweihundertfünfzigtausend) unter Anwendung der von der Versicherung vorgesehenen Tabelle; - auf den Teil der Deckungssumme, der über € 250.000,00 (zweihundertfünfzigtausend) hinausgeht: • erfolgt keine Entschädigung, wenn der Grad bleibender Invalidität kleiner oder gleich 8% ist; • werden 8% hingegen überstiegen, wird die Entschädigung unter Berechnung eines Selbstbehalts von 8% ausbezahlt. <u>Nur in Bezugnahme auf die Deckung Unfallbedingte vorübergehende Arbeitsunfähigkeit</u> Die Entschädigung steht zu: - ganz zu für jeden Tag, an dem der Versicherte vollständig körperlich unfähig ist, seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen; - zu 50% zu für jeden Tag, an dem der Versicherte nur teilweise in der Lage war, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen. Die Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird für einen Zeitraum von maximal 260 Tagen pro Unfall gewährt mit Laufzeit ab 24 Uhr des Tages, an dem der Unfall vorschriftsgemäß gemeldet wurde. Die entschädigungsfähigen Tage werden unter Abzug eines Selbstbehalts von 7 Tagen berechnet. Mit Einschränkung allein auf traumatische oder durch Belastung verursachte Hernien, welche zu einer stationären Aufnahme oder einer Operation führen, zahlt der Versicherer die in der Police angegebene Tagesentschädigung für einen Zeitraum von maximal 20 Tagen pro Schadensfall. Diese Erweiterung gilt nicht, wenn bereits vor Abschluss der Police eine Hernie vorhanden war. Ausgeschlossen sind ferner Bandscheibenhernien und alle anderen Arten von Hernien, bei denen es sich nicht um traumatische oder durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche handelt. <u>Nur in Bezugnahme auf die Deckung Erstattung von unfallbedingten Behandlungskosten</u> Die Deckung wird geleistet nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 50,00 zu Lasten des Versicherten pro Schadensfall, worunter der gesamte Behandlungszyklus eines Unfalls zu verstehen ist. <u>Nur in Bezugnahme auf die Deckung Krankenhaustagegeld</u> Das Tagegeld wird unter Anwendung eines absoluten Selbstbehalts von 2 Tagen geleistet. Der Selbstbehalt wird nicht angewendet bei mehr als 7-tägigem Krankenhausaufenthalt infolge von Unfall und/oder Operation oder im Falle einer Organspende. Für das Krankenhaustagegeld bei Krankheit sind stationäre Aufnahmen ausgeschlossen: - die auf zum Datum des Inkrafttretens der Police Vorbestehende Erkrankungen zurückzuführen sind; - die auf Alkoholmissbrauch oder nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka, Drogen, Halluzinogenen und ähnlichen Substanzen zurückzuführen sind; - die auf natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms und die Beschleunigungen von Elementarteilchen zurückzuführen sind; - die auf zwischenstaatliche Kriege oder Bürgerkriegszustände, bewaffnete Kämpfe und Aufstände, soziale Unruhen und terroristische Anschläge, einschließlich der direkten oder indirekten Folgen chemischer und biologischer Kontamination zurückzuführen sind; - die durch Erdbeben, Überschwemmungen, Sturmfluten und Vulkanausbrüche verursacht wurden; - die durch Schönheitsbehandlungen, Abmagerungskuren und Diäten verursacht wurden; - die auf psychische Krankheiten und Störungen allgemein oder auf Neurosen, einschließlich Angst- und/oder depressiver Syndrome, zurückzuführen sind;
--	---

	- die auf das erworbene Immunschwächesyndrom (AIDS) oder andere damit verbundene Erkrankungen zurückzuführen sind; - die durch willentlich vom Versicherten gegen sich selbst begangene oder an sich zugelassene Taten verursacht werden; - die auf Erkrankungen zurückzuführen sind, die durch elektromagnetische Einflüsse verursacht worden sind. Ausschlüsse Abschnitt Krankheitsbedingte Bleibende Invalidität von der Versicherung ausgeschlossen ist bleibende Invalidität: 1. die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens dieser Police bestanden hat; 2. die durch Krankheiten bedingt ist, die Ausdruck oder Folge von Erkrankungszuständen sind, die ihren Ursprung vor Beginn der Laufzeit dieser Police hatten und zu jenem Zeitpunkt dem Versicherten bereits bekannt waren, da sie bereits diagnostiziert oder behandelt worden waren; 3. die durch Alkoholmissbrauch oder nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka, Drogen, Halluzinogenen und ähnlichen Substanzen verursacht worden ist; 4. die auf natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Reaktionen des Atoms und die Beschleunigungen von Atomteilchen zurückzuführen ist; 5. die auf zwischenstaatliche Kriege oder Bürgerkriegszustände, bewaffnete Kämpfe und Aufstände, soziale Unruhen und terroristische Anschläge, einschließlich der direkten oder indirekten Folgen chemischer und biologischer Kontamination zurückzuführen ist; 6. die durch Erdbeben, Überschwemmungen, Hochwasser und Vulkanausbrüche verursacht worden ist; 7. die durch Schönheitsbehandlungen, Abmagerungskuren und Diäten verursacht worden ist; 8. die auf psychische Krankheiten und Störungen allgemein oder auf Neurosen, einschließlich Angst- und/oder depressiver Syndrome, zurückzuführen ist; 9. die auf das erworbene Immunschwächesyndrom (AIDS) oder andere damit verbundene Erkrankungen zurückzuführen ist; 10. die durch willentlich vom Versicherten gegen sich selbst begangene oder an sich zugelassene Taten verursacht wird; 11. die auf Erkrankungen zurückzuführen ist, die durch elektromagnetische Einflüsse verursacht worden sind; 12. Folgen und/oder Ereignisse aufgrund von Erkrankungen, die auf von der WHO erklärte Epidemien bzw. Pandemien mit einer solchen Schwere und Virulenz zurückzuführen sind, dass restriktive Maßnahmen zur Minderung der Ansteckungsgefahr für die Zivilbevölkerung erforderlich sind.
Ausschlüsse ABSCHNITT GESUNDHEIT „Tagegeld“ / „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“ , „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „physiotherapeutische und Reha- Behandlungen“	Nicht versicherbar sind Personen, die unter Alkohol- oder Drogensucht, einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden. Nicht versicherbar sind ferner Personen, deren fester Hauptwohnsitz nicht in Italien, der Republik San Marino oder der Vatikanstadt liegt. Ebenso als „nicht versicherbare Personen“ gelten all diejenigen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses: - einen Körpermasseindex (BMI) aufweisen, der nicht zwischen 18.00-34.99 liegt (dieser Index gilt für Personen im Alter ab 18 Jahren); - auf eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation warten; - bereits eine Operation gehabt oder eine Diagnose erhalten haben oder die auf die Ergebnisse von Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen warten: • Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome; • Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris; • Hirngefäßerkrankungen wie: Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma; • chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz; • chronische Virus-Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa; • Nephrose, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern, Diabetes (Typ 1 und 2); • Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose,

	demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematoses, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis; - Hypercholesterinämie (über 250 mg/dL trotz Behandlung), arterielle Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierte Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion; - denen eine Invalidität von 25% oder mehr zuerkannt wurde oder die diese beantragt haben; - die sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen haben, wie z.B.: Magnetresonanz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben. Traf auf den Versicherten bereits vor Abschluss der Police eine dieser Bedingungen zu, verliert diese ihre Wirkung und jegliche Gültigkeit für diesen Versicherten. Die Versicherung gilt nicht für: 1. vorbestehende Erkrankungen; 2. Leistungen, die nicht in Verbindung mit der Indikation laut gesicherter oder vermuteter Diagnose und dem Datum des Auftretens stehen, es sei denn, sie fallen unter die Deckung „Prävention - Check-up“; 3. Ausgaben für Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie, wenn keine bekannte oder vermutete Anomalie des Fötus vorliegt oder wenn die Schwangere jünger als 35 Jahre ist; 4. Ausgaben für Behandlungen / Leistungen, die nach Ende der Laufzeit des Versicherungsschutzes erbracht und abgerechnet werden, auch wenn sie sich auf Erkrankungen oder Unfälle beziehen, die während der Versicherungslaufzeit diagnostiziert worden bzw. aufgetreten und während der Laufzeit gemeldet worden sind; 5. stationäre Aufnahmen, die der Versicherte benötigt, nachdem bei ihm eine bleibende Pflegebedürftigkeit für die Verrichtung alltäglicher Handlungen eingetreten ist, sowie für Langzeitkrankenhausaufenthalte, wenn die stationäre Aufnahme vor allem aufgrund des Bedarfs an Pflegeleistungen oder physiotherapeutischen Behandlungen zur Aufrechterhaltung bestimmter Funktionen benötigt wird; 6. Ausgaben für Routineleistungen und/oder Kontrolluntersuchungen (z. B.: Kontrolluntersuchung bei Frauen- oder Augenarzt), wenn diese nicht unter die Deckung „Prävention - Check-up“ fallen, Impfungen, allgemeinmedizinische und kinderärztliche Routineleistungen; 7. Ausgaben für Akupunktur, Logopädie, physiotherapeutische Behandlungen (es sei denn, diese sind vom gewählten Versicherungsplan erfasst); 8. Leistungen, die nicht durch eine (gesicherte oder vermutete) Diagnose begründet werden, sowie Leistungen, die aufgrund erblicher Veranlagung oder genetischer Prädisposition erbracht werden; 9. Ausgaben, die durch Einrichtungen erbracht werden, die nicht gemäß Gesetz zugelassen sind, sowie Honorare von Fachärzten, die nicht bei der zuständigen Ärztekammer eingetragen sind bzw. über keine Approbation verfügen; 10. Leistungen, die nicht bei Krankenhauseinrichtungen, medizinischen Zentren oder Fachärzten erbracht werden, mit Ausnahme von Krankenpflegerischen und physiotherapeutischen Leistungen; 11. Arzneimittel, ärztliche und chirurgische Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der alternativen oder komplementären, nicht konventionellen oder experimentellen Medizin; 12. jegliche Krankheit, die direkt oder indirekt mit einer HIV-Infektion verbunden ist, sowie sexuell übertragene Erkrankungen; 13. Unfälle, Pathologien, Vergiftungen, die durch Alkoholsucht, Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen (mit Ausnahme der therapeutischen Verabreichung) oder Halluzinogenen verursacht werden; 14. Unfälle, die im Zustand der Trunkenheit am Steuer von Fahrzeugen allgemein oder infolge eigener Straftaten erlitten werden; 15. Leistungen, die infolge von selbst beigebrachten Verletzungen, Selbstmordversuchen oder waghalsigen Taten erforderlich geworden sind, es sei denn, letztere werden vom Versicherten im Wege der menschlichen Solidarität oder Notwehr begangen; 16. Unfälle, die auf die Ausübung von Profisport sowie von professionellen Wettkämpfen und den damit verbundenen Testläufen und Trainingseinheiten zurückzuführen sind; 17. Unfälle, die auf die Ausübung folgender Sportarten zurückzuführen sind: Ski- oder Wasserskispringen, Freestyle-Skiing, Bob, Rugby, Gerätetauchen, American Football, Boxen oder andere Sportarten, bei denen der Einsatz eines Zahnschutzes vorgeschrieben ist, Schwerathletik, Ringen in allen Formen, Bergsteigen mit Klettern im Fels und Gletscher mit Schwierigkeitsgrad über der dritten Stufe der französischen Skala, Speläologie, Luftsportarten (einschließlich das Fliegen mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und ähnlichen), Sportarten mit Einsatz von Motorfahrzeugen und -booten (sowie deren Rennen, Wettbewerbe, Testläufe), Mountainbike und „Downhill“ sowie Profiwettbewerbe und die dazugehörenden Rennen, Wettkämpfe, Testläufe und Trainings;
--	--

	18. Unfälle, die bei der Handhabung von Feuerwerkskörpern sowie bei Einsatz und Produktion von Sprengstoffen auch bei nicht beruflicher Tätigkeit auftreten; 19. Ereignisse, die infolge nuklearer, biologischer oder chemischer Kontamination auftreten, direkte oder indirekte Folgen der Umwandlung des Atomkerns, ebenso wie Strahlung, die durch die künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen - mit Ausnahme der medizinischen Anwendung - hervorgerufen wird; 20. die Folgen von Krieg, Bürgerkrieg, Aufständen, Volksunruhen, Attentaten oder gewaltsamen Handlungen, die politisch oder sozial begründet sind; 21. die Folgen jeder Art von terroristischen Anschlägen; 22. die Folgen von Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen, Sturmfluten und Tsunamis; 23. Anwendungen mit ästhetischem Zweck, Schönheitschirurgische Behandlungen/Eingriffe sowie jede Folgebehandlung (mit oder ohne psychologische Begründung), es sei denn, diese erfolgen: - zum Zwecke der - ggf. auch ästhetisch bedingten - Rekonstruktion für Neugeborene und Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr; - zum Zwecke der Rekonstruktion infolge von gemäß Police entschädigungsfähigen Unfällen; - zum Zwecke der Rekonstruktion infolge von gemäß Police entschädigungsfähigen, resezierenden Operationen aufgrund bösartiger Neoplasien; 24. psychotherapeutische Behandlungen und die infolge psychischer Krankheiten getragenen Kosten, die unter Kapitel V. (PSYCHISCHE STÖRUNGEN) der 10. Überarbeitung der Internationalen Statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10-CM) der WHO aufgeführt sind. Ausdrücklich als ausgeschlossen gelten die klinischen Erscheinungen von hirnorganischen Psychosyndromen und Psychosen allgemein, deren Komplikationen und Folgen; 25. freiwilliger Schwangerschaftsabbruch; 26. zahnärztliche Behandlungen und Diagnostik sowie Zahnprothesen und kieferorthopädische Behandlungen; 27. Behandlungen und Operationen für die Beseitigung oder Korrektur von zum Datum des Inkrafttretens der Versicherung bereits bestehenden Körperlichen Defekten oder Angeborenen Fehlbildungen sowie von damit verbundenen Pathologien, mit Ausnahme derjenigen von Säuglingen bis Vollendung des 1. Lebensjahrs, die bei der Geburt versichert waren; 28. medizinische Leistungen, Behandlungen und Operationen bei Unfruchtbarkeit, männlicher oder weiblicher Sterilität, zur künstlichen Befruchtung jeder Art, bei Impotenz sowie sämtliche medizinische Leistungen und Operationen mit dem Zweck der Änderung der Geschlechtsmerkmale; 29. Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Syndrom der unkontrollierten Nahrungsaufnahme) und jede aufgrund dieser Störung erforderliche Behandlung, Adipositaschirurgie mit Ausnahme der Behandlung von Fällen von Adipositas mit Grad III (Körpermasseindex von 40 und höher); 30. Prothesen und orthopädische Vorrichtungen, Hörgeräte und therapeutische Geräte, mit Ausnahme von Endoprothesen im Falle von Stationärer Aufnahme mit Operation und Tageschirurgie; 31. Behandlungen, die aus ärztlicher Sicht nicht notwendig sind und nicht durch Krankheit oder Unfall bedingt sind; 32. Brillengläser und -gestelle; 33. stationäre Aufnahme zum Zwecke eines klinischen Check-ups (Unnötige stationäre Aufnahme); 34. Ausgaben bei der Transplantatentnahme vom Spender, sowohl durch den Versicherten als auch durch Dritte im Falle von Transplantationen; 35. Leistungen, die nicht unter den einzelnen Deckungen aufgeführt sind. Die Versicherung deckt keine Invalidität verursachenden Zustände, Unfälle und allgemein Krankheiten, die bereits vor Datum des Inkrafttretens der Versicherung bekannt waren, diagnostiziert, behandelt oder weiter untersucht worden sind, sowie deren Komplikationen samt direkten und indirekten Folgen. Die Leistungen sind gültig und wirksam, unbeschadet der Ausschlüsse für: - Unfälle: ab 24:00 Uhr am Datum des Inkrafttretens der Versicherung; - Krankheiten: ab dem 30. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung; - Entbindung: ab dem 270. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung; - Krankheiten in Verbindung mit Schwangerschaft, Wochenbett und indizierten Schwangerschaftsabbruch: ab dem 60. Tag nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung, vorausgesetzt dass die Schwangerschaft nach Inkrafttreten der Versicherung begonnen hat. Nur für das Neugeborene, das über die Deckung der Eltern (die beide versichert sein müssen) bis zur Vollendung des ersten Lebensjahrs mitversichert ist, läuft oben genannte 30-tägige Wartezeit ab dem Geburtsdatum unabhängig vom Anfangsdatum seines Versicherungsschutzes. Bei Vollendung des ersten Lebensjahrs kann das Kind, falls es versicherbar ist, gegen Zahlung der entsprechenden Prämie mitversichert werden.
--	---

	Falls diese Police ohne Unterbrechung der Deckung (d.h. ohne auch nur einen Tag ohne Versicherungsschutz) als Ersatz für eine andere, mit diesem Versicherer abgeschlossene Versicherung ausgestellt wird, gelten oben erwähnte Wartezeiten ab Datum des Inkrafttretens der Versicherung in Bezug auf: - höhere Versicherungsdeckungen für Gesundheitsleistungen, die bereits im vorigen Vertrag enthalten waren; - alle Gesundheitsleistungen, die im vorigen Vertrag nicht enthalten waren; - neu versicherte Personen. Ausgeschlossen bleiben auch nach Ende der Wartezeit etwaige Krankheiten, die innerhalb dieser Zeit diagnostiziert worden sind und/oder ärztliche Behandlung oder Untersuchungen erforderlich gemacht haben.
Ausschlüsse ABSCHNITT GESUNDHEIT Dental	Nicht versicherbar sind Personen, die unter Alkohol- oder Drogensucht, einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden. Nicht versicherbar sind ferner Personen, deren fester Hauptwohnsitz nicht in Italien, der Republik San Marino oder der Vatikanstadt liegt. Die Versicherung gilt nicht für: 1. sämtliche Leistungen und Behandlungen, die vor dem Datum des Inkrafttretens begonnen und noch nicht vollendet worden sind; 2. Leistungen, die nach Ablaufdatum oder vorzeitigem Erlöschen der Police aus beliebigem Grund durchgeführt werden, auch wenn die Krankheit oder der Unfall während der Versicherungslaufzeit aufgetreten sind; 3. zahnärztliche Behandlungen oder Leistungen, die nicht der Definition Zahnärztlicher Notfall oder Zahnärztliche Vorsorge entsprechen und nicht in der Tabelle „Versicherte Zahnärztliche Leistungen“ aufgeführt sind; 4. Ausgaben, die bei Einrichtungen erfolgen, die nicht gemäß Gesetz zugelassen sind, sowie Honorare von Ärzten, die nicht bei der Ärzte- und Zahnärztekammer eingetragen sind bzw. über keine Approbation verfügen; 5. kieferorthopädische Behandlungen und Leistungen; 6. experimentelle Verfahren oder Verfahren, deren Wirksamkeit von den wichtigsten Zahnarztverbänden nicht als wissenschaftlich nachgewiesen anerkannt wird; 7. Unfälle, die auf die Ausübung folgender Sportarten zurückzuführen sind: Ski- oder Wasserskispringen, Freestyle-Skiing, Bobsport, Rugby, Gerätetauchen, American Football, Boxen oder andere Sportarten, bei denen der Einsatz eines Zahnschutzes vorgeschrieben ist, Schwerathletik, Ringen in allen Formen, Bergsteigen mit Klettern im Fels und Gletscher mit mehr als Grad 3 der französischen Schwierigkeitsskala, Speläologie, Luftsportarten (einschließlich des Fliegens mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und ähnlichen), Sportarten mit Einsatz von Motorfahrzeugen und -booten (sowie deren Rennen, Wettbewerbe, Testläufe), Mountainbike und „Downhill“ sowie Profiwettkämpfe und die dazugehörenden Testläufe und Trainings; 8. infolge Psychischer Krankheiten getragene Kosten, die unter Kapitel V. (PSYCHISCHE STÖRUNGEN) der 10. Überarbeitung der Internationalen Statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10-CM) der Weltgesundheitsorganisation aufgeführt sind, und/oder für die Einnahme von psychotropen Arzneimitteln mit therapeutischen Zielen; 9. Leistungen, die allein für ästhetische Zwecke durchgeführt werden; 10. das Ziehen von Milchzähnen; 11. Leistungen für die Entfernung chirurgischer Implantate sowie von deren Teilen oder jede chirurgische oder andere Leistung mit dem Zweck von Korrektur, Reparatur, Ersatz oder Behandlung jeder Art von Problem, das in Verbindung mit bereits vorhandenen oder gerade eingesetzten, sowohl festen als auch abnehmbaren Implantaten steht. 12. die Behandlung bösartiger Neoplasien im Mundraum; 13. Unfälle, die im Zustand der Trunkenheit am Steuer von Fahrzeugen allgemein oder infolge eigener Straftaten erlitten werden; 14. Unfälle, Krankheiten, Vergiftungen, die durch Alkoholsucht, Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen (mit Ausnahme der therapeutischen Verabreichung) oder Halluzinogenen verursacht werden; 15. direkte oder indirekte Folgen von nuklearer Kontamination, Umwandlung des Atomkerns, ebenso wie Strahlung, die durch die künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen - mit Ausnahme medizinischer Anwendungen - erzeugt wird; 16. die Folgen von Krieg, Aufständen, Volksunruhen, Attentaten oder gewaltsamen Handlungen, die politisch oder sozial begründet sind und an denen der Versicherte freiwillig teilgenommen hat, sowie jeder Art von terroristischem Anschlag; 17. Behandlungen und Eingriffe in Verbindung mit einer HIV-Infektion sowie verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS; 18. Routinekontrollen und/oder Check-ups, unter Ausnahme der Festlegungen für die Leistungen zur

	„Zahnärztlichen Vorsorge“; 19. die Folgen von Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen, Sturmfluten und Tsunamis; 20. Unfälle, die auf die Ausübung von Profisport sowie professionellen Wettkämpfen und den damit verbundenen Testläufen und Trainingseinheiten zurückzuführen sind; 21. jegliche medizinische Leistung bezüglich Zähnen, die zum Datum des Inkrafttretens der Versicherung bereits gefehlt haben; 22. Operationen, die Vollnarkose oder vollständige Sedierung erforderlich machen. Bereits vor dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung bestehende Erkrankungen sind allein bezüglich der Leistungen im Rahmen des „Zahnärztlichen Notfalls“ ausgeschlossen. Die Leistungen sind gültig und wirksam, unbeschadet der Ausschlüsse für: - Unfälle: ab 24:00 Uhr am Datum des Inkrafttretens der Versicherung; - Leistungen „Zahnärztlicher Notfall“ und „Zahnärztliche Vorsorge“: ab dem 30. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung. Ausgeschlossen bleiben auch nach Ende der Wartezeit etwaige Krankheiten, die innerhalb dieser Zeit diagnostiziert worden sind und/oder ärztliche Behandlung oder Untersuchungen erforderlich gemacht haben.
Ausschlüsse Personenbeistand	Ausgeschlossen sind Leistungen infolge von: a. Unfällen, Krankheiten, Fehlbildungen, körperlichen Defekten und Erkrankungszuständen, die vor Vertragsabschluss diagnostiziert worden sind; b. Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten; c. Erkrankungszuständen in Verbindung mit HIV-Infektion; d. Psychischen Krankheiten und Störungen allgemein, einschließlich hirnerkranktem Psychosyndrom, schizophrenen und paranoiden Störungen, manisch-depressiven Formen und deren Folgen/Komplikationen; e. Unfällen und Krankheiten, die auf Missbrauch bzw. nichttherapeutische Anwendung von Alkohol, Halluzinogenen, Psychopharmaka oder Drogen zurückzuführen sind; f. freiwilliger, nicht indizierter Schwangerschaftsabbruch; g. Unfällen infolge strafbarer Handlungen des Versicherten; abgedeckt sind hingegen Unfälle, die aufgrund von - ggf. auch grober - Unvorsichtigkeit oder Nachlässigkeit des Versicherten erlitten werden; h. Unfällen, die auf Flugsport und die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen sowie deren Testläufen und Trainings zurückzuführen sind, es sei denn, es handle sich um Gleichmäßigkeitsprüfungen; i. Unfällen, die auf Aktivitäten zurückzuführen sind oder durch diese verursacht werden, bei denen Schusswaffen zum Einsatz kommen; j. Kriegen und Aufständen, Erdbeben, Vulkanausbrüchen und Überschwemmungen; k. natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Energieausgleichen des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.); l. Aufenthalt in Thermalkurhäusern, spezialisierten Kurheimen für Nervenleiden und Tuberkuloseerkrankungen, in Wohn- und Genesungsheimen, Altersheimen (auch wenn diese als Krankenhauseinrichtungen gelten); m. ferner alles, was nicht ausdrücklich unter den Einzelleistungen aufgeführt ist.
Ausschlüsse Reisebeistand Travel	Diese Leistung sieht Ausschlüsse vor. 1. Krankenrücktransport Von dieser Leistung ausgeschlossen sind: - Beeinträchtigungen oder Läsionen, die nach Urteil der Ärzte der Organisationsstruktur vor Ort behandelt werden können bzw. den Versicherten nicht an der Fortsetzung der Reise hindern; - Infektionskrankheiten, falls der Transport zu einer Verletzung von nationalen oder internationalen Normen im medizinischen Bereich führen würde; - Ausgaben für die Bestattungsfeierlichkeiten, die Personenfahndung und/oder etwaige Bergung des Leichnams sowie alle Ausgaben, die sich nicht auf deren Transport beziehen; - alle Fälle, in denen der Versicherte oder dessen Angehörige entgegen der Empfehlung der Ärzte der Krankenhauseinrichtung, in welcher der Versicherte stationär untergebracht ist, die Haftungsübernahme für die vorzeitige Entlassung unterzeichnet haben. 2. Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus. Von dieser Leistung ausgeschlossen sind:

	- - Beeinträchtigungen oder Läsionen, die nach Urteil der Ärzte der Organisationsstruktur vor Ort behandelt werden können; - - Infektionskrankheiten, falls der Transport zu einer Verletzung von nationalen oder internationalen Normen im medizinischen Bereich führen würde; - - alle Fälle, in denen der Versicherte oder seine Familienangehörigen freiwillig und gegen die Ansicht der Ärzte der Struktur, in der sich der Versicherte stationär aufhält, die vorzeitige Entlassung unterzeichnen; - - alle vom Versicherten getragenen Kosten, wenn dieser Europ Assistance weder direkt noch durch Dritte über die Krankenhauseinweisung oder die erbrachten Notfallmaßnahmen in Kenntnis gesetzt hat; - - die Ausgaben für Behandlung oder Behebung körperlicher Defekte oder angeborener Fehlbildungen, für Anwendungen ästhetischer Art, für Pflege, Krankengymnastik, Thermal- oder Abmagerungskuren, Zahnbehandlungen (mit Ausnahme der oben angegebenen Behandlungen infolge von Unfällen). - Die Leistung ist nicht wirksam für Verletzungen, die nach Ermessen der Ärzte im Krankenhaus der Wohnsitzregion des Versicherten behandelt werden können. Dies gilt auch für Rehabilitationsmaßnahmen und Infektionskrankheiten, wenn der Transport einen Verstoß gegen die Gesundheitsvorschriften darstellt. 3. Rückreise mit versichertem Reisebegleiter: Von dieser Leistung ausgeschlossen sind: - Von dieser Leistung ausgeschlossen sind die Ausgaben für den Aufenthalt des Reisebegleiters. 4. Anreise eines Angehörigen: Von dieser Leistung ausgeschlossen sind: - Von dieser Leistung ausgeschlossen sind andere Hotelkosten als Übernachtung und Frühstück. 5. Verlängerung des Aufenthalts Von dieser Leistung ausgeschlossen sind: - Von dieser Leistung ausgeschlossen sind andere Hotelkosten als Übernachtung und Frühstück. - Pannenhilfe für das Fahrzeug zur Erreichung des Ausgangsorts der Dienstreise. Ausschlüsse für alle Leistungen Ausgeschlossen sind Schadensfälle durch oder wegen: a. Auto-, Motorrad- oder Motorbootrennen sowie diesbezügliche Probeläufe und Trainings; b. Überschwemmungen, Sturmfluten, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Witterungsereignisse mit Eigenschaft von Naturkatastrophen, Unfälle mit Umwandlung des Atomkerns, Strahlung, die durch künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen erzeugt wird; c. Krieg, Streik, Revolution, Aufstände oder Aufruhr, Unruhen, Plünderung, Vandalismus; d. Vorsatz des Versicherten oder grobe Fahrlässigkeit; e. psychische Krankheiten und Störungen allgemein, einschließlich hirnerkranklicher Psychosyndroms, schizophrener und paranoider Störungen, manisch-depressiver Formen und deren Folgen/Komplikationen; f. Erkrankungen, die von einer Schwangerschaft nach der 26. Schwangerschaftswoche und vom Wochenbett abhängig sind; g. chronische Erkrankungen; h. Krankheiten/Unfälle, die bereits bei der Abreise vorhanden sind; i. Organspende und/oder -transplantation, wobei auf jeden Fall jede Reise ausgeschlossen ist, die zum Zwecke von medizinisch-chirurgischen Untersuchungen und/oder Behandlungen unternommen wurde; j. Krankheiten und Unfälle infolge oder aufgrund von Missbrauch von Alkohol, Psychopharmaka, Drogen und Halluzinogenen; k. Selbstmordversuch oder Selbstmord; l. Profisport bzw. nicht auf Amateurebene betriebener Sport (einschl. Wettkämpfe, Testläufe und Training); m. Führen und Verwenden von Hängegleitern und anderen Arten von Ultraleichtflugzeugen, Fallschirmspringen, Ballonfahren, Gleitschirmfliegen und ähnliche, Luftsportarten allgemein, Bobsport, Freestyle-Skiing, Ski- und Wasserskispringen, Bergsteigen am Fels oder am Gletscher, Freiklettern (Free Climbing), Kitesurfen, Gerätetauchen, Sportarten, bei denen Motorfahrzeuge oder -boote verwendet werden, Boxen, Ringen in allen Formen, Kampfsportarten allgemein, Schwerathletik, Rugby, American Football, Speläologie, waghalsiges Verhalten. Für Bobsport, Kitesurfen und Gerätetauchen gilt obiger Ausschluss nicht, wenn genannte Sportart allein als gelegentliche Freizeitbeschäftigung ausgeübt wird. n. Teilnahme an Wettkämpfen/Rennen, bei denen es zu extremem und waghalsigem Verhalten kommt, einschließlich Laufsportwettkämpfen; o. sämtliche berufliche Tätigkeiten, bei denen Minen, Waffen und/oder Gefahrstoffe verwendet, Bergwerke, Gruben und/oder Ausgrabungsstätten betreten werden bzw. die Abbau- und Fördertätigkeit an Land und im Meer umfassen; p. ferner alles, was nicht ausdrücklich unter den Einzelleistungen aufgeführt ist; q. Epidemien oder Pandemien gemäß Erklärung der Weltgesundheitsorganisation. Die Leistungen werden ferner nicht erbracht in Ländern, die sich im erklärten oder faktischen Kriegszustand
--	---

	befinden. Als solche gelten die Länder, die auf der Website https://www.europassistance.it/paesii-in-stato-di-belligeranza aufgeführt sind, in denen ein Risikograd von 4.0 oder höher herrscht. Ebenso als Land mit erklärtem oder faktischem Kriegszustand, gelten Länder, deren Kriegszustand öffentlich bekannt gegeben worden ist. Die Leistungen werden nicht in jenen Ländern erbracht, in denen zum Zeitpunkt des Schadenfalls ein Kriegszustand herrscht.
Ausschlüsse Reisebeistand Travel Gold	Diese Leistung sieht Ausschlüsse vor. 1. Pannenhilfe am Fahrzeug für Fahrten von und zum Ausgangsort Von dieser Leistung ausgeschlossen sind: - die Ausgaben für Ersatzteile und alle anderen Reparaturkosten; - die Ausgaben für den Einsatz außerordentlicher Fahrzeuge und Maschinen, wenn diese zum Abschleppen des Fahrzeugs benötigt werden; - Abschleppkosten, falls das Fahrzeug auf Fahrten außerhalb des öffentlichen Straßennetzes oder auf gleichwertigen Gebieten (z. B. Geländefahrten) einen Unfall oder eine Panne erfahren hat. 2. Vorzeitige Heimkehr Ausgeschlossen sind Leistungen in Fällen, in denen der Versicherte nicht in der Lage ist, der Organisationsstruktur angemessene Informationen zu den Gründen seiner vorgezogenen Heimkehr zu erteilen. 3. Vorschuss für Noteinkäufe Von dieser Leistung ausgeschlossen sind: - Geldüberweisungen ins Ausland, welche eine Verletzung von einschlägigen Bestimmungen in Italien oder im Aufenthaltsland des Versicherten mit sich bringen würden; - Fälle, in denen der Versicherte in Italien Europ Assistance keine angemessenen Erstattungsgarantien bieten kann. 4. Nachsenden von Ersatzgepäck Von dieser Leistung ausgeschlossen ist: Diese Leistung bei - von der Fluggesellschaft bestätigter - nicht erfolgter Gepäckrückgabe am Flughafen im Ausland wird nicht erbracht, wenn das aus dem Flugticket hervorgehende Rückreisedatum des Versicherten vor dem Ablauf der für die Nachsendung erforderlichen Frist (3 Tage bei Gepäckverlust in Europa, 7 Tage im Rest der Welt) liegt. Ausschlüsse für alle Leistungen Ausgeschlossen sind Schadensfälle durch oder wegen: a. Auto-, Motorrad- oder Motorbootrennen sowie diesbezügliche Probeläufe und Trainings; b. Überschwemmungen, Sturmfluten, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Witterungsereignisse mit Eigenschaft von Naturkatastrophen, Unfälle mit Umwandlung des Atomkerns, Strahlung, die durch künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen erzeugt wird; c. Krieg, Streik, Revolution, Aufstände oder Aufruhr, Unruhen, Plünderung, Vandalismus; d. Vorsatz des Versicherten oder grobe Fahrlässigkeit; e. psychische Krankheiten und Störungen allgemein, einschließlich hirnnorganischen Psychosyndroms, schizophrener und paranoider Störungen, manisch-depressiver Formen und deren Folgen/Komplikationen; f. Erkrankungen, die von einer Schwangerschaft nach der 26. Schwangerschaftswoche und vom Wochenbett abhängig sind; g. chronische Erkrankungen; h. Krankheiten/Unfälle, die bereits bei der Abreise vorhanden sind; i. Organspende und/oder -transplantation, wobei auf jeden Fall jede Reise ausgeschlossen ist, die zum Zwecke von medizinisch-chirurgischen Untersuchungen und/oder Behandlungen unternommen wurde; j. Krankheiten und Unfälle infolge oder aufgrund von Missbrauch von Alkohol, Psychopharmaka, Drogen und Halluzinogenen; k. Selbstmordversuch oder Selbstmord; l. Profisport bzw. nicht auf Amateurebene betriebener Sport (einschl. Wettkämpfe, Testläufe und Training); m. Führen und Benutzen von Flugdrachen und anderen Ultraleichtflugzeugen; Fallschirmspringen; Ballonfahrten; Paragliding und vergleichbare Flugmittel; Flugsport im Allgemeinen; Bobsport; Skeleton; Skiakrobatik; Schanzensprünge mit Skiern oder Wasserskiern; Alpinismus mit Felsklettern oder Gletscherbegehung; Freeclimbing; Kitesurfen; Tauchen mit unabhängigem Tauchgerät; Sport mit Einsatz von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen; Boxen; Ringen in verschiedener Form; Kampfsport im Allgemeinen; Schwerathletik; Rugby; American Football; Höhlenforschung; mutwillige Handlungen. Für den Bobsport, das Kitesurfen und Tauchen mit unabhängigem Tauchgerät ist der oben genannte Ausschluss nicht wirksam, wenn es sich um rein freizeitliche und gelegentliche Aktivitäten handelt. n. Teilnahme an Wettkämpfen/Rennen, bei denen es zu extremem und waghalsigem Verhalten kommt, einschließlich Laufsportwettkämpfen; o. sämtliche berufliche Tätigkeiten, bei denen Minen, Waffen und/oder Gefahrstoffe verwendet, Bergwerke, Gruben und/oder Ausgrabungsstätten betreten werden bzw. die Abbau- und

	Fördertätigkeit an Land und im Meer umfassen; p. ferner alles, was nicht ausdrücklich unter den Einzelleistungen aufgeführt ist; q. Epidemien oder Pandemien gemäß Erklärung der Weltgesundheitsorganisation. Die Leistungen werden ferner nicht erbracht in Ländern, die sich im erklärten oder faktischen Kriegszustand befinden. Als solche gelten die Länder, die auf der Website https://www.europassistance.it/paesii-in-stato-di-belligeranza aufgeführt sind, in denen ein Risikograd von 4.0 oder höher herrscht. Ebenso als Land mit erklärtem oder faktischem Kriegszustand, gelten Länder, deren Kriegszustand öffentlich bekannt gegeben worden ist. Die Leistungen werden nicht in jenen Ländern erbracht, in denen zum Zeitpunkt des Schadenfalls ein Kriegszustand herrscht.
Ausschlüsse Haftpflicht	Ausgenommen sind Schäden: 1) die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder Versicherten verursacht werden; 2) durch Nichteinhaltung von Verpflichtungen, die der Versicherte ausschließlich per Vertrag übernommen hat; 3) an Sachen, die dem Versicherten anvertraut oder zur Verwahrung übergeben worden sind bzw. sich anderweitig in seinem Gewahrsam befinden, sowie an Sachen, die sich im Bereich der Arbeitsausführung befinden (unter Ausnahme derer, die angesichts ihres Gewichts oder Volumens nicht entfernt werden können), an transportierten, geschleppten oder gehobenen Sachen, an Sachen, für welche der Versicherte gemäß Art. 1783, 1784, 1785, 1785-bis, -ter, -quater, -quinqües und 1786 des it. Zivilgesetzbuchs haftet, unbeschadet der Bestimmungen für „Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden“, für „Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden“, für „Sachen, die von Gästen des Hotels, der Pension, des B&B mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden“, für „Schäden an Kleidungsstücken des Kunden (Friseur)“, für „Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien)“; 4) durch Krane, Schwebbahnen, Seilrutschen und ähnliches; 5) durch die Ausübung der Jagd; 6) an Sachen, an denen die Arbeiten durchgeführt werden, an Werken, die direkt Gegenstand von Reparatur- oder Wartungsarbeiten sind, an Werken, die sich in Bau befinden, an Anbauflächen, unbeschadet der Bestimmungen für „Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien) und für „Bei Dritten durchgeführte Arbeiten“; 7) durch Werke und Installationen allgemein nach Abschluss der Arbeiten, durch Reparatur-, Wartungs- und Verlegevorgänge, die nach der Ausführung der Arbeiten oder der Übergabe an Dritte auftreten, unbeschadet der Bestimmungen zur Erweiterung „Baugewährleistungsversicherung für Verlege-, Installations-, Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen“; 8) durch Waren, Produkte und Sachen allgemein nach der Übergabe an Dritte, unbeschadet der Bestimmungen für „Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten“ und für „Schäden aus dem Verkauf von Produkten“; 9) durch Diebstahl, unbeschadet der Bestimmungen für „Diebstahlschäden, die durch die Gerüste von Baufirmen gefördert worden sind“; 10) verursacht und/oder erlitten durch Wasserfahrzeuge und Flugzeuge und/oder ihrem Inhalt und/oder beförderten Personen; verursacht durch Motorfahrzeuge jeglicher Art, Förderwagen und selbstfahrende Arbeitsmaschinen, wenn der Schadensfall in Bereichen aufgetreten ist, die der Regelung des Gesetzes Nr. 990 vom 24.12.1969 unterstehen, vorbehaltlich der Bestimmungen für „Kfz-Haftung im Rahmen der Betriebshaftpflicht“ und „Schäden an Fahrzeugen auf Firmenparkplätzen“; 11) die bei Auf- und Abladevorgängen bzw. während des Wartens an Transportmitteln und darauf geladenen Sachen verursacht werden, unbeschadet der Bestimmungen für „Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden“; 12) die durch den Einsatz von Sprengstoffen an fest installierten Sachen verursacht werden, die sich im Umkreis von 200 m von der Explosionsstelle befinden; 13) die durch Eigentum, Nießbrauch oder Nutzung von Gebäuden und deren fest installierten Anlagen verursacht werden, die nicht mit denen übereinstimmen, in denen die in der Police erklärte Tätigkeit gewöhnlich abgewickelt wird bzw. nicht die Wohnung des Versicherten sind, unbeschadet der Bestimmungen für „Eigentum und Nutzung von Schildern, Werbetafeln und Bannern“; 14) durch die Verwendung von Stoffen, deren Gebrauch gesetzlich verboten ist; 15) die durch Produktion, Verwahrung oder Verwendung von radioaktiven Stoffen oder Geräten für die Teilchenbeschleunigung verursacht werden, ebenso wie Schäden, die in Verbindung mit versicherten Risiken durch die natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms (Kernspaltung und Kernfusion, Teilchenbeschleuniger) hervorgerufen werden; 16) die der Haftung zuzuschreiben sind, welche auf Vorhandensein, Gebrauch, Kontamination, Abbau,

	Handhabung, Bearbeitung, Verkauf, Vertrieb und/oder Lagerung von Asbest und/oder asbesthaltigen Produkten zurückzuführen sind; 17) die auf Aktivitäten im Bereich von Biotechnologie, Gentechnik und von Produkten, die aus Materialien und/oder Substanzen menschlichen Ursprungs und gentechnisch veränderten Organismen (GVO) gewonnen werden, zurückzuführen sind; 18) durch die Abstrahlung von elektromagnetischen Wellen und Feldern; 19) an unterirdischen Rohrleitungen und Anlagen. 20) an Sachen aufgrund von Senkungen, Einbrüchen, Rutschen und Vibrationen des Erdreichs; 21) durch das Auslaufen von Wasser oder das Überquellen der Kanalisation, es sei denn dieses erfolgt aufgrund von zufälligen Rohr- oder Leitungsbrüchen, sowie Schäden, die einzig auf Feuchtigkeit, Tropfleckage und allgemein ungesundes Raumklima zurückzuführen sind; 22) direkt oder indirekt verursacht durch: Krieg, Invasion, Feindseligkeiten (mit oder ohne Kriegserklärung), Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand, Machtusurpation, militärische Besetzung, Beschlagnahme, Verstaatlichung, Requisition, Einziehung, von Behörden angeordnete Zerstörung, Volksaufuhr, Streiks, Aussperrungen, Unruhen; 23) mit Ausnahme der Bestimmungen für die Deckung „Fehler bei der Verarbeitung personenbezogener Daten“, jeder Art, verursacht durch fehlerhafte Aufzeichnung oder Löschung von Daten, mangelnde, fehlerhafte oder unzureichende Funktion von EDV-Systemen und/oder jeder Art von elektronischer Maschine, Anlage, Gerät, Komponente, Firmware, Software und Hardware hinsichtlich des Zeitmanagements (Uhrzeit und Datum) oder infolge des Angriffs oder der Infektion durch Computerviren sowie infolge von Download-, Installations- und/oder Änderungsvorgängen an Programmen, vorausgesetzt dass diese keine Brände, Explosion oder Bersten hervorrufen, sowie Schäden, die auf die Entmagnetisierung, fehlerhafte Aufzeichnung oder Löschung von Daten und versehentliches Verwerfen zurückzuführen sind; 24) verursacht durch jedes Risiko, dessen Standort im Meer liegt und keine Verbindung zum Ufer durch Erddämme oder Landzungen aufweist; 25) verursacht durch Untersee-Pipelines, in denen Fluide für die Energieerzeugung unter Druck befördert werden sowie Unterseekabel allgemein; 26) durch den Einsatz von Motorfahrzeugen, Maschinen oder Anlagen, die von einer nicht normgemäß befähigten Person gefahren oder betätigt werden, unbeschadet der Bestimmungen laut Erweiterung „Haftung des Haushaltsvorstands“; 27) verursacht durch die Ansteckung von Krankheiten durch Tiere; 28) infolge von Verschmutzung der Luft, des Wassers oder des Bodens, Unterbrechung, Versiegun oder Umleitung von Quellen und Wasserläufen, Veränderung oder Versiegun von Grundwasservorkommen, Erzlagerstätten und nutzbaren unterirdischen Vorkommen im Allgemeinen, vorbehaltlich der folgenden Klausel: „Unfallbedingte Umweltverschmutzung“. 29) verursacht am Straßenbelag durch landwirtschaftliche Maschinen mit Raupenketten oder nicht gummierten Rädern; 30) verursacht durch den Einsatz von Phytopharmaka, die ganz oder teils aus Chemikalien bestehen, deren Einsatz vom Gesetz verboten ist, auch wenn er unverschuldet oder unfreiwillig erfolgt; 31) an lebendem oder totem Inventar des Anwesens, mit Ausnahme der Schäden am Inventar Dritter (auch wenn diese dem Versicherten übergeben oder anvertraut worden sind), die durch vollständige oder partielle Baufälligkeit der vorhandenen Immobilien verursacht werden; 32) verursacht durch das Eigentum der in der Police angegebenen Gebäude, es sei denn, es wurde die Deckung Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht erworben; 33) durch die Ausübung geistiger Berufe gemäß Art. 2229 des it. Zivilgesetzbuchs. Außerdem sind weitere Ausschlüsse vorgesehen, unter anderem: • für die Betriebshaftpflicht sind ferner ausgeschlossen: Schäden bei Dritten für Sachverhalte, die nicht auf Aufgaben beruhen, die der Versicherte Personen übertragen hat, für die er zu haften hat; • für die Betriebshaftpflicht des Versicherten für nicht regulär angestellte Arbeitskräfte – sind Arbeits- oder Dienstleistungsverhältnisse ausgeschlossen, bei denen die einschlägigen Gesetze missachtet wurden • für die Betriebshaftpflicht des Versicherten bei der Vergabe von Arbeiten an Nachunternehmer – wird die Leistung unter der Voraussetzung erbracht, dass sich die in Auftrag gegebenen Arbeiten auf die in der Police beschriebenen Tätigkeiten beziehen und insgesamt 20 % des Umsatzes der gesamten Tätigkeit des Versicherten nicht überschreiten und dass sie von einem – dem Vertrag des Auftraggebers entsprechenden – regulären Subvertrag geregelt werden. • Für bei Dritten durchgeführte Arbeiten sind folgende Schäden ausgeschlossen: • an Sachen, an denen die Arbeiten durchgeführt werden, und an Werken, die direkt Gegenstand von Reparatur- oder Wartungsarbeiten sind; • an Sachen, die angesichts ihres geringfügigen Gewichts und Volumens hätten entfernt werden können.
--	---

	• Bei den Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden – sind Schäden an den Fahrzeugen ausgeschlossen, die mit diesen Sachen be- oder entladen wurden. • Bei der Kfz-Haftung im Rahmen der Betriebshaftpflicht - sind Fahrzeuge ausgeschlossen, die Eigentum des Versicherten sind oder im öffentlichen Fahrzeugregister (PRA) auf ihn eingetragen sind bzw. ihm zur Nutzung oder Miete überlassen wurden. Diese Deckung gilt erst nach Inanspruchnahme jeder anderen Deckung oder Garantie, deren Begünstigte der Eigentümer und/oder Fahrer des Schadensverursachenden Kfz ist, insbesondere nach vollständiger Inanspruchnahme des Höchstbetrags der obligatorischen Kfz-Haftpflichtversicherung, welche als Versicherung für das Erstrisiko gilt. • Für Schäden an Fahrzeugen auf Firmenparkplätzen – sind Schäden durch Diebstahl und Brand und die Schäden an Sachen ausgeschlossen, die sich in oder auf diesen Fahrzeugen befinden, wenn die Schäden durch Fahrzeuge mit gesetzlicher Kfz-Haftpflichtversicherung verursacht worden sind. • Für Schäden durch Betriebsunterbrechung – sind Schäden ausgeschlossen, die keine Folge eines gemäß Versicherungsbedingungen entschädigungsfähigen Schadenfalls sind. Für Fehler bei der Verarbeitung personenbezogener Daten – sind Schäden ausgeschlossen, die nicht auf Angriffe auf das Informationssystem zurückzuführen sind, oder solche, die durch andauerndes, absichtliches, rechtswidriges Verhalten des Versicherten verursacht werden. • Für Unfallbedingte Umweltverschmutzung – sind Schäden ausgeschlossen, die auf alterungsbedingte Brüche und fehlende Instandhaltung beruhen. Ausgeschlossen sind Schäden, die auf jeden anderen Grund zurückzuführen sind, der zu: • Verschmutzung von Wasser, Luft und Boden; • Unterbrechung, Versiegen oder Umleitung von Quellen und Wasserläufen; • Beeinträchtigung oder Versiegen von Grundwasser, Erzvorkommen und allgemein nutzbaren Bodenschätzen führt. • Für Eigentum und Nutzung von Schildern, Werbetafeln und Bannern – sind Schäden an den Bauten und Sachen ausgeschlossen, an denen die Schilder, Plakate und Banner angebracht sind, sowie Schäden aufgrund deren Installation. • Für Besitz und Gebrauch von Waffen durch den Unternehmensinhaber – ist die Jagd ausgeschlossen. Ferner ist alles ausgeschlossen, was nicht ausschließlich die Selbstverteidigung betrifft. • Für Berufskrankheiten – ist die Leistung nicht wirksam, wenn die Krankheiten nicht während des Versicherungszeitraums aufgetreten sind und nicht auf fahrlässigen Handlungen beruhen, die zum ersten Mal während des Versicherungszeitraums begangen wurden und aufgetreten sind. Die Erweiterung gilt nicht: 1) für die angestellten Arbeitsleistenden, bei denen ein Rückfall einer bereits in der Vergangenheit entschädigten oder entschädigungsfähigen Berufskrankheit aufgetreten ist; 2) für Berufskrankheiten infolge von: • absichtlicher Missachtung der gesetzlichen Vorschriften durch die gesetzlichen Vertreter des Unternehmens; • absichtlich unterlassener Schadensverhütung aufgrund unterlassener Reparaturen oder Nachrüstungen von Vorrichtungen, die zur Vorbeugung oder Begrenzung von gesundheitsschädlichen Faktoren bestimmt sind, seitens der gesetzlichen Vertreter des Unternehmens; Dieser Ausschluss tritt außer Kraft für Schäden, die auftreten, nachdem Vorkehrungen zur Behebung der Situation getroffen worden sind, die als verhältnismäßig für die vorliegenden Umstände eingeschätzt werden können. 3) für Berufskrankheiten, die später als sechs Monate nach Ablaufdatum der Versicherung oder Enddatum des Arbeitsverhältnisses auftreten; 4) für Asbestose, Silikose und AIDS. Im Rahmen der Betriebshaftpflicht sind auch ausgeschlossen: Für die Landwirtschaftsbranche (einschließlich Ferien auf dem Bauernhof) – 1) Schäden, die nicht innerhalb von einem Jahr nach dem Verkauf oder der Abgabe bzw. während des Gültigkeitszeitraums dieses Vertrags auftreten, sowie Schäden durch ursprüngliche Produktmängel unter Ausnahme von Lebensmittelprodukten aus der eigenen Erzeugung. 2) Für von Kunden des Agrotourismus-Betriebs mitgebrachte und/oder übergebene Sachen sind ausgeschlossen Schäden: durch Brand bzw. Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten sowie durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge; an Sachen, die in Land- oder Wasserfahrzeugen enthalten sind; an Wertsachen, Schmuck und Wertgegenständen, die dem Hotelbetreiber nicht übergeben wurden, es sei denn, sie werden in Wandsafes aufbewahrt, die den Kunden in den Zimmern zur Verfügung gestellt werden und sofern die Entwendung mit nachgewiesenem Aufbruch des Safes erfolgt
--	--

ist. 3) für das Eigentum und den Betrieb von Sportanlagen und -ausrüstung, Schwimmbädern und zusätzlichen Dienstleistungen des Ferienbetriebs sind Schäden ausgeschlossen, die von Gästen beim Reiten oder Führen von Tieren erlitten werden. Ausgeschlossen sind Schäden, die durch Brand bzw. Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht werden, sowie Schäden durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge. 4) Für die Haftpflicht des Familienoberhauptes sind Fahrräder mit elektrischem Antrieb ausgeschlossen. Ausgeschlossen sind außerdem Schäden: infolge des Eigentums von Satteltieren; die bei der Durchführung von Sportwettkämpfen und Trainingseinheiten entstehen, wenn diese nicht als Amateursport ausgeübt werden oder die den Einsatz von Motorfahrzeugen vorsehen; die beim Fallschirmspringen, Paragliding oder Luftsport im Allgemeinen entstehen; infolge von Verstößen gegen Verträge oder Steuergesetze; gegenüber rechtswidrig beschäftigten Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter); die durch rechtswidrig beschäftigte Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter) verursacht wurden; infolge der selbstständigen Ausführung außerordentlicher Instandhaltungsarbeiten. 5) durch Landwirtschaftsmaschinen, die nicht für landwirtschaftliche Arbeiten im eigenen Namen oder im Namen Dritter verwendet werden; 6) durch die Viehzucht industrieller Art und die Risiken durch den Verkehr der Motorfahrzeuge in Verbindung mit der Tätigkeit der Viehzucht.

Für den **Bereich Industrie und Handwerk** – 1) ist die Installation, Instandhaltung und Reparatur von Personen- und Lastaufzügen, Rolltreppen u. ä. ausgeschlossen. Ausgeschlossen sind Schäden: an den installierten, reparierten oder instandgehaltenen Anlagen, Ausrüstungen oder Sachen sowie alle Kosten im Zusammenhang mit ihrem Ersatz oder ihrer Instandhaltung; durch Nichteignung oder Nichtentsprechung des für die Anlagen bestimmten Verwendungszweckes oder aufgrund von ursprünglichen Produktmängeln oder -defekten, unabhängig von ihrem Hersteller; durch nicht erfolgte oder verspätete Instandhaltungsmaßnahmen; durch Unterbrechung oder Einstellung der Tätigkeit; durch Straßenarbeiten; die an gekühlten Waren aufgrund nicht erfolgter oder mangelhafter Instandhaltung, Nichtnutzung oder Ausfall der Kühlanlagen entstanden sind.

Für die **Handelsbranche** - 1) sind Schäden ausgeschlossen: zu Lasten Dritter durch ursprüngliche Produktmängel, unter Ausnahme von Lebensmittelprodukten aus der eigenen Erzeugung und von selbst erzeugten Artikeln, die in Apotheken und Drogerien abgegeben oder verkauft werden (beispielsweise gehören dazu - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - galenische und homöopathische Produkte, Kosmetika sowie Produkte aus Kräutern und Heilpflanzen); an den Produkten selbst, die Kosten für deren Reparatur oder Ersatz und die Schäden infolge von Nichtnutzung oder mangelnder Verfügbarkeit.

Für die **Branche Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe**- 1) Schäden, die nicht innerhalb eines Jahres ab Verkauf oder Abgabe bzw. während der Laufzeit dieses Vertrags auftreten, sowie Schäden durch ursprüngliche Produktmängel unter Ausnahme von Lebensmittelprodukten aus der eigenen Erzeugung; 2) ausgeschlossen sind Schäden: die durch Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht wurden, sowie Schäden durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge; an Sachen, die in Land- oder Wasserfahrzeugen enthalten sind; an Wertsachen, Schmuck und Wertgegenständen, die dem Hotelbetreiber nicht zur Aufbewahrung anvertraut wurden, es sei denn, sie wurden in Wandsafes aufbewahrt, die den Kunden in den Zimmern zur Verfügung gestellt werden und sofern die Entwendung nachweislich durch Aufbrechen des Safes erfolgt ist; 3) von Kunden beim Reiten oder Führen von Tieren erlittene Schäden und Schäden, die durch Brand bzw. Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht wurden, sowie durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge. 4) durch den Besitz von Reittieren verursachte Schäden; die bei der Durchführung von Sportwettkämpfen und Training entstehen, wenn diese nicht als Amateursport ausgeübt werden oder den Einsatz von Motorfahrzeugen vorsehen; die beim Fallschirmspringen, Paragliding oder Luftsport im Allgemeinen entstehen; infolge von Verstößen gegen Verträge oder Steuergesetze; gegenüber rechtswidrig beschäftigten Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter); die durch rechtswidrig beschäftigte Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter) verursacht wurden; infolge der selbstständigen Ausführung außerordentlicher Wartungsarbeiten.

Nicht als **Dritte** gelten: die Ehegatten untereinander, die Eltern des Versicherten, die Eltern des Ehegatten, die Kinder des Versicherten, Lebensgefährten oder eingetragene Lebenspartner, Personen, die im Familienstand des Versicherten eingetragen sind, sowie alle anderen mit ihm zusammenlebenden Verwandten oder Verschwägerten; Personen, die in einem Beschäftigungs- oder Lohnverhältnis zum Versicherten stehen und den Schaden bei ihrer Arbeit oder Dienstleistung erfahren. Als Dritte gelten jedoch für erlittene körperliche Schäden die Beschäftigten, die keine Versicherungspflicht bei der Unfallversicherung INAIL haben, vorausgesetzt dass sie nicht an Arbeiten teilnehmen, für welche diese Versicherung obligatorisch ist. Die folgenden Personen werden ebenfalls nicht als Dritte eingestuft: Personen die, unabhängig von ihrer Beziehung zum Versicherten, Schäden durch die gelegentliche Ausführung von Arbeiten erleiden, die Gegenstand der Tätigkeit sind, auf die sich die Leistung bezieht, mit Ausnahme der von Nachunternehmern und ihren Beschäftigten erlittenen

	körperlichen Schäden, falls der Anteil der vom Versicherten abgegebenen Arbeiten nicht 30 % des Gesamtwerts der ihm anvertrauten Arbeiten überschreitet; wenn der Versicherte keine natürliche Person ist: die Geschäftsführer, die gesetzlichen Vertreter und die unbeschränkt haftenden Gesellschafter; die Gesellschaften oder Körperschaften, die gemäß Art. 2359 ital. ZGB gegenüber dem Versicherten als herrschend, beherrscht und verbunden eingestuft werden können.
Ausschlüsse Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht	Ausgenommen sind Schäden: 1) die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder Versicherten verursacht werden; 2) durch Nichteinhaltung von Verpflichtungen, die der Versicherte ausschließlich per Vertrag übernommen hat; 3) an Sachen, die dem Versicherten anvertraut oder zur Verwahrung übergeben worden sind bzw. sich anderweitig in seinem Gewahrsam befinden, sowie an Sachen, die sich im Bereich der Arbeitsausführung befinden (unter Ausnahme derer, die angesichts ihres Gewichts oder Volumens nicht entfernt werden können), an transportierten, geschleppten oder gehobenen Sachen, an Sachen, für welche der Versicherte gemäß Art. 1783, 1784, 1785, 1785-bis, -ter, -quater, -quinqües und 1786 des it. Zivilgesetzbuchs haftet, unbeschadet der Bestimmungen für „Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden“, für „Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden“, für „Sachen, die von Gästen des Hotels, der Pension, des B&B mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden“, für „Schäden an Kleidungsstücken des Kunden (Friseure)“, für „Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien)“; 4) durch Krane, Schwebbahnen, Seilrutschen und ähnliches; 5) durch die Ausübung der Jagd; 6) an Sachen, an denen die Arbeiten durchgeführt werden, an Werken, die direkt Gegenstand von Reparatur- oder Wartungsarbeiten sind, an Werken, die sich in Bau befinden, an Anbauflächen, unbeschadet der Bestimmungen für „Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien) und für „Bei Dritten durchgeführte Arbeiten“; 7) durch Werke und Installationen allgemein nach Abschluss der Arbeiten, durch Reparatur-, Wartungs- und Verlegevorgänge, die nach der Ausführung der Arbeiten oder der Übergabe an Dritte auftreten, unbeschadet der Bestimmungen zur Erweiterung „Baugewährleistungsversicherung für Verlege-, Installations-, Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen“; 8) durch Waren, Produkte und Sachen allgemein nach der Übergabe an Dritte, unbeschadet der Bestimmungen für „Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten“ und für „Schäden aus dem Verkauf von Produkten“; 9) durch Diebstahl, unbeschadet der Bestimmungen für „Diebstahlschäden, die durch die Gerüste von Baufirmen gefördert worden sind“; 10) verursacht und/oder erlitten durch Wasserfahrzeuge und Flugzeuge und/oder ihrem Inhalt und/oder beförderten Personen; verursacht durch Motorfahrzeuge jeglicher Art, Förderwagen und selbstfahrende Arbeitsmaschinen, wenn der Schadensfall in Bereichen aufgetreten ist, die der

	Regelung des Gesetzes Nr. 990 vom 24.12.1969 unterstehen, vorbehaltlich der Bestimmungen für „Kfz-Haftung im Rahmen der Betriebshaftpflicht“ und „Schäden an Fahrzeugen auf Firmenparkplätzen“; 11) die bei Auf- und Abladevorgängen bzw. während des Wartens an Transportmitteln und darauf geladenen Sachen verursacht werden, unbeschadet der Bestimmungen für „Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden“; 12) die durch den Einsatz von Sprengstoffen an fest installierten Sachen verursacht werden, die sich im Umkreis von 200 m von der Explosionsstelle befinden; 13) die durch Eigentum, Nießbrauch oder Nutzung von Gebäuden und deren fest installierten Anlagen verursacht werden, die nicht mit denen übereinstimmen, in denen die in der Police erklärte Tätigkeit gewöhnlich abgewickelt wird bzw. nicht die Wohnung des Versicherten sind, unbeschadet der Bestimmungen für „Eigentum und Nutzung von Schildern, Werbetafeln und Bannern“; 14) durch die Verwendung von Stoffen, deren Gebrauch gesetzlich verboten ist; 15) die durch Produktion, Verwahrung oder Verwendung von radioaktiven Stoffen oder Geräten für die Teilchenbeschleunigung verursacht werden, ebenso wie Schäden, die in Verbindung mit versicherten Risiken durch die natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms (Kernspaltung und Kernfusion, Teilchenbeschleuniger) hervorgerufen werden; 16) die der Haftung zuzuschreiben sind, welche auf Vorhandensein, Gebrauch, Kontamination, Abbau, Handhabung, Bearbeitung, Verkauf, Vertrieb und/oder Lagerung von Asbest und/oder asbesthaltigen Produkten zurückzuführen sind; 17) die auf Aktivitäten im Bereich von Biotechnologie, Gentechnik und von Produkten, die aus Materialien und/oder Substanzen menschlichen Ursprungs und gentechnisch veränderten Organismen (GVO) gewonnen werden, zurückzuführen sind; 18) durch die Abstrahlung von elektromagnetischen Wellen und Feldern; 19) an unterirdischen Rohrleitungen und Anlagen. 20) an Sachen aufgrund von Senkungen, Einbrüchen, Rutschen und Vibrationen des Erdreichs; 21) durch das Auslaufen von Wasser oder das Überquellen der Kanalisation, es sei denn dieses erfolgt aufgrund von zufälligen Rohr- oder Leitungsbrüchen, sowie Schäden, die einzig auf Feuchtigkeit zurückzuführen sind.
Ausschlüsse Rechtsschutz	1. Wird der Versicherte in einen Rechtsstreit verwickelt, übernimmt der Versicherer folgende Ausgaben nicht: 2. Vergütung des Anwalts auf Grundlage einer Vereinbarung über die Beteiligung am Prozessgewinn 3. Anwaltshonorare für Strafanträge und Anzeigen, wenn in deren Folge kein Strafverfahren gegen die andere Partei eingeleitet wird 4. Honorare des als Zustellungsempfänger beauftragten Anwalts, wenn dieser nicht von ARAG benannt wurde 5. Ausgaben für Reisekostenvergütung 6. Kosten der Zwangsvollstreckung über den zweiten Fall pro Schadensfall hinaus 7. Kosten der Schlichtungsstelle bei nicht obligatorischer Schlichtung 8. Steuern, Abgaben und andere Lasten, die nicht zu den Gerichtskosten gehören 9. Strafen, Bußgelder, Geldstrafen allgemein 10. etwaige Kostenerstattungen, die zu Gunsten der in Strafverfahren gegen den Versicherten angetretenen Nebenkläger verfügt werden 11. nicht mit ARAG vereinbarte Ausgaben 12. im Falle der Wahl einer Zustellungsanschrift, jede Verdoppelung von Honoraren 13. Der Versicherer übernimmt ferner nicht: 14. bei Vorsatzdelikten: die getragenen Ausgaben, wenn die Straftat aus anderen Gründen als Freispruch, Zurückstufung von vorsätzlich auf fahrlässig oder Einstellung aufgrund von Gegenstandslosigkeit oder mangels strafbaren Tatbestandes getilgt wird. 15. bei Fahrlässigkeits- und Vorsatzdelikten: die für die Freigabe beschlagnahmter Güter zum Zwecke der Fortsetzung der versicherten Tätigkeit getragenen Ausgaben. 16. bei Rechtsstreiten mit Lieferanten: Ausgaben bei Streitwert unter € 500 oder über € 30.000. 17. bei arbeitsrechtlichen Streitigkeiten: Ausgaben für arbeitsrechtliche Streitigkeiten mit Beschäftigten, die nicht im Beschäftigtenverzeichnis des Versicherungsnehmers eingetragen sind. 18. bei der Extradeckung Ausgaben für die Abwehr im Falle außervertraglicher Schäden, auf

	Erstisrisiko: 19. die getragenen Kosten, wenn die Haftpflichtversicherung den Schaden deckt, jedoch nicht die Rechtskosten der Abwehr der Schadenersatzforderung; 20. die getragenen Ausgaben, wenn der Schadensfall erst nach Ablauf der Verjährungsfrist beim Haftpflichtversicherer gemeldet wurde; 21. die Ausgaben für die Beweissicherung, die zeitlich vor dem Eingreifen des Haftpflichtversicherers erfolgt; 22. die getragenen Ausgaben, wenn keine Feststellung des Bestehens der Schadensfalldeckung durch den Haftpflichtversicherer vorliegt. 23. Falls im Vertrag nicht anders festgelegt, gelten die Deckungen nicht für Schadensfälle im Bereich: 24. Familien-, Erb- oder Schenkungsrecht; 25. Steuer- oder Verwaltungsrecht; 26. Umstände infolge von sozialen Unruhen, Aufständen, kriegesischen Ereignissen, terroristischen Anschlägen, Vandalismus, Erdbeben, Streik, Aussperrung, Verwahrung oder Verwendung radioaktiver Substanzen; 27. Aktivitäten in Verbindung mit dem Nuklearsektor, mit Nuklear- oder genetischen Schäden, die vom Versicherten verursacht wurden, mit Ausnahme von Rechtsstreitigkeiten infolge von ärztlichen Behandlungen; 28. Umstände infolge von Naturereignissen, die zu Naturkatastrophen erklärt werden bzw. die Ausrufung des Notstands bewirken; 29. Patent-, Marken-, Urheber- und Exklusivrecht sowie Rechtsansprüche bei Auktionsbetrug, unlauterem Wettbewerb oder Verletzung des Kartellverbots; 30. Kauf/Verkauf von Gesellschaftsanteilen oder Rechtsstreitigkeiten zwischen Geschäftsführern und/oder Gesellschaftern bzw. zwischen letzteren und dem Versicherungsnehmer; 31. Eigentum oder Führen von Kraftfahrzeugen, Booten, Flugzeugen oder Fahrzeugen, die auf Schienen oder an Metallseilen fahren; 32. vorsätzliche Handlungen der versicherten Personen; 33. nicht zufällige Umstände, die Umweltverschmutzung nach sich gezogen haben; 34. Fusion, Änderung oder Umwandlung von Gesellschaften; 35. Dienstleistungen oder Lieferungen von Gütern, die vom Vertragsnehmer in Ausübung seiner Betriebstätigkeit vorgenommen worden sind; 36. Kauf/Verkauf oder Tausch von Immobilien; 37. Wiederherstellung oder erhaltende Sanierungsmaßnahmen, Renovierung oder Neubau von Gebäuden, einschließlich damit verbundener Lieferaufträge oder Einbau von Materialien oder Anlagen; dieser Ausschluss ist nicht wirksam, wenn der Versicherungsnehmer im Bausektor tätig ist; 38. Vermietung oder Abtretung des Unternehmens, eines Unternehmenszweigs oder Immobilien-Leasingverträge; 39. Herstellung oder Vertrieb von Sprengstoffen oder Herstellung von Waffen oder militärischer Ausrüstung; 40. Tätigkeiten von Industriebetrieben, die auf die Abfallbehandlung oder -entsorgung spezialisiert sind; 41. Rechtsstreitigkeiten zwischen Leiharbeitsunternehmen und den bei Dritten beschäftigten Leiharbeitskräften; 42. Aktivitäten von Genossenschaften oder Verbraucherverbänden; 43. Ausübung des Arztberufs, medizinischer oder pflegerischer Tätigkeiten; 44. Agentur-, Vertretungs- und Beauftragungsverträge; 45. Streitigkeiten mit der Gesellschaft oder der Bank, welche die Dachgesellschaft der ersteren ist; 46. Teilnahme an Sammelklagen (Class Action); 47. strafrechtliche Verteidigung wegen Kindesmisshandlung; 48. Schuldeneintreibung; 49. Streitigkeiten über die Zahlung von Mieten und damit verbundene Kosten; 50. Streitigkeiten vertraglicher Art des Versicherten, welche die Zahlung des Preises von Gütern oder Dienstleistungen zum Gegenstand haben; 51. wenn die Möglichkeit eines Falls von Berufshaftpflicht des beauftragten Rechtsbeistands besteht; 52. bezüglich oder in Verbindung mit nicht vom Versicherten belegten oder nicht in der Police aufgeführten Immobilien;
--	---

	53. bezüglich vom Versicherten, ggf. auch ehrenamtlich, bekleideten Gesellschaftsämtern bei öffentlichen oder privaten Körperschaften; 54. die nicht ausdrücklich unter Art. 71 - „Garantierte Leistungen und Höchstbeträge“ genannt sind; 55. die auf Massenentlassungen oder Verfahren zur Inanspruchnahme der Lohnausgleichskasse zurückzuführen sind; 56. bezüglich der Ausübung der unter Art. 2229 des it. Zivilgesetzbuchs definierten geistigen Berufe.
Ausschlüsse Schutz von POS-Einnahmen	Ausgenommen sind Schäden: a) durch Diebstahl, Raub, Erpressung, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art, die bei Ereignissen aufgetreten sind, für welche die Versicherung gilt; b) die bei Kriegshandlungen, Aufständen, Volksaufbruch, Streiks, Unruhen, militärischer Besetzung, Invasion, aufgetreten sind, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann belegen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung mit diesen Ereignissen stand, sowie unbeschadet der Regelungen für „Gesellschaftspolitische und vorsätzliche Ereignisse“ c) die bei einer Explosion oder der Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns erzeugt wird, ebenso wie bei Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen hervorgerufen wird, auftreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann beweisen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung zu diesen Ereignissen stand; d) die durch Erdbeben, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, Hochwasser, Tsunamis und Sturmfluten, Erdbeben und Überflutungen verursacht werden; e) an der Maschine oder Anlage, an der es zu Bersten oder Implosion gekommen ist, wenn das Ereignis durch Verschleiß, Korrosion oder Materialdefekte verursacht wurde; f) die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern, Geschäftsführern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung verursacht werden; g) Schäden am Inhalt von Öfen, Muffen, Geräten in Brennelementen oder Röstereien durch die Direkteinwirkung der Flamme oder die Hitze der Feuerstätte; h) Schäden, die durch Frost verursacht werden; i) durch Vergiftung des Viehs; j) durch Einbrechen, Erdbeben oder Abgleiten des Erdbodens; k) durch Verschleiß, Abnutzung, Korrosion und Oxidation, welche die natürliche Folge des Gebrauchs oder Betriebs sind oder die durch das beständige Einwirken der Witterung verursacht werden; l) für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller, Verkäufer oder Vermieter der Geräte und Maschinen zu haften hat; m) die infolge von Ein- und Ausbauvorgängen auftreten, die nicht in Verbindung mit Reinigungs-, Wartungs- oder Überholungsmaßnahmen stehen, sowie Schäden, die bei Transport und Beförderung sowie den damit verbundenen Auf- und Abladevorgängen außerhalb des für die beweglichen Sachen angegebenen Standorts und außerhalb des ursprünglichen Installationsorts der festen Sachen auftreten; n) aufgrund der Nichtbeachtung der vom Hersteller oder Lieferanten der Geräte und Maschinen erteilten Wartungs- und Betriebsvorschriften; o) infolge des Tragens der Kosten für: • Durchführung der vorbeugenden Wartung; • Durchführung von Kontrollen der Funktionstüchtigkeit; • Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten; p) ästhetischer Art, die nicht in Verbindung mit den entschädigungsfähigen Schäden stehen; q) die Defekten zuzuschreiben sind, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten beim Abschluss der Police bekannt sind; r) an austauschbaren oder für bestimmte Bearbeitungen aufsetzbaren Utensilien oder Zubehöerteilen, an Formen, Matrizen, Gesenken, Schleifscheiben, Förderbändern, Seilen, Bändern, Riemen, Ketten, Reifen, Dichtungen, Filzbelägen, Verkleidungen, feuerfesten Belägen, Katalysatoren, Filtern, Fluiden allgemein mit Ausnahme des Öls von Transformatoren und Schaltern; s) bezüglich der elektronischen Komponenten von elektrischen oder mechanischen Geräten und Anlagen, die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen auftreten und deren Beseitigung zu den Leistungen gehört, die normalerweise von Wartungs- und technischen Kundendienstverträgen erfasst werden; t) durch Verlust, Beeinträchtigung oder Zerstörung von Daten, Verschlüsselungsprogrammen oder Software; u) durch mangelnde Verfügbarkeit von Daten und Funktionsstörungen von Hardware oder Software; v) an Kraftfahrzeugen; w) durch Betriebsunterbrechung von Anlagen oder Maschinen infolge von:

	- Nutzung von Internet oder Intranet (Verwendung von Internetadressen, Websites oder Intranet sowie jeglichem Betrieb oder Betriebsstörungen von Internet und/oder den Verbindungen zu Internetadressen, Websites oder Intranet); - elektronischer Übertragung von Daten oder anderen Informationen; - Computerviren oder ähnlichen Softwares (z.B. Trojaner, Computerwürmer usw.); - ggf. auch unbeabsichtigter Verletzung von geistigen Eigentumsrechten (z.B. Marken-, Urheber-, Patentrecht); - infolge der Verletzung des Gesetzes Nr. 675/96 in seiner geltenden Fassung; x) an folgenden Geräten: - Geräten für den häuslichen Gebrauch; - elektromedizinischen Geräten; - an Photovoltaikanlagen; y) ebenfalls ausgeschlossen sind Schäden, Defekte oder Funktionsstörungen sowie Schäden an elektronischen Modulen und Komponenten der versicherten Anlagen und Geräte (einschließlich der Kosten für die Fehlersuche und -erkennung). z) die während der Garantiefrist der Hersteller- und/oder Lieferantenfirma aufgetreten sind und/oder deren Beseitigung normalerweise in den Verträgen über technische Hilfe vorgesehen ist, d. h.: - Kontrollen der Funktionstüchtigkeit; - vorbeugende Wartung; - Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten; - Beseitigung von Schäden und Störungen (Ersatzteile und Lohnkosten); die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen aufgetreten sind. Außerdem sind weitere Ausschlüsse vorgesehen, unter anderem: • Rauch – ausgeschlossen sind Schäden, die auf Verschleiß, Korrosion, Materialfehler oder mangelnder Instandhaltung beruhen. • Elektrische Störfälle – ausgeschlossen sind Schäden: durch Verschleiß oder mangelnde Instandhaltung; durch nicht mit Instandhaltungs- und Überholungsarbeiten in Verbindung stehende Auf- und Abbauarbeiten; die während Abnahmen und Prüfungen aufgetreten sind; durch Mängel, die dem Versicherten oder dem Versicherungsnehmer bei Unterzeichnung der Police bekannt waren, sowie Mängel, für die laut Gesetz oder Vertrag der Hersteller oder Lieferant haftet; an elektrischen Lampen, Leuchtschildern, Vakuumröhren und Sicherungen; an elektrischen Wandlern und Stromgeneratoren, die sich im Freien und außerhalb des Gebäudes befinden. • Witterungsereignisse – ausgeschlossen sind Schäden: durch Verstopfung oder Überlaufen von Regenrinnen und Fallrohren mit und ohne deren Bruch; Ausuferung von natürlichen oder künstlichen Wasserläufen und stehenden Gewässern; Sturmflut und Eindringen von Meerwasser; Bildung von Bächen, externen Wasseransammlungen, Bruch oder Überlauf der Abwassersysteme; Frost, übermäßige Schneelast, unbeschadet der Bestimmungen für übermäßige Schneelast; Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzen und Eindringen; Einbrechen, Erdbeben oder Abgleiten des Erdbodens. • Hagel auf zerbrechlichen Elementen – ausgeschlossen sind Schäden an Gewächshäusern und ihrem Inhalt. • Austreten von Leitungswasser - ausgeschlossen sind Schäden: durch Feuchtigkeit, Tropfleckage, Überlaufen oder Rückfluss der Kanalisation oder anderer Leitungen, Frost, Bruch automatischer Löschanlagen; an Waren, die in weniger als 12 cm Höhe vom Boden gelagert sind; aufgrund von Überlaufen, Rückfluss oder Bruch der Kanalisation; durch Verschleiß, Korrosion, Materialfehler oder Instandhaltungsmängel. • Waren in Kühlanlagen – ausgeschlossen sind Schäden: für die der Lieferant wegen Konstruktions- oder Installationsfehlern haften muss; aufgrund falscher Bedienung und unzureichender Leistung der Anlagen; an den Waren auf Fahrzeugen. • Gesellschaftspolitische und vorsätzliche Ereignisse - ausgeschlossen sind Schäden: die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung verursacht werden; durch Überschwemmungen oder Erdbeben; durch Raub, Erpressung, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art; durch elektrische Störfälle an elektrischen oder elektronischen Maschinen und Anlagen, Geräten und Schaltungen; die von gekühlten Waren durch Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden; die durch die Unterbrechung von Verarbeitungsprozessen, Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung von Energie, durch Beeinträchtigungen von Produkten infolge der Arbeitsunterbrechung, durch Beeinträchtigung oder Ausfall von Kontrollen oder Bedienvorgängen verursacht werden; die infolge von Beschlagnahme, Einziehung oder Requisition der versicherten Einheiten auf Anordnung durch jedwede - rechtmäßige oder faktische - behördliche Instanz bzw. im Falle von Aussperrungen
--	---

	aufgetreten sind; durch Beschmieren; an Gewächshäusern und deren Bestand. • Ferner sind Kosten oder Ausgaben ausgeschlossen, die direkt oder indirekt auf nukleare, biologische oder chemische Kontamination zurückzuführen sind. • Brüche aus zufälligen Gründen von Platten und Schildern – ausgeschlossen sind Schäden: anlässlich einer Reparatur und/oder Entfernung von Platten und Schildern; Umzugsarbeiten; durch Instandsetzungs- oder Renovierungsarbeiten der Räume; an Platten und Schildern, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Deckung nicht unversehrt und frei von Mängeln waren; an Oberlichtern oder Platten und Schildern mit künstlerischem Wert; an Leuchtschildern infolge von Überhitzung oder Kurzschluss. • Verschütten von Flüssigkeiten – ausgeschlossen sind Schäden: durch oder infolge des fehlerhaften Verschlusses oder der Öffnung von Ventilen und/oder Hähnen; aufgrund mangelnder Dichtigkeit der Behälter; durch das Auslaufen aus Behältern mit weniger als 300 Litern Fassungsvermögen; an anderen Einrichtungen durch das Auslaufen der Flüssigkeit; • Schäden an, ausschließlich für die versicherten Sachen bestimmten, externen Leitungen - nicht entschädigungsfähig sind Schäden an den Zubehöerteilen der versicherten Leitungen, die nicht vom Strom durchflossen werden.
Ausschlüsse BRAND Gebäudebrand / Mieterhaftpflicht / Brand von Hausrat/Bestand	Ausgenommen sind Schäden: a) in Zusammenhang mit Kriegshandlungen, Aufständen, Volksunruhen, Streiks, Unruhen, militärischer Besetzung oder Invasion; b) durch Explosion oder Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns verursacht wird, ebenso wie durch Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen hervorgerufen wird; c) durch Erdbeben, Vulkanausbruch, Überschwemmung, Hochwasser, Tsunamis und Sturmfluten; d) durch Verlust oder Diebstahl von versicherten Sachen, die bei Ereignissen aufgetreten sind, für welche die Versicherung gilt; e) an Maschinen oder Anlagen, an der ein Bersten oder eine Implosion stattgefunden hat, falls das Ereignis durch Verschleiß, Korrosion oder Materialfehler bedingt ist; f) indirekte Schäden, wie Änderungen am Bauwerk, Ausfall der Vermietung, Nutzung, gewerblicher oder industrieller Einkünfte, Arbeitsunterbrechungen oder jede Art von Schaden, der keine materiellen Aspekte der versicherten Sachen betrifft, vorbehaltlich der Bestimmungen für indirekte Schäden (Betriebsunterbrechung); g) die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern, Geschäftsführern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung verursacht werden; h) Schäden am Inhalt von Öfen, Muffen, Geräten in Brennereien oder Röstereien durch die Direkteinwirkung der Flamme oder die Hitze der Feuerstätte; i) Schäden, die durch Frost verursacht werden; j) durch Vergiftung des Viehs; k) Schäden durch Einbrechen, Erdbeben oder Abgleiten des Erdbodens. Außerdem sind weitere Ausschlüsse vorgesehen, unter anderem: • Elektrische Störfälle – ausgeschlossen sind Schäden: durch Verschleiß oder mangelnde Instandhaltung; durch nicht mit Instandhaltungs- und Überholungsarbeiten in Verbindung stehende Auf- und Abbauarbeiten; die während Abnahmen und Prüfungen aufgetreten sind; durch Mängel, die dem Versicherten oder dem Versicherungsnehmer bei Unterzeichnung der Police bekannt waren, sowie Mängel, für die laut Gesetz oder Vertrag der Hersteller oder • Lieferant haftet; an elektrischen Lampen, Leuchtschildern, Vakuumröhren und Sicherungen; an elektrischen Wandlern und Stromgeneratoren, die sich im Freien und außerhalb des Gebäudes befinden. • Witterungsereignisse – ausgeschlossen sind Schäden: durch Verstopfung oder Überlaufen von Regenrinnen und Fallrohren mit und ohne deren Bruch; Ausuferung von natürlichen oder künstlichen Wasserläufen und stehenden Gewässern; Sturmflut und Eindringen von Meerwasser; Bildung von Bächen, externen Wasseransammlungen, Bruch oder Überlauf der Abwassersysteme; Frost, übermäßige Schneelast, unbeschadet der Bestimmungen für übermäßige Schneelast; Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzen und Eindringen; Einbrechen, Erdbeben oder Abgleiten des Erdbodens. Ausgeschlossen sind Schäden an: Bäumen, Büschen, Blumenpflanzungen und landwirtschaftlichen Kulturen im Allgemeinen; Zäunen, Toren, Kränen, Luftpumpen, Schornsteinen und Kaminen, Schildern, Antennen; Photovoltaik- und/oder Solarthermieanlagen und ähnlichen externen Installationen; Einrichtungen im Freien, mit Ausnahme von Tanks und ihrer Art und Bestimmung nach festen Anlagen; Gebäude oder auf einer oder mehreren Seiten offene Überdachungen oder mit nicht vollständiger Deckung bzw. unvollständigen Fenstern und Türen (auch wenn dieser Zustand auf vorübergehende Instandsetzungsarbeiten ggf. infolge eines

	Schadensfalls zurückzuführen ist), Traglufthallen, Seilnetzkonstruktionen, Zeltbauten u. ä., Holz- oder Kunststoffbaracken und deren Inhalt; Türen und Fenstern, Glaswänden und Oberlichtern im Allgemeinen, außer infolge von Brüchen und Beschädigungen des Daches oder der Wände; Platten aus Faser- oder Asbestbeton und Kunststoffbauteilen durch Einwirkung von Hagel, unbeschadet der Bestimmungen für „Hagel auf zerbrechlichen Elementen“; Gewächshäusern und ihrem Inhalt, unbeschadet der Bestimmungen für „Schäden an Gewächshäusern durch Witterungsereignisse“; Markisen und Sonnenschutz; Getreide am Halm, Pflanzen und Kulturen. • Hagel auf zerbrechlichen Elementen – ausgeschlossen sind Schäden an Gewächshäusern und ihrem Inhalt, vorbehaltlich der Bestimmungen für „Schäden an Gewächshäusern durch Witterungsereignisse“. • Übermäßige Schneelast - ausgeschlossen sind Schäden an Gebäuden, die nicht den zum Zeitpunkt des Baus bzw. einer späteren Renovierung des Dachtragwerks geltenden Normen bezüglich der übermäßigen Schneelast entsprechen, sowie an deren Hausrat/Bestand; an Gebäuden, die sich in Bau oder Renovierung befinden (es sei denn letztere hat keinerlei Einfluss auf diese Deckung), und an deren Hausrat/Bestand; an Gewächshäusern, Traglufthallen, Seilnetzkonstruktionen und Zeltbauten und deren Bestand; an Türen und Fenstern, Verglasungen und Oberlichtern allgemein, Schildern, Antennen, Solarzellen, Sonnenkollektoren und ähnlichen Installationen im Außenbereich sowie an Abdichtungen, es sei denn, deren Beschädigung ist auf vollständigen oder partiellen Einsturz des Gebäudes infolge der übermäßigen Schneelast zurückzuführen; durch Lawinen und Erdrutsche; durch Frost gleich welchen Ursprungs. • Austreten von Leitungswasser - ausgeschlossen sind Schäden: durch Feuchtigkeit, Tropfleckage, Überlaufen oder Rückfluss der Kanalisation oder anderer Leitungen, Frost, Bruch automatischer Löschanlagen; an Waren, die in weniger als 12 cm Höhe vom Boden gelagert sind; aufgrund von Überlaufen, Rückfluss oder Bruch der Kanalisation; durch Verschleiß, Korrosion, Materialfehler oder Instandhaltungsmängel; die Kosten für die Suche der Bruchstelle und ihre Reparatur. • Klage Dritter - ausgeschlossen sind Schäden an Sachen, die der Versicherte gleich aus welchem Anlass in Verwahrung oder Gewahrsam hat, mit Ausnahme der Fahrzeuge von Beschäftigten, Personal, Kunden und Lieferanten des Versicherten und von zum Be- oder Entladen abgestellten Transportfahrzeugen und an den auf diesen transportierten Sachen; Schäden jeglicher Art infolge der Wasser-, Luft- und Bodenverschmutzung. Die folgenden Personen gelten nicht als Dritte: der Ehepartner, die Eltern, die Kinder des Versicherten sowie alle anderen angeheirateten oder Blutsverwandten, wenn sie mit ihm zusammenleben; wenn der Versicherte keine natürliche Person ist: der gesetzliche Vertreter, der unbeschränkt haftende Gesellschafter, der Verwalter und die Personen, die in Beziehung zu den im vorherigen Punkt genannten Personen stehen; Gesellschaften, die gegenüber dem Versicherten, der keine natürliche Person ist, gemäß Art. 2359 ital. ZGB als beherrschend, beherrscht oder verbunden erachtet werden können, sowie deren Geschäftsführer, der gesetzliche Vertreter und die Personen, die mit ihnen in den oben genannten Beziehungen stehen. • Indirekte Schäden (Betriebsunterbrechung) - ausgeschlossen sind Schäden durch: Streik, Aussperrung, von Behörden verhängte Maßnahmen; Schwierigkeiten bei Wiederaufbau, Reparatur oder Ersatz von zerstörten oder beschädigten Sachen, die auf externe Ursachen zurückzuführen sind, wie örtliche oder staatliche Städtebauvorschriften oder andere Gesetzesnormen; Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Waren oder Maschinen, die auf außergewöhnliche Ereignisse oder höhere Gewalt zurückzuführen sind, wie zum Beispiel Naturkatastrophen, Streiks, die Materiallieferungen verhindern oder verzögern, Kriegszustände. Die Leistung wird maximal für eine Betriebsunterbrechung von insgesamt 90 Tagen erbracht. • Waren in Kühlanlagen – ausgeschlossen sind Schäden, für die der Lieferant wegen Konstruktions- oder Installationsfehlern haften muss; aufgrund falscher Bedienung und unzureichender Leistung der Anlagen; an den Waren auf Fahrzeugen; an versicherten Waren, die durch eine vom Elektrizitätswerk vorangekündigte oder programmierte Unterbrechung der Stromversorgung verursacht werden. • Gesellschaftspolitische und vorsätzliche Ereignisse - ausgeschlossen sind Schäden: die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung verursacht werden; durch Überschwemmungen oder Erdrutsch; durch Raub, Erpressung, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art; durch elektrische Störfälle an elektrischen oder elektronischen Maschinen und Anlagen, Geräten und Schaltungen; die von gekühlten Waren durch Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden; die durch die Unterbrechung von Verarbeitungsprozessen, Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung von Energie, durch Beeinträchtigungen von Produkten infolge der Arbeitsunterbrechung, durch Beeinträchtigung oder Ausfall von Kontrollen oder Bedienvorgängen verursacht werden; die infolge von
--	---

	Beschlagnahme, Einziehung oder Requisition der versicherten Einheiten auf Anordnung durch jede Art von - rechtmäßiger oder faktischer - behördlicher Instanz bzw. im Falle von Aussperrungen aufgetreten sind; durch Beschmieren; an Gewächshäusern und deren Bestand. Ferner sind Kosten oder Ausgaben ausgeschlossen, die direkt oder indirekt auf nukleare, biologische oder chemische Kontamination zurückzuführen sind. • Ausgaben für Abbruch, Räumung, Behandlung und Abtransport zur Deponie der Rückstände des entschädigungsfähigen Schadenfalls – ausgeschlossen sind Schäden, die unter die Kategorie „Giftig und schädlich“ fallen, gemäß DPR Nr. 915/1982 i.d.g.F., sowie Schäden durch Radioaktivität laut DPR Nr. 185/1964 i.d.g.F. • Ersatz von Scheiben, Platten und Schildern – ausgeschlossen sind Schäden: anlässlich einer Reparatur und/oder Entfernung von Platten und Schildern; von Umzugsarbeiten; von Instandsetzungs- oder Renovierungsarbeiten in den Räumen; an Platten und Schildern, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Leistung nicht unversehrt und frei von Mängeln waren; an Oberlichtern oder Platten und Schildern von künstlerischem Wert; an Schildern infolge von Überhitzung oder Kurzschluss. Kratzer, Absplitterungen und Rissbildungen der versicherten Platten und Schilder gehören nicht zu den von der Police vorgesehenen entschädigungsfähigen Brüchen. • Mietverluste - Ausgeschlossen sind Schäden aufgrund von Verspätungen bei der Renovierung der beschädigten Räumlichkeiten, auch wenn diese auf außerordentliche Gründe zurückzuführen sind, sowie Verzögerungen bei der Neuvermietung oder Belegung der renovierten Räume. Für den Brand von Hausrat/Bestand sind ferner ausgeschlossen: Für die Landwirtschaftsbranche - Schäden durch Zusammenstöße von Fahrzeugen aus dem Besitz des Versicherten; Schäden an Plantagen von Nadelbäumen, Pappeln, Korkeichen, Hanf und Getreide vor der Ernte; Schäden durch Tropfleckage, Verschleiß, Korrosion, Abnutzung oder Undichtheit der Behälterstruktur; durch das Auslaufen aus Behältern mit weniger als 100 l Fassungsvermögen; Schäden aufgrund der Suche nach der Bruchstelle und deren Reparatur; das vom Gast im Fahrzeug gelassene und nicht aufs Zimmer gebrachte Gepäck. Für die Branche Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe – das im Fahrzeug zurückgelassene und nicht auf das Zimmer des Gasts mitgenommene Gepäck. Für die Handelsbranche – Großmärkte; Schäden am Fahrzeug selbst und Sachschäden an gekühlten Waren aufgrund der fehlenden oder nicht ordnungsgemäßen Erzeugung oder Verteilung der Kälte oder des Austritts der Kühlflüssigkeit. Auf keinen Fall werden Schäden erstattet, die direkt oder indirekt auf die Klauseln „Witterungsereignisse“, „Hagel auf zerbrechlichen Elementen“, „übermäßige Schneelast“ sowie „gesellschaftspolitische und vorsätzliche Ereignisse“ zurückgeführt werden können. Für die Industrie- und Handwerksbranche – ausgeschlossen sind im öffentlichen Fahrzeugregister (PRA) eingetragenen Kraftfahrzeuge und/oder Wasserfahrzeuge, die nicht im Inneren des in der Police angegebenen Gebäudes untergestellt oder im Freien abgestellt sind.
Ausschlüsse Diebstahl und Raub	Ausgenommen sind Schäden: - durch Kriegshandlungen, Aufstand, Volksunruhen, Streik, Unruhen, Terrorismus oder organisierte Sabotage, militärische Besetzung, Invasion, vorausgesetzt, dass der Schadenfall mit diesen Ereignissen in Verbindung steht; - durch Brand, Explosion, Bersten, radioaktive Kontamination, Hagel, Wind und von diesen transportierten Sachen, Erdbeben Vulkanausbruch, Überschwemmung, Hochwasser und andere Naturkatastrophen, vorausgesetzt, dass der Schadenfall mit diesen Ereignissen in Verbindung steht; - die mit Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit begünstigt worden sind: - den Versicherten, den Versicherungsnehmer oder, wenn der Versicherte eine juristische Person ist, den gesetzlichen Vertreter, den Gesellschaftern der Personengesellschaft oder den unbeschränkt haftenden Gesellschaftern und dem Geschäftsführer; mit Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit begangen oder begünstigt wurden. - von Personen, die mit dem Versicherten oder Versicherungsnehmer, mit dem gesetzlichen Vertreter, den Gesellschaftern der Personengesellschaft oder den unbeschränkt haftenden Gesellschaftern und Geschäftsführern zusammenwohnen oder die Räumlichkeiten bewohnen, in denen versicherte Güter verwahrt sind oder die an diese angrenzen; - von Personen, für welche der Versicherte oder der Versicherungsnehmer, der gesetzliche Vertreter, der Gesellschafter der Personengesellschaft oder die unbeschränkt haftenden Gesellschafter und Geschäftsführer haften, vorbehaltlich der Bestimmungen unter „Gegenstand der Versicherung“ und der Bedingung „Untreue der Beschäftigten“; - von Personen, die mit der Überwachung der Sachen oder von deren Lagerräumen beauftragt waren, vorbehaltlich der Bestimmungen unter „Gegenstand der Versicherung“ und „Untreue

	der Arbeitnehmer“; 5) von Personen, die mit dem Versicherten oder Versicherungsnehmer, dem gesetzlichen Vertreter, den Gesellschaftern der Personengesellschaft oder den unbeschränkt haftenden Gesellschaftern und Geschäftsführern durch Verwandtschaft oder Verschwägerung entsprechend den Vorgaben von Art. 649 des it. Strafgesetzbuchs (Nr. 1, 2, 3) verbunden sind, auch wenn sie nicht zusammenleben; d) indirekte Schäden; e) an den versicherten Sachen durch Brand, Explosion oder Bersten, die vom Urheber des Schadenfalls verursacht worden sind; f) die ab 24 Uhr des 45. Tages eingetreten sind, wenn die Räume, die die Sachen enthalten, länger als 45 aufeinanderfolgende Tage unbewacht geblieben sind; g) an geleasteten Gütern, Schmuck und Wertgegenständen; h) die infolge von Beschlagnahmungen und Requisitionen eingetreten sind. Außerdem sind weitere Ausschlüsse vorgesehen, unter anderem: • Untreue der Beschäftigten – ausgeschlossen sind Schäden infolge von Handlungen, die außerhalb des Gültigkeitszeitraums der Versicherung erfolgt sind; Schäden durch Straftaten, die vom Versicherten nach Ablauf eines Jahres seit deren Begehen festgestellt wurden. • Transport von Geld und Wertsachen – die Versicherung gilt unter der Bedingung, dass die mit dem Transport beauftragte Person keine körperlichen Beeinträchtigungen hat, die sie für diese Dienstleistung ungeeignet machen, und dass sie weder jünger als 16 noch älter als 65 Jahre ist. Ferner gilt die Deckung allein für den Trickdiebstahl mit Einschränkung auf diejenigen Fälle, in denen die mit dem Transport beauftragte Person die Wertsachen bei sich trägt oder sie sich in ihrer Reichweite befinden. • Durch Diebe verursachte Defekte und Vandalismus an Gebäuden, festen Einbauteilen, Fenster- und Türrahmen bei der Begehung von Diebstahl, versuchtem Diebstahl oder Raub - ausgeschlossen sind im Freien abgestellte Maschinen und Waren. • Diebstahl und Raub von Waren und Maschinen bei Dritten – ausgeschlossen sind Maschinen und Waren auf Ausstellungen, Messen, Märkten, Modeschauen, die sich nicht auf dem Gebiet der Europäischen Union, des Vatikanstaats und der Republik von San Marino befinden. • Nachgewiesene Behandlungskosten – ausgeschlossen sind Arzneimittel. • Verkaufspreis – die Vereinbarung ist unter der Bedingung wirksam, dass: - die beschädigten Waren nicht durch gleichwertige, unversehrt gebliebene oder anderweitig kurzfristig herstellbare Waren ersetzt werden können; - der erfolgte Verkauf schriftlich durch Dokumente oder Unterlagen nachgewiesen ist, deren Datum mit Sicherheit vor Eintritt des Schadenfalls liegt und deren Lieferdatum vertraglich festgelegt wurde. • Sachen im Freien – die Leistung ist wirksam, wenn die im Freien befindlichen Sachen auf dem Betriebsgelände in einem vollständig umzäunten Bereich (mindestens 4 Meter hohe Mauer oder Gitterwerk aus Eisen von gleicher Höhe) gelagert sind, der durch ordnungsgemäß mit geeigneten Vorrichtungen verschlossene Türen und/oder Toren geschützt ist. Die Leistung ist unter der Bedingung wirksam, dass der Urheber des Diebstahls durch Verletzung der äußeren Schutz- und Schließvorrichtungen durch Aufbrechen, Einbruch, Durchbrechen in den umzäunten Bereich eingedrungen ist. Nicht inbegriffen sind Wertsachen, die sich im Innern von im Freien aufgestellten „Automaten“ befinden. • Auf der Grundlage der spezifischen Zugehörigkeitsbranche: b) Branche Landwirtschaft: 1) der Viehdiebstahl ist abgedeckt, wenn das Vieh im Stall oder den hierfür vorgesehenen Gebäuden sowie auf sachgerecht eingezäunten Weiden gehalten wird, vorausgesetzt dass diese sich auf dem Gelände des Bauern- bzw. Ferienhofs befinden, und wenn der Diebstahl erfolgt, indem die externen Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen auf- oder durchgebrochen werden. 2) Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder anvertraut werden: - für das von den Gästen mitgebrachte - ggf. der Betriebsleitung anvertraute - persönliche Habe, unter Ausschluss von Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Pelzmänteln, Wertgegenständen allgemein. - vom Gast mitgebrachtes und zur Verwahrung anvertrautes Bargeld und Wertsachen allgemein; diese sind ausgeschlossen, wenn sie nicht im Tresor aufbewahrt worden sind. - ausgeschlossen sind Kraftfahrzeuge der Gäste, die nicht abgeschlossen und in der Garage, auf dem Parkplatz oder auf dem Gelände des Ferienbetriebs abgestellt worden sind. Stets ausgeschlossen ist alles, was im Innern der Kraftfahrzeuge zurückgelassen und nicht aufs Gastzimmer gebracht wurde.
--	---

	c) Branche Handel: 1) ausgeschlossen sind pharmazeutische Strichcode-Etiketten, die nicht in der versicherten Apotheke aufbewahrt wurden. d) Bereich Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe: 1) Sachen, die von Gästen des Hotels, der Pension, des B&B mitgebracht oder anvertraut werden: - für das von den Gästen mitgebrachte - ggf. der Betriebsleitung anvertraute - persönliche Habe, unter Ausschluss von Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Pelzmänteln, Wertgegenständen allgemein. - vom Gast mitgebrachtes und zur Verwahrung anvertrautes Bargeld und Wertsachen allgemein; diese sind ausgeschlossen, wenn sie nicht im Tresor aufbewahrt worden sind. - ausgeschlossen sind Kraftfahrzeuge der Gäste, die nicht abgeschlossen und in der Garage, auf dem Parkplatz oder auf dem umzäunten Gelände des Ferienbetriebs abgestellt worden sind. Stets ausgeschlossen ist alles, was im Innern der Kraftfahrzeuge zurückgelassen und nicht aufs Gastzimmer gebracht wurde.
Ausschlüsse Elektronik und Maschinenschäden All Risks	Ausgenommen sind Schäden: a) die durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherten oder Versicherungsnehmers, von deren Angehörigen und Lebenspartnern, Geschäftsführern oder unbeschränkt haftenden Gesellschaftern sowie gesetzlichen Vertretern verursacht werden; b) durch Verschleiß, Abnutzung, Korrosion und Oxidation, welche die natürliche Folge des Gebrauchs oder Betriebs sind oder die durch das beständige Einwirken der Witterung verursacht werden; c) durch Erdbeben, Überschwemmungen, Überflutungen, Tsunamis, Vulkanausbrüche, Erdbeben und Hochwasser; d) für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller, Lieferant, Verkäufer oder Vermieter der versicherten Sachen zu haften hat; e) die infolge von Ein- und Ausbauvorgängen auftreten, die nicht in Verbindung mit Reinigungs-, Wartungs- oder Überholungsmaßnahmen stehen, sowie Schäden, die bei Transport und Beförderung sowie den damit verbundenen Auf- und Abladevorgängen außerhalb des für die beweglichen Sachen angegebenen Standorts und außerhalb des ursprünglichen Installationsorts der festen Sachen auftreten; f) durch Nichtbeachtung der vom Hersteller oder Lieferanten der versicherten Sache erteilten Wartungsvorschriften; g) infolge des Tragens der Kosten für: • Durchführung der vorbeugenden Wartung; • Durchführung von Kontrollen der Funktionstüchtigkeit; • Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten; h) ästhetischer Art, die nicht in Verbindung mit den entschädigungsfähigen Schäden stehen; i) die Defekten zuzuschreiben sind, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten beim Abschluss der Police bekannt sind; j) durch Verluste und Fehlbeträge; k) infolge von Kriegshandlungen, Aufstand, Betriebs- und Gebäudebesetzungen im Allgemeinen, Beschlagnahmen, militärischer Besetzung, Invasion, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder der Versicherte weist nach, dass der Schadenfall in keinerlei Beziehung zu diesen Ereignissen steht; l) die bei einer Explosion oder der Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns erzeugt wird, ebenso wie bei Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen hervorgerufen wird, auftreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann beweisen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung zu diesen Ereignissen stand; m) indirekte Schäden, wie der Ausfall der Gerätenutzung, Einkommensausfall oder jeder Schaden, der nicht die materielle Beschaffenheit der versicherten Sache betrifft; n) an austauschbaren oder für bestimmte Bearbeitungen aufsetzbaren Utensilien oder Zubehöerteilen, an Formen, Matrizen, Gesenken, Schleifscheiben, Förderbändern, Seilen, Bändern, Riemen, Ketten, Reifen, Dichtungen, Filzbelägen, Verkleidungen, feuerfesten Belägen, Katalysatoren, Filtern, Fluiden allgemein mit Ausnahme des Öls von Transformatoren und Schaltern; o) bezüglich der elektronischen Komponenten von elektrischen oder mechanischen Geräten und Anlagen, die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen auftreten und deren Beseitigung zu den Leistungen gehört, die normalerweise von Wartungs- und technischen Kundendienstverträgen erfasst werden; p) durch Verlust, Beeinträchtigung oder Zerstörung von Daten, Verschlüsselungsprogrammen oder Software; q) durch mangelnde Verfügbarkeit von Daten und Funktionsstörungen von Hardware oder Software; r) an Kraftfahrzeugen; s) durch Betriebsunterbrechung von Anlagen oder Maschinen infolge von:

	• Nutzung von Internet oder Intranet (Verwendung von Internetadressen, Websites oder Intranet sowie jeglichem Betrieb oder Betriebsstörungen von Internet und/oder den Verbindungen zu Internetadressen, Websites oder Intranet); • durch die elektronische Übertragung von Daten oder anderen Informationen; • Computerviren oder ähnlichen Softwares (z.B. Trojaner, Computerwürmer usw.); • ggf. auch unbeabsichtigter Verletzung von geistigen Eigentumsrechten (z.B. Marken-, Urheber-, Patentrecht); • Verletzung von Gesetz 675/1996 i.d.g.F.; t) an folgenden Geräten: • Geräten für den häuslichen Gebrauch; • elektromedizinischen Geräten; • an Photovoltaikanlagen; u) ausgeschlossen sind ferner Schäden, Defekte oder Betriebsstörungen sowie Schäden an Modulen und elektronischen Bauteilen der versicherten Anlagen und Geräte (einschließlich der Kosten für Suche und Feststellung der Defekte), welche während der Garantiefrist der Hersteller- und/oder Lieferantenfirma aufgetreten sind, bzw. deren Beseitigung zu den normalerweise im technischen Wartungsvertrag enthaltenen Leistungen gehört, d.h.: • Kontrollen der Funktionstüchtigkeit; • vorbeugende Wartung; • Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten; • Beseitigung von Schäden und Störungen (Ersatzteile und Lohnkosten), die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen aufgetreten sind. Außerdem sind weitere Ausschlüsse vorgesehen, unter anderem: • Verschütten von Flüssigkeiten – ausgeschlossen sind Schäden durch oder infolge des fehlerhaften Verschlusses oder der Öffnung von Ventilen und/oder Hähnen; Schäden aufgrund mangelnder Dichtigkeit der Behälter; Schäden durch das Auslaufen aus Behältern mit weniger als 300 Litern Fassungsvermögen; Schäden an anderen Einrichtungen durch das Auslaufen der Flüssigkeit; • Elektrische Störfälle - Die Deckung umfasst Schäden durch elektrische Störfälle mit externer Ursache unter der Bedingung, dass die versicherten Geräte mit Überspannungsschutz gegenüber Versorgungsnetz und Datenkommunikationsnetz ausgerüstet sind und dass die angeschlossene elektrische Anlage den gesetzlichen Anforderungen entspricht. • Schäden an, ausschließlich für die versicherten Sachen bestimmten, externen Leitungen - ausgeschlossen sind Schäden an den Zubehörteilen der versicherten Leitungen, die nicht vom Strom durchflossen werden.
Ausschlüsse Erneuerbare Energien All Risk	Ausgenommen sind Schäden: 1) durch Kriegshandlungen oder infolge von Aufständen, militärischer Besetzung, Invasion; 2) durch Explosion oder Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns verursacht wird, ebenso wie durch Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen hervorgerufen wird; 3) durch terroristische Anschläge oder Sabotageakte; 4) durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder Versicherten, der gesetzlichen Vertreter oder Gesellschafter; 5) durch Tsunamis, Vulkanausbrüche, Erdbeben, Überschwemmungen, Überflutungen und Hochwasser; 6) aufgrund der Nichtbeachtung der vom Hersteller oder Lieferanten der versicherten Sache erteilten Wartungs- und Betriebsvorschriften; 7) durch Verschleiß oder Abnutzung, welche die natürliche Folge des Gebrauchs oder Betriebs sind oder die durch das beständige Einwirken der Witterung sowie durch Rost, Korrosion und Verkrustung verursacht werden mit Einschränkung auf den direkt betroffenen Teil; 8) für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller, Lieferant, Verkäufer oder Vermieter der versicherten Sache zu haften hat; 9) durch Ein- und Ausbauvorgänge, die nicht in Verbindung mit Reinigungs-, Wartungs- oder Kontrollvorgängen stehen; 10) die während des Transports erlitten werden; 11) ästhetischer Art, die nicht in Verbindung mit entschädigungsfähigen Schäden stehen; 12) durch Sturmfluten, Gezeiten und Eindringen von Meerwasser; 13) aufgrund von Leistungsmängeln; 14) durch Aufprall von Fahrzeugen und/oder Hebezeugen oder Fördermitteln, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten gehören bzw. von diesem benutzt werden; 15) durch Verschmutzung und/oder Kontamination allgemein sowohl fortschreitender als auch

	zufälliger oder synergetischer Art; 16) wegen Nichterfolgen der automatischen Wiederverbindung des Wechselrichters mit dem Netz infolge von Spannungssprüngen; 17) durch Funktionsstörungen von Hardware, Software oder eingebauten Chips und damit verbundene Schäden (wie Verlust von Daten oder Datenträgern); 18) an den Stromverteilungs- oder Übertragungsleitungen; 19) in Verbindung mit oder verursacht durch Feuchtigkeit, Tau, Kondensat, Tropfleckage, Trockenheit, Bakterien, Pilzbefall, Sickerwasser und Nagetiere; 20) in Verbindung mit oder verursacht durch die Aufhebung und/oder Unterbrechung von Strom-, Gas- oder Wasserversorgung, vorausgesetzt dass diese nicht durch ein die versicherte Sache betreffendes Ereignis hervorgerufen wurde, das nicht anderweitig ausgeschlossen ist; 21) verursacht oder zurückzuführen auf Hinterziehung, Betrug, Fehlbeträge, Verlust, widerrechtliche Aneignung oder Untreue von Beschäftigten, Plünderung, Erpressung, Veruntreuung sowie Taschendiebstahl und deren Versuch, auch wenn diese bei Gelegenheit von nicht anderweitig ausgeschlossenen Ereignissen aufgetreten sind; 22) an Modulen und elektronischen Bauteilen der versicherten Anlage (einschließlich der Kosten für Suche und Feststellung der Defekte), welche während der Garantiefrist der Hersteller- und/oder Lieferantenfirma aufgetreten sind, bzw. deren Beseitigung zu den normalerweise im technischen Wartungsvertrag enthaltenen Leistungen gehört, d.h.: • Kontrollen der Funktionstüchtigkeit; • vorbeugende Wartung; • Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten; 23) Beseitigung von Schäden und Störungen (Ersatzteile und Arbeitsaufwand), die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen aufgetreten sind; NET INSURANCE S.p.A. ist zudem nicht verpflichtet, Entschädigungen zu leisten für: Leiter außerhalb der versicherten Sachen; Kosten für Grabungs- und Erdaushubarbeiten, Abstütz-, Mauer-, Verputz- oder Bodenverlegungsarbeiten u. Ä. Mit Bezugnahme auf indirekte Schäden sind ferner ausgeschlossen: 24) Verluste und Ausgaben durch die Verlängerung des Stillstands infolge eines Schadensfalls, auch wenn dieser gemäß vorliegender Police entschädigungsfähig ist, wenn der verlängerte Stillstand verursacht wird durch: • Aussperrung, von Behörden verhängte Maßnahmen; • mangelnde Verfügung des Versicherten über die erforderlichen Geldmittel für die Wiederaufnahme der Tätigkeit; • Schwierigkeiten beim Wiederaufbau, Einschränkungen des Betriebs und Schwierigkeiten bei Wiederinbetriebnahme, Reparatur oder Ersatz von zerstörten oder beschädigten Sachen, die auf externe Ursachen zurückzuführen sind, wie örtliche oder staatliche Städtebauvorschriften oder andere Gesetzesnormen oder behördliche Verordnungen; 25) Aufhebung, Ablauf, Annullierung oder Widerruf von Mietverträgen, Lizenzen, Konzessionen, Aufträgen oder Verträgen; 26) an Dritte geschuldete Vertragsstrafen, Entschädigungen oder Bußgelder; 27) Tage der Unterbrechung der versicherten Betriebstätigkeit, die aus beliebigem Grund auch ohne den Schadensfall erforderlich gewesen wären; 28) Verluste durch die Verlängerung oder Hinauszögerung des Stillstands wegen: • Naturkatastrophen oder Höherer Gewalt; • Streiks, welche Materiallieferungen verhindern oder verzögern; • Überholung, Änderungen oder Verbesserungen, die zu Anlass der Wiederinbetriebnahme oder des Ersatzes der beschädigten oder zerstörten Geräte oder Anlagen vorgenommen werden.
Ausschlüsse Cyber	Versicherungsnehmer, die einer der folgenden Kategorien angehören, sind nicht versicherbar: • Banken, Finanzvermittler im Allgemeinen; • Buchhaltungs- und Steuerberatungsfirmen, Steuerberatungszentren (CAF), Hilfswerke, Rechnungsprüfungsgesellschaften; • Notarkanzleien; • Privatkliniken; • Reiseveranstalter; • IT-Dienstleistungsunternehmen; • Verbraucher. Die Deckungen gelten unter der Bedingung, dass der Versicherungsnehmer: • angemessene Regeln für Ausgabe und Nutzung der Passwörter anwendet; • Antivirus, Anti-Spyware oder gleichwertige Schutzsysteme gegen Malware verwendet, die automatisch aktualisiert werden; • dafür gesorgt hat, dass alle Netzwerkzugänge durch Firewall geschützt sind; • regelmäßige Backups durchführt;

	• die System-Updates der Anwendungen mit den jeweiligen „Sicherheitspatches“ durchführt. Die Deckungen sind in folgenden Fällen ausgeschlossen: 1. Schäden Dritter; 2. Ausgaben, die entstanden sind, um das Informationssystem des Versicherten oder die darin gespeicherten Daten auf einer höheren Ebene als der vor dem versicherten Ereignis bestehenden Situation zu implementieren oder um Verbesserungen vorzunehmen, es sei denn, dies war im Rahmen der Datenwiederherstellung des Informationssystems unvermeidbar; 3. Schäden, die auf Defekte, Unterbrechungen, Ausfälle von Kommunikationssystemen, Internetdiensten, Stromversorgung und anderen Arten von externen Infrastrukturen zurückzuführen sind, die nicht der Kontrolle des Versicherten unterliegen; 4. Schäden, die auf jede Art von direktem Sachschaden jeglicher Ursache am Eigentum des Versicherten, einschließlich des Informationssystems, zurückzuführen sind; 5. Schäden aufgrund von Defekten oder Planungsfehlern des Informationssystems des Versicherten, welche dieses ungeeignet für seine Zweckbestimmung machen; 6. Bußgelder oder Geldstrafen jeglicher Art; 7. Betrag etwaiger Lösegelder, die der Versicherte aufgrund einer Cyber-Erpressung bezahlt hat; 8. Schäden aufgrund finanzieller Verluste infolge der Unmöglichkeit, Geschäftsvorgänge, Investitionen, Veräußerungen, Kauf und Verkauf von Wertpapieren jeder Art vorzunehmen; 9. Schäden aufgrund von Gesetzesverletzungen durch den Versicherer oder Outsourcing Provider; 10. Schäden infolge von angekündigten und geplanten Unterbrechungen des Informationssystems des Versicherten; 11. Schäden durch Diebstahl, Verletzung oder unerlaubter Verbreitung von geistigem Eigentum (z.B. Copyright, Marken, Patente); 12. Schäden bezüglich Dienstleistungen, die ein Outsourcing Provider an Dritte weiterbeauftragt hat; 13. negative wirtschaftliche Auswirkungen infolge einer Reduktion oder Unterbrechung der charakteristischen Tätigkeit des Versicherten aufgrund des Ausfalls seines Informationssystems, der direkt durch einen Angriff verursacht wurde; 14. negative wirtschaftliche Auswirkungen infolge einer Reduktion oder Unterbrechung der charakteristischen Tätigkeit des Versicherten aufgrund von System Failure; 15. Unterbrechung der Aktivität der Informationssysteme aufgrund einer beliebigen, aus jeglichem Grund erfolgten Unterbrechung von Strom-, Gas-, Wasserversorgung, Kanalisation, Internet, Telekommunikation oder Satellitendiensten, die nicht unter der Kontrolle des Versicherten stehen; 16. Unterbrechungen der Aktivitäten der Informationssysteme, die von Behörden verhängt worden sind, wie Einziehung, Nationalisierung, Beschlagnahmung, Zerstörung oder Unterbrechung der Informationssysteme des Versicherten auf Anordnung einer beliebigen Regierungs- oder Staatsbehörde; 17. illegal durch Dritte mittels elektronischer Übertragung dem Versicherten entwendete Beträge infolge direkten und unerlaubten Zugriffs auf die Bankkonten des Versicherten; 18. Vorkenntnisse, worunter jede Art von Angriff auf das Informationssystem gemeint ist, der dem Versicherten vor Beginn der Laufzeit der Versicherung bekannt war; 19. Krieg, Invasion, feindliche Handlungen aus dem Ausland, Feindseligkeiten oder militärische Maßnahmen und ähnliches (unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht), Bürgerkriege, Meutereien, Tumulte, welche die Ausmaße eines Volksaufstands annahmen, Militäraufstände, Aufruhr, Rebellion, Revolution, Putsch oder Machtübernahme durch das Militär, Kriegsgesetz, Einziehung, Beschlagnahmung oder Nationalisierung, Zerstörung oder Beschädigung von (privatem) Eigentum auf Veranlassung oder Anordnung jedweder Regierung bzw. staatlicher oder lokaler Behörde; 20. direkt oder indirekt verursachte Schäden, die von Kernreaktionen, radioaktiver Strahlung oder Kontamination hervorgerufen werden, ungeachtet anderer Mitverursachungsgründe des Schadensfalls, die gleichzeitig oder nacheinander auftreten; 21. Schäden durch die Unterbrechung der Aktivität infolge der Unterbrechung der Versorgung bzw. Lieferung von nicht zum IT-System gehörenden Gütern und Dienstleistungen. Ferner gilt die Versicherung im Falle der Verwendung tragbarer elektronischer Geräte nicht, wenn der Versicherte das Informationssystem nicht anhand folgender Vorkehrungen geschützt hat: - automatische Tastatursperre mit Passwort nach maximal 15 Minuten; - Schutz anhand von Systemen für die Verschlüsselung der auf dem Gerät gespeicherten Daten (mit Ausnahme des RAM-Speichers), welche mit der Aktivität des Versicherten verknüpft sind; - geeignete Konfiguration der etwaigen Bluetooth-Verbindung, mit der dafür gesorgt wird, dass das Gerät nicht sichtbar gemacht wird und dass Verbindungen ausschließlich mit ausdrücklich zugelassenen Geräten hergestellt werden.
--	---



Gibt es Deckungsgrenzen?

Es folgen die Tabellen mit den Entschädigungsgrenzen, Selbstbehalten und/oder Selbstbeteiligungen für jede Deckung.

PAKETE	DECKUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	WARTEZEITEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN
	Temporäre Todesfallversicherung	---	---	6 Monate	Entschädigung bis € 300.000,00 Falls der Versicherte bei Beginn der Versicherungsdeckung älter als 60 Jahre ist, darf die Versicherte Leistung € 200.000,00 nicht übersteigen.
	Entschädigung für Schwere Erkrankungen	---	---	90 Tagen ab Datum des Inkrafttretens der Versicherung: falls: - der Versicherte Anzeichen und/oder Symptome aufweist oder sich Untersuchungen unterzieht, deren Ergebnisse zur Diagnose einer der versicherten Schwere Erkrankungen gehören, unabhängig vom Datum der Diagnose, oder - falls dem Versicherten eine der gemäß Versicherung abgedeckten Schwere Erkrankungen diagnostiziert wird.	Einmalige Entschädigung von € 10.000,00
Paket A Paket B	Tagegelder	---	---	Die Leistungen sind gültig für: - Unfälle: ab 24:00 Uhr am Datum des Inkrafttretens der Versicherung; - Krankheiten: ab dem 30. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung; - Entbindung: ab dem 270. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung; - Krankheiten in Verbindung mit Schwangerschaft, Wochenbett und therapeutischer Abtreibung: ab dem 60. Tag nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung, vorausgesetzt dass die Schwangerschaft nach Inkrafttreten der Versicherung begonnen hat. Nur für das Neugeborene, das mitversichert ist, läuft oben genannte 30-tägige Wartezeit ab dem Geburtsdatum unabhängig vom Anfangsdatum seines Versicherungsschutzes.	Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation: 100 € pro Tag Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung über maximal 200 Tage Tagesklinik / Tageschirurgie: 50% der Tagesentschädigung über maximal 50 Tage Die Beträge gelten pro Person und Versicherungsjahr.

Paket A Paket B	Surgical cash	---	---	als Tagegeld	Operationskategorie	Beispiel einer Operation	Privat (€)	SSN (€)
					I	Entfernung einer Zyste	200	100
					II	Adenoidektomie	400	200
					III	Meniskektomie (in Arthroskopie) (vollständige Behandlung)	1.500	750
					IV	Reparatur einer Ruptur der Rotatorenmanschette der Schulter	2.000	1.000
					V	Mammarekonstruktion nach radikaler Mastektomie	4.000	2.000
					VI	Hüftgelenkprothese	8.000	4.000
					VII	Lungentransplantation	15.000	7.500

PAKET E	DECKUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	WARTEZEITEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN	
Paket B Paket C	Gerätediagnostik (Technologische Diagnostik; Untersuchungen, Labordiagnostik)	--	In Vertragseinrichtungen - Direktzahlung: 15% In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen - Erstattung: 25% Zuzahlung SSN: ohne jede Selbstbeteiligung (Erstattung zu 100%)	als Tagegeld	Jährlicher Höchstbetrag: € 5.000 Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.	
Paket B Paket C	Fachärztliche Untersuchungen		Für fachärztliche Untersuchungen In Vertragseinrichtungen - Direktzahlung: 15%; In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen - Erstattung: 25% Zuzahlung SSN: ohne jede Selbstbeteiligung (Erstattung zu 100%) Für häusliche pflegerische Versorgung keine Selbstbeteiligung	als Tagegeld	Jährlicher Höchstbetrag für fachärztliche Untersuchungen: 1.000 für PAKET B 1.500 für PAKET C Höchstbetrag für häusliche pflegerische Versorgung: € 50 (ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen und Selbstbehalten) Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.	
Paket C	Erstattung von Behandlungskosten	--	Für Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen - Erstattung: 20% Für Tagesklinik / Tageschirurgie / Ambulant	als Tagegeld	Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation Tagesklinik / TageschirurgieAmbulant durchgeführte Operation	€ 200.000 jährlicher Höchstbetrag
					Ausgaben vor und nach Eingriffen	90 Tage davor / 90 Tage danach
					TEIL-HÖCHSTBETRÄGE Natürliche Entbindung (samt stationärer	€ 2.000 ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte

			durchgeführte Operation in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen - Erstattung: 200 €		<table><tr><td>Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)</td><td></td></tr><tr><td>Kaiserschnitt / therapeutische Abtreibung (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)</td><td>€ 4.000 ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte</td></tr><tr><td>Refraktive Chirurgie (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)</td><td>€ 1.000 pro Auge ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte</td></tr><tr><td>Neugeborenes (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag) Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und körperlichen Defekten innerhalb des ersten Lebensjahrs</td><td>€ 100.000 mit Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten € 350</td></tr><tr><td>Grenzen für stationäre Unterbringungskosten (nur für nicht vertraglich angeschlossene Krankenhauseinrichtungen)</td><td>€ 150 pro Tag, maximal über 100 Tage</td></tr><tr><td>Ersatzentschädigung</td><td>€ 75 pro Tag für Tagesklinik / Tageschirurgie</td></tr><tr><td>Ausgaben vor und nach Eingriffen</td><td>90 Tage davor / 90 Tage danach (Erstattung zu 100%)</td></tr><tr><td>Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson</td><td>€ 50 pro Tag über maximal 50 Tage ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte</td></tr><tr><td>Transport des Versicherten</td><td>€ 3.000 ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte</td></tr><tr><td>Rückführung des Leichnams</td><td>€ 3.000 ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte</td></tr><tr><td>Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN</td><td>Erstattung zu 100%</td></tr></table>	Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)		Kaiserschnitt / therapeutische Abtreibung (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)	€ 4.000 ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte	Refraktive Chirurgie (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)	€ 1.000 pro Auge ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte	Neugeborenes (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag) Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und körperlichen Defekten innerhalb des ersten Lebensjahrs	€ 100.000 mit Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten € 350	Grenzen für stationäre Unterbringungskosten (nur für nicht vertraglich angeschlossene Krankenhauseinrichtungen)	€ 150 pro Tag, maximal über 100 Tage	Ersatzentschädigung	€ 75 pro Tag für Tagesklinik / Tageschirurgie	Ausgaben vor und nach Eingriffen	90 Tage davor / 90 Tage danach (Erstattung zu 100%)	Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson	€ 50 pro Tag über maximal 50 Tage ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte	Transport des Versicherten	€ 3.000 ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte	Rückführung des Leichnams	€ 3.000 ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte	Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	Erstattung zu 100%
Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)																											
Kaiserschnitt / therapeutische Abtreibung (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)	€ 4.000 ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte																										
Refraktive Chirurgie (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)	€ 1.000 pro Auge ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte																										
Neugeborenes (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag) Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und körperlichen Defekten innerhalb des ersten Lebensjahrs	€ 100.000 mit Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten € 350																										
Grenzen für stationäre Unterbringungskosten (nur für nicht vertraglich angeschlossene Krankenhauseinrichtungen)	€ 150 pro Tag, maximal über 100 Tage																										
Ersatzentschädigung	€ 75 pro Tag für Tagesklinik / Tageschirurgie																										
Ausgaben vor und nach Eingriffen	90 Tage davor / 90 Tage danach (Erstattung zu 100%)																										
Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson	€ 50 pro Tag über maximal 50 Tage ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte																										
Transport des Versicherten	€ 3.000 ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte																										
Rückführung des Leichnams	€ 3.000 ohne Selbstbeteiligungen/Selbstbehalte																										
Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	Erstattung zu 100%																										
Paket C	Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen	--	15%	als Tagegeld	Höchstbetrag: € 1.000																						

PAKETE	DECKUNGEN	SELBSTBEHALTEN	SELBSTBETEILIGUNGEN	WARTEZEITEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN	
Paket C	Check-up	--	--	--	Für die Frau - Harnstoff - Chlorid, Natrium, Kalium - Gesamtcholesterin (LDL, HDL) - Kreatinin - Großes Blutbild - Gamma GT - Blutzucker - CRP - T3-T4-TSH - Transaminasen - Triglyceride - Harnsäure - Urinstatus - Pap-Test - Brustultraschall/Mammographie (letztere > 40 Jahren) - HBV-Oberflächenantigen, Anti-HBs-AK - Unterbauchultraschall	Für den Mann - Harnstoff - Chlorid, Natrium - Kalium - Gesamtcholesterin (LDL, HDL) - Kreatinin - Großes Blutbild - Gamma GT - Blutzucker - CRP - T3-T4-TSH - Transaminasen - Triglyceride - Harnsäure - Urinstatus - EKG (Elektrokardiogramm) - PSA-Wert (> 40 Jahren) - HBV-Oberflächenantigen, Anti-HBs-AK - Unterbauchultraschall

					Code	Beschreibung	Behandlungen in Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)	Behandlungen in nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen (Erstattung)
Paket D	Dental	--	--	30 Tage	SD01	Örtliche Betäubung pro Zahnelement (oder Abschnitt)	Sämtliche Leistungen sind kostenfrei für den Versicherten. Die Kosten werden von der Versicherungsgesellschaft übernommen.	€ 16,50
					SD02	Röntgenaufnahme von 1 oder 2 benachbarten Zähnen oder intraorale Aufnahme von 2 benachbarten Elementen		€ 16,50
					SD03	Röntgenaufnahme zur Überwachung des Behandlungsverlaufs		€ 12,75
					SD12	Füllung für einfache Karies, Kavitätenklasse I und V nach Black		€ 30,00
					SD13	Füllung für tiefe Karies, Kavitätenklasse II nach Black		€ 52,50
					SD17	Rekonstruktion mit Zahnkrone aus Amalgam mit mehreren Höckern		€ 71,25
					SD18	Rekonstruktion mit Zahnkrone aus Kompositmaterial - farblich abgestimmt		€ 90,00
					SD30	Einfaches Ziehen von Zahn oder Wurzel		€ 22,50
					SD37	Wiedereinsetzen eines ausgeschlagenen Zahnes		€ 60,00
					SD54	Wurzelbehandlung - Entfernung des Nervs und Füllung eines Wurzelkanals		€ 52,50
					SD55	Wurzelbehandlung - Entfernung des Nervs und Füllung von zwei Wurzelkanälen		€ 82,50
					SD56	Wurzelbehandlung - Entfernung des Nervs und Füllung von drei Wurzelkanälen		€ 120
					SD57	Wurzelkanalspülungen und Untersuchungstermine		€ 26,25
					SD94	Reparatur von Brüchen der Acrylbasis von Teil- und Vollprothesen durch die Zahnarztpraxis, medizinische Behandlung bei Prothesenstomatitis		€ 30,00

					SD00	Klinische Untersuchung (Diagnose, Prognose und Behandlungsplan)		€ 10,00
					SD08	Zahnsteinentfernung am gesamten Gebiss mit Ultraschall oder manueller, geschlossener Kürettage; Anweisung zur korrekten Verwendung von Zahnbürste, Zahnseide, Mundhygiene		€ 41,25
					SD11	Fluoridierung des Zahnschmelzes (Politur), topische Anwendung von Spurenelementen		€ 15,00
Die Entschädigungen für chirurgische Eingriffe gelten pro Leistung.								

DECKUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	WARTEZEITEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN	
Unfalltod	---	---	---	Entschädigungsgrenze laut Police	
Unfallbedingte bleibende Invalidität (UBI)	---	---	---	Auf die Deckungssumme bis € 250.000,00 (Euro zweihundertfünfzigtausend) wird nachstehende Tabelle angewendet:	
				Nachgewiesener Prozentsatz UBI	Ausgezahlter Prozentsatz UBI
				1%	0,20%
				2%	0,50%
				3%	1%
				4%	2%
				5%	3%
				6%	4%
				7%	5%
				8%	6%
				9%	7%
				von 10% bis 65%	entsprechender Prozentsatz von 10% bis 65%
				von 66% bis 100%	100%
Unfallbedingte vorübergehende Arbeitsunfähigkeit	7 Tage	--	--	Für den Teil der Deckungssumme, der € 250.000,00 (zweihundertfünfzigtausend) übersteigt: erfolgt keine Entschädigung, wenn der Grad der BI kleiner oder gleich 8% ist;	
				werden 8% hingegen überstiegen, wird die Entschädigung unter Berechnung eines Selbstbehalts von 8% ausgezahlt.	
Unfallbedingte vorübergehende Arbeitsunfähigkeit	7 Tage	--	--	Die Entschädigung steht zu:	
				a) ganz zu für jeden Tag, an dem der Versicherte vollständig körperlich unfähig ist, seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen; b) zu 50% zu für jeden Tag, an dem der Versicherte nur teilweise in der Lage war, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen. Die Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird für einen Zeitraum von maximal 260 Tagen pro Unfall gewährt mit Laufzeit ab 24 Uhr des Tages, an dem der Unfall vorschriftsgemäß gemeldet wurde.	

				Falls der Versicherte die ärztlichen Atteste nicht erneuert, erfolgt die Abwicklung der Entschädigung auf Grundlage des Genesungsdatums, das im letzten vorschriftsgemäß eingesandten Attest prognostiziert wurde, es sei denn der Versicherer ist in der Lage, ein früheres Datum festzulegen. Die entschädigungsfähigen Tage werden unter Abzug eines Selbstbehalts von 7 Tagen berechnet.
Erstattung von unfallbedingten Behandlungskosten	--	10 % (mind. € 50)	--	Entschädigungsgrenze laut Police. Erweiterung auf Entstellungsschäden: max. € 5.000
Krankenhaustagegeld	2 Tage. Der <i>Selbstbehalt</i> wird nicht angewendet bei mehr als 7-tägigem <i>Krankenhausaufenthalt</i> infolge von <i>Unfall und/oder Operation</i> oder im Falle einer Organspende.	--	--	Das Tagegeld wird maximal für 365 Tage pro Schadensfall und Versicherungsjahr ausgezahlt. Die Versicherung gilt auch bei: a. Stationärer Aufnahme des Versicherten für Organspende; b. Tagesklinik und Tageschirurgie, vorausgesetzt, dass der Krankenhausaufenthalt am Tag ohne Übernachtung mindestens 5 Stunden dauert, in einer zugelassenen Krankeneinrichtung mit Ausstellung einer Krankenakte erfolgt, für eine Dauer über 2 - ggf. nicht aufeinanderfolgende - Tage für dieselbe Krankheit bzw. denselben Unfall; in diesem Fall wird das Tagegeld zu 50% bezahlt. Bei Anlegen eines Gipsverbands oder einer abnehmbaren Orthese wird - auch ohne stationäre Aufnahme - das für diesen vorgesehene Tagegeld bis zum Entfernen der Orthese, maximal jedoch für 60 Tage entrichtet. Benötigt der Versicherte nach einem durch Unfall, Krankheit, Geburt, therapeutische Abtreibung oder Organspende verursachten Krankenhausaufenthalt, der gemäß Police entschädigungsfähig ist, einen Zeitraum der häuslichen Genesung, leistet der Versicherer eine Entschädigung pro Tag, die 50% des in der Police angegebenen Krankenhaustagegelds entspricht, in folgenden Fällen und mit folgenden Grenzen: • Stationäre Aufnahme wegen Operation - eine den Tagen des Krankenhausaufenthalts entsprechende Entschädigung von mindestens 3 und höchstens 30 Tagen; • Stationäre Aufnahme ohne Operation mit mehr als 7-tägiger Dauer - eine den Tagen des Krankenhausaufenthalts entsprechende Entschädigung von höchstens 30 Tagen; • Nach ambulanter Operation nur bei Operation mit Vollnarkose oder Periduralanästhesie - eine Entschädigung von 3 Tagen. Der Genesungszeitraum beginnt vom Tag nach der Entlassung aus der Krankeneinrichtung bzw. nach der ambulanten Operation.
Kontoschutz	--	--	--	Entschädigungsgrenze laut Police
Krankheitsbedingte bleibende Invalidität (KBI)	---	---	60 Tage für Krankheiten, die nach Versicherungsabschluss aufgetreten sind. 180 Tage für Krankheiten, die nicht bekannt waren, aber bereits vor Versicherungsabschluss aufgetreten sind	<i>Die Deckungssumme wird nur im Falle einer krankheitsbedingten bleibenden Invalidität von mindestens 65% zuerkannt</i>

DECKUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	WARTEZEITEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN
Personenbeistand	--	--	--	Differenzierte Entschädigungsgrenzen für einzelne Leistungen laut Versicherungsbedingungen.
Reisebeistand Travel	--	--	--	Differenzierte Entschädigungsgrenzen für einzelne Leistungen laut Versicherungsbedingungen. Sollte ein Ereignis mehrere mit derselben Police oder mit unterschiedlichen, vom Versicherten abgeschlossenen Policen versicherte Personen betreffen, kann der Gesamtbetrag - Katastrophengrenze - zu Lasten des Versicherers vereint mit den Deckungen Reisebeistand Travel und Reisebeistand Travel Gold die Obergrenze von € 5.000.000,00 pro Ereignis nicht überschreiten. Sollten die den Deckungen entsprechenden Kosten die oben genannten Beträge überschreiten, werden die jedem am Schadensfall beteiligten Versicherten zustehenden Entschädigungen proportional reduziert und den jeweils vorgesehenen Höchstbeträgen zugeteilt, sodass am Ende die Summe sämtlicher Entschädigungen/Erstattungen/übernommenen Kosten die genannte Katastrophengrenze nicht überschreitet.
Reisebeistand Travel Gold	--	--	--	Differenzierte Entschädigungsgrenzen für einzelne Leistungen laut Versicherungsbedingungen. Sollte ein Ereignis mehrere mit derselben Police oder mit unterschiedlichen, vom Versicherten abgeschlossenen Policen versicherte Personen betreffen, kann der Gesamtbetrag - Katastrophengrenze - zu Lasten des Versicherers vereint mit den Deckungen Reisebeistand Travel Gold und Reisebeistand Travel die Obergrenze von € 5.000.000,00 pro Ereignis nicht überschreiten. Sollten die den Deckungen entsprechenden Kosten die oben genannten Beträge überschreiten, werden die jedem am Schadensfall beteiligten Versicherten zustehenden Entschädigungen proportional reduziert und den jeweils vorgesehenen Höchstbeträgen zugeteilt, sodass am Ende die Summe sämtlicher Entschädigungen/Erstattungen/übernommenen Kosten die genannte Katastrophengrenze nicht überschreitet.

DECKUNGEN	LEISTUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN
Betriebshaftpflicht	Haftpflicht für nicht angestellte Arbeitskräfte	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Haftpflicht bei der Weitervergabe von Arbeitsaufträgen	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Teilnahme an Messen, Ausstellungen, Besichtigungen und Vorführungen, Tagungen, betrieblichen Freizeitaktivitäten	----	20 %, mindestens € 1500,00	Entschädigungsgrenze laut Police
	Bei Dritten durchgeführte Arbeiten	----	20 %, mindestens € 1500,00	€ 150.000,00 pro Schadensfall
	Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden	----	10 %, mindestens € 500,00	€ 10.000,00 pro Schadensfall
	Kfz-Haftung im Rahmen der Betriebshaftpflicht	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Schäden an Fahrzeugen auf Firmenparkplätzen	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police

	Schäden durch Betriebsunterbrechung	----	10 %, mindestens € 250,00	€ 50.000,00 pro Schadensfall
	Fehler bei der Verarbeitung personenbezogener Daten	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Zufällige Umweltverschmutzung	----	10 %, mindestens € 2500,00	max. € 25.000,00 pro Schadensfall und € 250.000,00 pro Jahr
	Eigentum und Nutzung von Schildern, Werbetafeln und Bannern	€ 1.000,00	----	€ 50.000,00 pro Schadensfall
	Besitz und Gebrauch von Waffen durch den Firmeninhaber	€ 250,00	----	€ 100.000,00 pro Schadensfall
	Halten von Wachhunden	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Erweiterung der Definition als Dritte auch auf Inhaber und Beschäftigte anderer Firmen, Berater und Freiberufler	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Haftung für Brandschäden	€ 1.000,00	----	max. € 300.000,00 pro Schadensfall und Jahr (für Schäden durch Unterbrechungen oder Sperrungen höchstens € 50.000,00 pro Jahr)
	Bewaffneter Wachdienst	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Haftpflicht für Schäden durch Bewirtschaftung und Nutzung des Gebäudes, das für die Abwicklung der in der Police genannten Tätigkeit bestimmt ist	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Jede andere Ursache	Sachschäden: € 250,00 Sachschäden für Bauunternehmen: € 1.500,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police

DECKUNGEN	LEISTUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN
Betriebshaftpflicht	BRANCHE LANDWIRTSCHAFT (EINSCHLIEßLICH FERIEEN AUF DEM BAUERNHOF)			
	Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder anvertraut werden	€ 250,00	----	€ 50.000,00 pro Jahr, maximal € 5.000,00 pro geschädigtem Kunden für anvertraute Sachen und € 1.500,00 für nicht anvertraute Sachen
	Eigentum und Betrieb von Sportanlagen und -ausrüstung, Schwimmbädern, zusätzliches Serviceangebot des angegliederten Ferienbetriebs	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police

	Haftung des Haushaltsvorstands	€ 250,00	----	€ 300.000,00 pro Schadensfall (unter minderjährigen Kindern; Entschädigungsgrenze € 50.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr unter Anwendung eines Selbstbehalts von € 1.500,00 pro Schadensfall)
	Einsatz von landwirtschaftlichen Maschinen	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Viehwirtschaft	€ 1.500,00	----	€ 100.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr
BRANCHE INDUSTRIE UND HANDWERK				
	Baugewährleistungsversicherung für Verlege-, Installations-, Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen	----	10 %, mindestens € 1500,00	€ 50.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr
	Diebstahlschäden, die durch Gerüste von Baufirmen begünstigt worden sind	----	10 %, mindestens € 250,00	€ 50.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr
	Schäden an Kleidungsstücken des Kunden (Friseure)	€ 250,00	----	€ 1.500,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr
	Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien)	€ 250,00	----	€ 1.500,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr
BRANCHE HANDEL				
	Schäden aus dem Verkauf von Produkten	€ 500,00	----	€ 100.000,00 pro Schadensfall
	Schädigung Dritter durch die Ausübung von ambulantem Handel	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
BRANCHE FREMDENVERKEHR UND GASTSTÄTTENGEWERBE				
	Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Sachen, die von Gästen des Hotels, der Pension, des B&B mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden	€ 250,00	----	€ 50.000,00 pro Jahr, maximal € 5.000,00 pro geschädigtem Kunden für anvertraute Sachen und € 1.500,00 für nicht anvertraute Sachen
	Eigentum und Betrieb von Sportanlagen und -ausrüstung, Schwimmbädern und zusätzliches Serviceangebot des Hotels, der Pension, des B&B	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Haftung des Haushaltsvorstands	€ 250,00	----	€ 300.000,00 pro Schadensfall (unter minderjährigen Kindern; Entschädigungsgrenze € 50.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr unter Anwendung eines Selbstbehalts von € 1.500,00 pro Schadensfall)

DECKUNGEN	LEISTUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN
Haftpflicht	Arbeitgeberhaftpflicht gegenüber Arbeitsleistenden, für welche Versicherungspflicht bei INAIL (Nationales Institut für die Arbeitsunfallversicherung) besteht	Rückgriff INAIL: kein Selbstbehalt. Schadenersatz laut Zivilgesetzbuch: Bleibende Invalidität von 6 % oder mehr	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Arbeitgeberhaftpflicht gegenüber Arbeitsleistenden, für welche keine Versicherungspflicht bei INAIL (Nationales Institut für die Arbeitsunfallversicherung) besteht	Schadenersatz laut Zivilgesetzbuch: Bleibende Invalidität von 6 % oder mehr	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Arbeitskräfte, die von anderen Unternehmen entsandt wurden oder mit Liefervertrag laut GvD Nr. 276 vom 10.09.2003	Schadenersatz laut Zivilgesetzbuch: Bleibende Invalidität von 6 % oder mehr	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Erweiterung: auf Berufskrankheiten	----	----	max. 10 % des versicherten Höchstbetrags für Arbeitgeberhaftpflicht
Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht	Siehe Versicherungsbedingungen	€ 250,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
Rechtsschutz	Siehe Versicherungsbedingungen	90 Tage	----	Differenzierte Entschädigungsgrenzen für einzelne Leistungen laut Versicherungsbedingungen: Aufwand für zweiten zustellungsbevollmächtigten Rechtsanwalt, max. € 2.500,00 Aufwand für Einreichung von Prozessakten: max. € 500,00
Schutz von POS-Einnahmen	Siehe Versicherungsbedingungen	3 Tage	----	Tagegeld für jeden Arbeitstag zwangsweiser und vollständiger Inaktivität, mindestens € 50,00 und höchstens € 400,00, gemessen am durchschnittlichen täglichen Volumen der über POS abgewickelten Geschäfte im Rahmen der 12 Monate vor dem Schadensfall.
Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand	Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Absturz von Flugzeugen	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Druckwelle	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Zusammenstoß von Fahrzeugen	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Austritt von Rauch durch Defekt	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Rauch, Gase und Dämpfe	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Stromausfall	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police

	Elektrische Störfälle	----	10% mindestens · € 300,00	5 % der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand, höchstens € 5.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr.
	Witterungsereignisse	----	10% mindestens · € 500,00	max. 70 % der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand; pro Schadensfall/Versicherungsjahr.
	Hagel auf zerbrechlichen Elementen	€ 500,00	----	max. € 15.000,00 für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.

DECKUNGEN	LEISTUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN
Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand	Übermäßige Schneelast	----	10% mindestens · € 1.000,00	max. 50 % der Deckungssumme; höchstens € 150.000,00 für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
	Austreten von Leitungswasser	€ 250,00	----	max. € 150.000,00 für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
	Klage Dritter	€ 1.000,00	----	20 % der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand, mit der Höchstgrenze von € 500.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr (für Schäden infolge von Unterbrechung oder Aussetzung der Nutzung der Güter, von geschäftlichen und landwirtschaftlichen Tätigkeiten oder Dienstleistungen; 10 % der Deckungssumme für Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand pro Schadensfall).
	Indirekte Schäden (Betriebsunterbrechung)	7 Tage	----	Tagegeld bis € 300,00 für jeden Arbeitstag vollständiger Inaktivität.
	Waren in Kühlanlagen	€ 1.000,00	----	max. € 10.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr.
	Gesellschaftspolitische Ereignisse und vorsätzliche Taten	----	10% mindestens · € 1.000,00	max. 70 % der Deckungssumme, jeweils für den Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand.
	Vorschuss von Entschädigungen	----	----	Summe des Schadensfalls, der sicher über dem Betrag von € 100.000,00 liegt
	Sturz von Personen- und Lastenaufzügen	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Schäden infolge behördlicher Anweisungen	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police

	Behandlungs- Abbruch, Räumung und Transport	----	----	max. 10 % der Entschädigung laut Police.
	Kosten für Wiederherstellung der gemauerten Teile	€ 150,00	----	max. € 3.500,00 für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
	Gutachterkosten	----	----	max. 1 % der Entschädigung, höchstens € 3.500,00 pro Schadensfall.
	Austausch Platten und Schilder	€ 250,00	----	max. € 3.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr, für Schäden an versicherten Sachen durch Bruch von versicherten Platten oder Schildern: max. 15 % der Entschädigung.
	Mietausfall	€ 150,00	----	max. 3 Monatsmieten, höchstens € 3.000,00
	Waren bei Dritten	----	----	10 % der Deckungssumme für den Brand von Hausrat/Bestand pro individuellem Standort/Schadensfall, max. € 40.000,00
	Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Wertgegenstände, Pelzmäntel, Teppiche, Gemälde, Sammlungen, Kunstgegenstände im Allgemeinen	----	----	max. 5 % der Deckungssumme für den Brand von Hausrat/Bestand bei einem oder mehreren Schadensfällen im Versicherungsjahr mit der Höchstgrenze € 2.500,00 pro Schadensfall. Bei Aufbewahrung im Tresor mit aktivierter Verriegelungsvorrichtung: max. 20 % der Deckungssumme für den Brand von Hausrat/Bestand bei einem oder mehreren Schadensfällen im Versicherungsjahr mit der Höchstgrenze € 10.000,00 pro Schadensfall. Teppiche, Gemälde, Sammlungen und Kunstgegenstände allgemein: max. 10 % der Deckungssumme für den Brand von Hausrat/Bestand bei einem oder mehreren Schadensfällen im Versicherungsjahr mit der Höchstgrenze € 5.000,00 pro individuellem Gegenstand und € 25.000,00 pro einzelner Sammlung.
	Hausrat/Bestand im Freien	----	----	max. € 100.000,00 pro Standort/Schadensfall.
	Verkaufspreis	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Hausrat/Bestand der Nebengebäude	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police

DECKUNGEN	LEISTUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN
Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand	BRANCHE LANDWIRTSCHAFT			
	Verlust von Vieh	----	10% mindestens € 1.000,00	max. 40 % der Deckungssumme für den Brand von Hausrat/Bestand bei einem oder mehreren Schadensfällen im Versicherungsjahr mit der Höchstgrenze € 30.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr und € 2.000,00 pro Tier.

	Schäden am Futter	€ 250,00	----	max. € 150.000,00 für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
	Schäden an den Pflanzungen	€ 1.000,00	----	20 % der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand, mit der Höchstgrenze von € 500.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr (für Schäden infolge von Unterbrechung oder Aussetzung der Nutzung der Güter, von geschäftlichen und landwirtschaftlichen Tätigkeiten oder Dienstleistungen; 10 % der Deckungssumme für Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand pro Schadensfall).
	Schäden durch Auslaufen von Flüssigkeiten	7 Tage	----	Tagegeld bis € 300,00 für jeden Arbeitstag vollständiger Inaktivität.
	Schäden am Eigentum von Feriengästen des Bauernhofs	€ 1.000,00	----	max. € 10.000,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr.
	Witterungsschäden an Gewächshäusern	----	10% mindestens € 1.000,00	max. 70 % der Deckungssumme, jeweils für den Brand von Gebäude und Hausrat/Bestand.
	BRANCHE FREMDENVERKEHR UND GASTSTÄTTENGEWERBE			
	Schäden am Eigentum von Hotel-, Pensions- und B&B-Gästen	----	----	Summe des Schadensfalls, der sicher über dem Betrag von € 100.000,00 liegt
	BRANCHE HANDEL			
	Schäden durch Ausübung von ambulantem Handel	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Verlust von pharmazeutischen Strichcode-Etiketten (Apotheken)	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	BRANCHE INDUSTRIE UND HANDWERK			
	Übergebene oder anvertraute Fahrzeuge und/oder Boote	----	----	max. € 3.500,00 für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
Mieterhaftpflicht	----	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police

DECKUNGEN	LEISTUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN
Diebstahl und Raub	Untreue der Beschäftigten	----	10% mindestens · € 500,00	max. 10 % des versicherten Kapitals für einen oder mehrere Schadensfälle/Versicherungsjahr, höchstens € 2.500,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr.
	Transport von Wertsachen	€ 250,00	10% mindestens · € 500,00	max. 10 % des versicherten Kapitals für einen oder mehrere Schadensfälle/Versicherungsjahr, höchstens € 2.500,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr.
	Schäden und Vandalismus an Gebäuden	€ 1.000,00	10% mindestens · € 500,00	max. 10 % des versicherten Kapitals für einen oder mehrere Schadensfälle/Versicherungsjahr, höchstens € 2.500,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr.
	Diebstahl und Raub von Waren und Maschinen bei Dritten	7 Tage	10% mindestens · € 500,00	max. 15 % des versicherten Kapitals für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
	Behandlungskosten	€ 1.000,00	10% mindestens · € 500,00	€ 1.500,00 für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
	Verkaufspreis	----	10% mindestens · € 500,00	Entschädigungsgrenze laut Police.
	Sachen im Freien	----	10% mindestens · € 500,00	max. 20 % des versicherten Kapitals für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
	Bestand der Nebengebäude	----	10% mindestens · € 500,00	max. 10 % des versicherten Kapitals für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
	Bargeld und Wertsachen an beliebigem Aufbewahrungsort	----	10% mindestens · € 500,00	Entschädigungsgrenze laut Police
	Bargeld und Wertsachen in Wandtresor, am Boden verankertem Tresor oder Tresorschrank	----	10% mindestens · € 500,00	€ 1.500,00 pro Schadensfall/Versicherungsjahr.
	Diebstahl und Raub von Teppichen, Gemälden, Sammlungen, Kunstgegenständen	----	10% mindestens · € 500,00	Entschädigungsgrenze laut Police
	Raub von Sachen des Versicherten, seiner Familie oder seiner Beschäftigten	€ 250,00	----	€ 1.000,00 pro Person und € 3.000,00 pro Versicherungsjahr;

	Jede andere Ursache bei Bestehen einer von IMQ zertifizierten Alarmanlage oder einer automatischen Nebelanlage für den Diebstahlschutz entsprechend ISO 9001-2000	----	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Jede andere Ursache bei Fehlen und/oder Ausfall und/oder mangelnder Aktivierung einer von IMQ zertifizierten Alarmanlage oder einer automatischen Nebelanlage für den Diebstahlschutz	----	10% mindestens · € 500,00	
	ERWEITERUNGEN DER DECKUNG FÜR BESTIMMTE BRANCHEN			
	BRANCHE LANDWIRTSCHAFT			
	Diebstahl von Vieh	----	20% mindestens · € 500,00	
	Mitgebrachte oder anvertraute Sachen	----	10% mindestens · € 500,00	

DECKUNGEN	LEISTUNGEN	SELBSTBEHALTE	SELBSTBETEILIGUNGEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN
Diebstahl und Raub	BRANCHE HANDEL			
	Pharmazeutische Strichcode-Etiketten	----	10% mindestens · € 500,00	€ 7.500,00 pro Schadensfall
	BRANCHE FREMDENVERKEHR UND GASTSTÄTTENGEWERBE			
	Von Gästen mitgebrachte oder anvertraute Sachen	----	10% mindestens · € 500,00	Sachen des persönlichen Gebrauchs: 15% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr mit der Höchstgrenze von € 1.500,00 pro Gegenstand. Bargeld und Wertsachen: max. 15 % des versicherten Kapitals für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr. Motorfahrzeuge: 30% des versicherten Kapitals für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
Elektronik und Maschinenpannen	Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten, Rauch	€ 500,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Diebstahl, Raub und Handlungen Dritter	€ 500,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Witterungsereignisse	€ 500,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police

	Maschinenpannen durch Zentrifugalkraft, Vibrationen, unvorhersehbare Belastungen und Fremdkörper	----	25% mindestens · € 500,00	Entschädigungsgrenze laut Police
	Verschütten von Flüssigkeiten	€ 500,00	----	Entschädigungsgrenze laut Police
	Elektrische Störfälle	----	15% mindestens · € 500,00	Entschädigungsgrenze laut Police
	Unerfahrenheit, Nachlässigkeit, Bedienfehler	€ 500,00	----	30% der Deckungssumme pro Schadensfall.
	Ausfall oder fehlerhafter Betrieb von Steuergeräten	€ 500,00	----	30% der Deckungssumme pro Schadensfall.
	Gesellschaftspolitische Ereignisse und vorsätzliche Taten	----	15% mindestens · € 1.500,00	60% der Deckungssumme pro Schadensfall.
	Schäden an Leitungen und elektronischen Ventilen	€ 500,00	----	10 % des Werts des beschädigten Geräts, höchstens € 3.500,00 pro Schadensfall.
	Schäden an außerhalb der versicherten Sachen gelegenen Leitungen	€ 250,00	----	10 % des Werts des beschädigten Geräts, höchstens € 2.500,00 pro Schadensfall.
	Sachen versicherte Sachen mit einer Lebensdauer von über 7 Jahren ab Herstellung	----	25% mindestens · € 2.500,00	----
	Jede andere Ursache	€ 500,00	----	----

DECKUNGEN	LEISTUNGEN	SELBSTBEHALTE/WARTEZEITEN	SELBSTBETEILIGUNGEN	ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN
	Direkte Schäden All Risks	--	5%, mindestens € 750,00;	--
	Diebstahl, Raub und Handlungen Dritter	--	20%, mindestens € 750,00;	Entschädigungsgrenze laut Police
	Witterungsschäden	--	15%, mindestens € 750,00;	max. 40% der Deckungssumme für Wind und übermäßige Schneelast; max. 70% der Deckungssumme für andere Witterungsschäden.
	Einbrechen oder Abrutschen des Erdbodens	--	20%, mindestens € 750,00;	max. 40 % der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.

	Panne und/oder elektrischer Störfall	--	- Anlagen, bei denen nicht mehr als 7 Jahre ab Datum der Abnahmebescheinigung verstrichen sind: 10%, mindestens € 1.250,00; - Anlagen, bei denen mehr als 7 Jahre ab Datum der Abnahmebescheinigung verstrichen sind: 30%, mindestens € 2.500,00	Anlagen, bei denen nicht mehr als 7 Jahre ab Datum der Abnahmebescheinigung verstrichen sind: max. 30% der Deckungssumme; - Anlagen, bei denen mehr als 7 Jahre ab Datum der Abnahmebescheinigung verstrichen sind: 20 % der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle pro Versicherungsjahr.
	Indirekte Schäden	Für Anlagen mit Fernwirkeinrichtung: 3 Tage	--	Für Anlagen mit Fernwirkeinrichtung: max. 60 Tage nach Abzug des Selbstbehalts; für Anlagen ohne Fernwirkeinrichtung: ein Pauschalbetrag von 10% der gemäß Bedingungen für die direkten Schäden All Risk für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr ausgezahlten Entschädigung.
CYBER	Erstattung von Wiederherstellungskosten	--	10%, mindestens € 500,00;	Entschädigungsgrenze laut Police



Welche Verpflichtungen habe ich? Welche Verpflichtungen hat das Unternehmen?

Was tun im Schadensfall?	SCHADENSMELDUNG ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF ALLE ABSCHNITTE (mit Ausnahme von ABSCHNITT 2, ABSCHNITT 5, ABSCHNITT 6, ABSCHNITT 7, ABSCHNITT 8 und ABSCHNITT 10) • Auf dem Postweg: Net Insurance S.p.A. c/o Postfach 106 - 26100 CREMONA - Italien • Per E-Mail: claims@netinsurance.it Fax +39 0697625707 ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF: ABSCHNITT 2 (Entschädigung für Schwere Erkrankungen) - ABSCHNITT 5 (Deckungen „Tagegeld“, „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“, „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“ und „Dental“) • Auf dem Postweg: Net Insurance S.p.A. c/o Postfach 106 - 26100 CREMONA - Italien • Per Telefon: 02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr (auch bei Klärungsbedarf) • Tool Schadensfälle: bei den Sparkassenfilialen verfügbare Applikation für Meldung und Tracking von Schadensfällen • Per E-Mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it • Über das Internet oder über die hierfür vorgesehene App: https://app.myassistance.eu ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF: ABSCHNITT 6 (Beistand für Personen), ABSCHNITT 7 (Reisebeistand Travel) und ABSCHNITT 8 (Reisebeistand Travel Gold) EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. • in Italien unter der kostenlosen Rufnummer: 800 542 009 • aus dem Ausland unter der Nummer: +39.02.58.28.65.49 • Besteht keine Möglichkeit für einen telefonischen Kontakt, senden Sie bitte ein Telegramm oder ein Einschreiben an: EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. - Via del Mulino 4 - 20057 Assago (MI) • oder ein Fax an die Nummer: +39.02.58.47.72.01 ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF: ABSCHNITT 10 (Rechtsschutz) ARAG SE - Allgemeine Vertretung und Generaldirektion Italien, Viale del Commercio 59 - 37135 VERONA • Telefonzentrale: 045.8290411 • Faxnummer für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: 045 8290557 • E-Mail-Adresse für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: denunce@ARAG.it, • Faxnummer für die anschließende Übermittlung von Unterlagen für die Abwicklung des Schadensfalls 045.8290449 SONSTIGE INFORMATIONSANFRAGEN • Kostenlose Rufnummer 800 9096 44 (Contact Center) • Website: www.netinsurance.it/wecare • Fax + 39 06 97625707 ZUR EINSENDUNG EINER BESCHWERDE Net Insurance Life S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM (Temporäre Todesfallversicherung) Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM Fax +39 06 89326570 PEC (zertifizierte E-Mail-Adresse): ufficio.reclami@pec.netinsurance.it Für den ABSCHNITT - Temporäre Todesfallversicherung Im Falle des Ablebens des Versicherten haben die Anspruchsberechtigten den Versicherer schriftlich zu informieren. Der Aufforderung zur Auszahlung der Versicherten Leistung sind beizulegen: • vom zuständigen Standesamt ausgestellte Sterbeurkunde im Original oder gleichwertige Urkunde;
---------------------------------	--

- Totenschein des Arztes, der den Tod festgestellt hat;
- Kopie der Krankenakte, falls der Tod in einer öffentlichen oder privaten Krankenhauseinrichtung eingetreten ist;
- Protokolle der zuständigen Behörden bei gewaltsamem oder Unfalltod.
- Falls die Begünstigten die gesetzlichen oder testamentarischen Erben des Versicherten sind, haben sie ihre Berechtigung zum Empfang der Versicherten Leistung durch Einsendung folgender Unterlagen zu belegen:
- beglaubigte Kopie des ggf. vorhandenen Testaments, samt Erklärung, dass das beiliegende Testament das einzige oder letzte gültige, nicht angefochtene Testament ist;
- notarielle Beurkundung, mit der bestätigt wird, dass kein Testament vorhanden ist, und die gesetzlichen Erben benannt werden;
- Beschluss des Vormundschaftsgerichts, mit dem die Person bestimmt wird, die die Versicherte Leistung entgegennehmen darf, wenn der Begünstigte minderjährig oder nicht geschäftsfähig ist, samt Freistellung des Versicherers von jeder Verantwortung;
- Kopie von Ausweis und Steuerkarte des Begünstigten.

Für den ABSCHNITT - Entschädigung für Schwere Erkrankungen

Falls dem Versicherten eine Schwere Erkrankung diagnostiziert wird, hat der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder deren Beauftragter innerhalb von 15 Tage ab Diagnosedatum der Schwere Erkrankung oder ab dem Moment, in dem dies möglich wurde, eine schriftliche Meldung einzureichen, der folgende Dokumentation beizulegen ist:

- ein fachärztliches Attest für die diagnostizierte schwere Erkrankung und den sonstigen Gesundheitszustand des Versicherten;
- die vollständige Kopie der medizinischen Unterlagen (Krankenakte/Gerätediagnostik/histologische Befunde usw.), aus denen das Datum der Erstdiagnose der Krankheit des Versicherten, die das Ereignis verursacht hat, hervorgeht.

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten an die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs nach sich ziehen.

Ferner ist der Versicherte verpflichtet, sich - auf Anfrage des Versicherers - den erforderlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen, um die Feststellung der Schwere Erkrankung bei medizinischen Einrichtungen und durch Vertrauensärzte des Versicherers zu ermöglichen.

Für den ABSCHNITT - Unfälle

Im Schadensfall haben der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger NET INSURANCE S.p.A. binnen 3 Tagen ab Kenntnisnahme formgerecht zu benachrichtigen. Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs nach sich ziehen. Die Meldung des Unfalls ist an den Satzungssitz des Versicherers zu senden und muss die Angabe von Ort, Datum, Uhrzeit und Ursache des Ereignisses beinhalten und von einem ärztlichen Attest begleitet sein. Der Versicherte hat sich den ggf. von Net Insurance S.p.A. angeordneten Untersuchungen und ärztlichen Kontrollen zu unterziehen und dieser jede Information samt Kopien der ärztlichen Dokumentation und der Krankenakte (wo zutreffend) zu übermitteln; zu diesem Zweck sind die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben von ihrer Schweigepflicht zu befreien und es ist der Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß geltender einschlägiger Gesetzgebung zuzustimmen. Es ist eine Untersuchung bei einem vom Versicherer beauftragten Vertrauensarzt vorgesehen, falls ersterer eine Überprüfung der Art der durch den gemeldeten Unfall verursachten Verletzungen für erforderlich hält.

Im Falle des Ablebens des Versicherten haben dessen Rechtsnachfolger dem Versicherer zu gestatten, die erforderlichen Ermittlungen, Beurteilungen und Nachforschungen anzustellen.

Die Ausgaben für ärztliche Atteste und jede andere verlangte medizinische Dokumentation gehen zu Lasten des Versicherten mit Ausnahme der Untersuchung beim Vertrauensarzt des Versicherers, wenn verlangt.

Für den ABSCHNITT KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT

Im Schadensfall haben der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger den Versicherer binnen 3 Tagen, nachdem nach ärztlichem Ermessen Anlass zur Annahme besteht, dass eine Krankheit die geleistete Deckung betrifft, formgerecht zu benachrichtigen. Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen. Die Meldung muss von einem ärztlichen Attest für die vorliegende Invalidität begleitet sein.

Der Versicherte hat dem Versicherer Informationen zum Krankheitsverlauf zu übermitteln, indem eine Kopie der Patientenakte etwaiger Krankenhausaufenthalte und weitere geeignete Unterlagen für eine Beurteilung der beeinträchtigenden Krankheitsfolgen bereitgestellt werden; sich eventuell vom Versicherer oder seinen Beauftragten angeordneten ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen zu unterziehen; dem Versicherer das ärztliche Attest, mit dem die Stabilisierung der Krankheitsfolgen bestätigt wird, zu übermitteln.

Nach Ablauf von 6 Monaten ab Datum des ärztlichen Attests, mit dem die Stabilisierung der Krankheitsfolgen bestätigt wird, und nicht früher als 12 Monate ab Erstmeldung (18 im Falle von

Tumorerkrankungen) hat der Versicherte ein spezifisches ärztliches Attest vorzulegen, mit dem der Grad der bleibenden Invalidität bescheinigt wird, die direkt und ausschließlich auf die gemeldete Krankheit zurückzuführen ist.

Sollte es nach Ablauf dieser Frist nach Ermessen des behandelnden Arztes nicht möglich sein, die Stabilisierung der Krankheitsfolgen zu bescheinigen, kann der Versicherte dennoch spezifische ärztliche Dokumentation zur Bescheinigung des zum Moment des Antrags zurückgebliebenen Grads bleibender Invalidität vorlegen.

Falls der Versicherte kein Attest beibringt, wird der Versicherer seinerseits binnen maximal 24 Monaten ab Meldung für die Bestimmung des Grades der direkt und ausschließlich von der gemeldeten Krankheit verursachten, bleibenden Invalidität auf Grundlage der angeordneten Untersuchungen und ärztlichen Kontrollen sorgen.

Falls der Vertrag abläuft, bevor die Krankheit gemeldet werden konnte, kann diese Meldung noch binnen 2 Jahren nach Vertragsablauf eingereicht werden, vorausgesetzt dass die Krankheit noch während der Laufzeit der Police zutage getreten war.

Die Ausgaben für ärztliche Atteste und jede andere verlangte medizinische Dokumentation gehen zu Lasten des Versicherten mit Ausnahme der Untersuchung beim Vertrauensarzt des Versicherers, wenn verlangt.

Für den ABSCHNITT - Gesundheit

Für die Bearbeitung und Abwicklung der Schadensfälle greift der Versicherer auf die Betriebszentrale mit Satzungssitz in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Mailand zurück, die unter folgender Telefonnummer Anrufe aus Italien und dem Ausland entgegennimmt: 02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr für Informationen zu den Deckungen, der Vorgehensweise zur Aktivierung der Leistungen und zum Schadensfall (Meldung und Angaben zum Bearbeitungsstand).

Durch die Kontaktaufnahme zur Betriebszentrale leistet der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine von diesen beauftragte Person automatisch die Einwilligung zur Verarbeitung ihrer Daten.

Deckungen für Krankenhausleistungen

1. Tagegeld

Nach Abschluss der Behandlung erkennt der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge zu, nachdem folgende Unterlagen in Fotokopie eingereicht wurden:

- komplette Krankenakte und Entlassungsbrief im Falle von Stationärer Aufnahme mit oder ohne Operation auch in der Form von Tagesklinik / Tageschirurgie;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten an die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

Die Leistungen bei Stationärer Aufnahme ohne Operation und ohne ärztliches Attest für Fälle, die nicht durch die klinische Situation eines Akutfalles gerechtfertigt sind („Unnötige Stationäre Aufnahme“) werden ausschließlich im Rahmen der anderen medizinischen Leistungen erstattet, falls diese vom erworbenen Versicherungsplan abgedeckt werden.

2. Surgical Cash

Der Versicherte kann:

- Beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung bei der Betriebszentrale auswählt (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein);
- Die Erstattung von Kosten beantragen, die in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen entstanden sind.

2.1. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Die Direktzahlung erfolgt unter der Bedingung, dass der Versicherte Vertragseinrichtungen bei der Betriebszentrale (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein) in Anspruch nimmt und dass er bei letzterer die Genehmigung der Direktzahlung mindestens zwei Werktage im Voraus beantragt hat; andernfalls ist dieser Service nicht verfügbar.

Von der Voranmeldung kann allein bei Notfällen abgesehen werden.

Der Versicherte hat die vom Hausarzt oder Facharzt ausgefüllte Überweisung, die nachstehende Angaben zu enthalten hat, an die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden:

- Vor- und Nachname des Versicherten, der die Leistung in Anspruch nehmen soll;
- diagnostizierte oder vermutete Krankheit mit Angabe des Datums des Krankheitsbeginns;
- Stationäre Aufnahme mit Operation, Tageschirurgie oder Ambulante Operation: Art der erforderlichen Operation;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

2.2. Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)

Nach Abschluss der Behandlung erstattet der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge, nachdem folgende Unterlagen in Fotokopie eingereicht wurden:

- komplette Krankenakte und Entlassungsbrief im Falle von Stationärer Aufnahme mit oder ohne Operation auch in der Form von Tageschirurgie;
- detaillierter fachärztlicher Befund, mit dem die Art der Erkrankung und die erbrachte Leistung im Falle einer ambulant durchgeführten Operation attestiert werden;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten an die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

3. Erstattung von Behandlungskosten

Der Versicherte kann:

- Beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung bei der Betriebszentrale auswählt (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein);
- Die Erstattung von Kosten beantragen, die in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen entstanden sind.

3.1. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Die Direktzahlung erfolgt unter der Bedingung, dass der Versicherte Vertragseinrichtungen bei der Betriebszentrale (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein) in Anspruch nimmt und dass er bei letzterer die Genehmigung der Direktzahlung mindestens zwei Werktage im Voraus beantragt hat; andernfalls ist dieser Service nicht verfügbar.

Von der Voranmeldung kann allein bei Notfällen abgesehen werden.

Der Versicherte hat die vom Hausarzt oder Facharzt ausgefüllte Überweisung, die folgende Angaben zu enthalten hat, an die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden:

- Vor- und Nachname des Versicherten, der die Leistung in Anspruch nehmen soll;
- diagnostizierte oder vermutete Krankheit mit Angabe des Datums des Krankheitsbeginns;
- Stationäre Aufnahme mit Operation, Tageschirurgie oder Ambulante Operation: Art der erforderlichen Operation;
- Stationäre Aufnahme ohne Operation oder Tagesklinik: zwecks Diagnose oder Behandlung;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Die Leistungen bei Stationärer Aufnahme ohne Operation und ohne ärztliches Attest für Fälle, die nicht durch die klinische Situation eines Akutfalles gerechtfertigt sind („Unnötige Stationäre Aufnahme“), werden ausschließlich im Rahmen der anderen medizinischen Leistungen erstattet.

3.2. Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)

Nach Abschluss der Behandlung erstattet der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge, nachdem die ordnungsgemäß quitierten Rechnungen oder Ausgabenbelege in Fotokopie eingereicht worden sind samt:

- kompletter Krankenakte und Entlassungsbrief im Falle von Stationärer Aufnahme mit oder ohne Operation auch in der Form von Tagesklinik / Tageschirurgie;
- detaillierter fachärztlicher Befund, mit dem die Art der Erkrankung und die erbrachte Leistung im Falle einer ambulant durchgeführten Operation attestiert werden;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten an die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

Deckungen anderer medizinischer Leistungen

4. „Gerätediagnostik“, „fachärztliche Untersuchungen“ und „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“

Der Versicherte kann:

- Beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung bei der Betriebszentrale auswählt (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein);
- Die Erstattung von Kosten beantragen, die in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen entstanden sind.

4.1. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Die Direktzahlung erfolgt unter der Bedingung, dass der Versicherte Vertragseinrichtungen bei der Betriebszentrale (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein) in

Anspruch nimmt und dass er bei letzterer die Genehmigung der Direktzahlung mindestens zwei Werktage im Voraus beantragt hat; andernfalls ist dieser Service nicht verfügbar.

Von der Voranmeldung kann allein bei Notfällen abgesehen werden.

Der Versicherte hat die vom Hausarzt oder Facharzt ausgefüllte Überweisung, die folgende Angaben zu enthalten hat, an die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden:

- Vor- und Nachname des Versicherten, der die Leistung in Anspruch nehmen soll;
- diagnostizierte oder vermutete Krankheit mit Angabe des Datums des Krankheitsbeginns;
- Art der Leistung (z.B. Orthopädische Untersuchung, Ultraschall des Abdomens usw.);
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall oder die Krankheit objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

4.2 Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)

Nach Abschluss der Behandlung erstattet der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge, nachdem die ordnungsgemäß quitierten Rechnungen oder Ausgabenbelege in Fotokopie eingereicht worden sind samt:

- vom Hausarzt oder Facharzt ausgestellte Überweisung, auf der die Art der Leistung, die diagnostizierte oder vermutete Krankheit und das Datum des Auftretens angegeben sind; allein für fachärztliche Untersuchungen darf anstelle der Überweisung der Befund des Facharztes eingereicht werden;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

5. Dental

Der Versicherte kann:

- Beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung wählt;
- Die Erstattung von Kosten beantragen, die in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen entstanden sind.

5.1. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Der Versicherte ist verpflichtet, zunächst die Betriebszentrale unter der Telefonnummer 02 303500015 zu kontaktieren und die Genehmigung der Direktzahlung anzufordern.

Die Betriebszentrale wird den Termin bei der Vertragseinrichtung für den Versicherten vereinbaren.

Bei der erstmaligen Aktivierung der Police hat der Zahnarzt ein Odontogramm anzufertigen, mit dem der Gesundheitszustand des Gebisses des Versicherten festgehalten wird.

Während der ersten Untersuchung wird der Versicherte ferner dazu aufgefordert, gemeinsam mit dem Zahnarzt ein Budget seiner zahnärztlichen Versorgung (BZV) für die Genehmigung der im Versicherungsplan enthaltenen Leistungen zu unterzeichnen. Nicht im Versicherungsplan enthaltene Leistungen werden direkt dem Versicherten berechnet.

Das Odontogramm und das BZV werden von der Vertragseinrichtung direkt an die Betriebszentrale übermittelt.

Falls aufgrund eines Unfalls eine Leistung notwendig wird, hat der Versicherte der Betriebszentrale den Befund der Notaufnahme oder andere Unterlagen zu übermitteln, in denen der erlittene Unfall dokumentiert wird (z.B. Panorama-Röntgenaufnahme, andere Röntgenbilder).

Das Verzeichnis der Vertragseinrichtungen ist auf der Website <http://www.myassistance.it/networks/network-odontowelfare/elenco-strutture.html> oder auf der hierfür vorgesehenen App der Betriebszentrale verfügbar, auf welche der Versicherte mit seinen Login-Daten zugreifen kann.

5.2 Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)

Nach Abschluss der Behandlung hat der Versicherte den Erstattungsantrag mit folgenden Anhängen einzusenden:

- vollständig - ggf. mit Unterstützung durch den Zahnarzt - ausgefülltes und vom Versicherten unterzeichnetes Erstattungsformular; Kopie der steuergültigen Rechnung mit Detailangabe der erbrachten Leistungen, deren Kosten und jeweiligem Ausführungsdatum;
- falls aufgrund eines Unfalls Leistungen notwendig werden, sind der Befund der Notaufnahme oder andere Unterlagen zu übermitteln, in denen der erlittene Unfall dokumentiert wird (z.B. Panorama-Röntgenaufnahme, andere Röntgenbilder).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten per E-Mail an die Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

Die Zahlung der Entschädigung im Schadensfall wird vom Versicherer bei Empfang der gesamten, vollständigen Dokumentation zuerkannt und erfolgt, falls sich der Schadensfall im Untersuchungsverfahren als gemäß Police entschädigungsfähig ergibt.

Hinsichtlich der Angaben unter den vorausgehenden Punkten 2, 3 und 4 in Bezug auf den Abschnitt Gesundheit wird hervorgehoben, dass das Verzeichnis der Vertragseinrichtungen auf der Website <http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.html> oder auf der hierfür vorgesehen App der Betriebszentrale, auf welche der Versicherte mit seinen Login-Daten zugreifen kann, verfügbar ist.

Für die ABSCHNITTE - Personenbeistand, Reisebeistand Travel und Reisebeistand Travel Gold

Der Versicherte kann sich unter folgenden Rufnummern an die Organisationsstruktur mit 24/7-Bereitschaft wenden:

- in Italien unter der Rufnummer: 800 542 009
- aus dem Ausland unter der Nummer: +39.02.58.28.65.49
- Besteht keine Möglichkeit für einen telefonischen Kontakt, senden Sie bitte ein Telegramm oder ein Einschreiben an:
EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Via del Mulino 4 - 20057 Assago (MI)
- oder ein Fax an die Nummer: +39.02.58.47.72.01

Auf jeden Fall hat der Versicherte genau anzugeben:

- Die Art der benötigten Beistandsleistung
- Nach- und Vorname
- Nummer der Police
- Anschrift seines momentanen Aufenthaltsortes
- Eine Telefonnummer, über welche sich die Organisationsstruktur im Verlauf der Beistandsleistung an ihn wenden kann.

Für den ABSCHNITT - Haftpflicht (Deckung - Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht)

Der Versicherte hat NET INSURANCE binnen 3 Tagen ab Kenntnisnahme des Schadensfalls schriftlich zu benachrichtigen (entsprechend Angabe in Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs), wobei eine Beschreibung des Sachverhalts, die Angabe der Folgen, der Name der Geschädigten und, wenn möglich, die Zeugen sowie Datum, Ort und Ursache des Schadensfalls zu nennen sind. Die den Schadensfall betreffenden Berichte, Dokumente, Polizei- und Gerichtsakten sind so bald wie möglich nachzureichen, wobei sich der Versicherte bemühen muss, Elemente zu seiner Verteidigung zu erheben und sich jeder Aussage zur eigenen Verantwortung zu enthalten. Werden oben genannte Verpflichtungen nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs nach sich ziehen.

Für den ABSCHNITT - Rechtsschutz

Der Versicherte hat die Pflicht, alle Schadensfälle unmittelbar, nachdem sie sich ereignet haben und/oder er Kenntnis von diesen erlangt hat, zu melden. Schadenfälle sind zu melden bei:

ARAG SE

Allgemeine Vertretung und Generaldirektion Italien, Viale del Commercio 59 - 37135 VERONA

Telefonzentrale: 045.8290411,

Faxnummer für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: 045.8290557,

E-Mail-Adresse für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: denunce@ARAG.it,

Faxnummer für die anschließende Übermittlung von Unterlagen für die Abwicklung des Schadensfalls 045.8290449

Der Versicherte kann sich direkt an diese Stellen wenden.

Für den ABSCHNITT BRAND - Schäden an Gebäude und/oder Bestand/Hausrat - im Schadensfall

Der Versicherte hat:

- a) alles in seiner Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu vermeiden bzw. zu begrenzen;
- b) NET INSURANCE S.p.A. innerhalb 3 Tagen, nachdem er Kenntnis vom Schadensfall erhalten hat, gemäß Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs Meldung zu erstatten;
- c) bei strafbaren Handlungen unverzüglich Anzeige bei den zuständigen Gerichts- oder Polizeibehörden zu erstatten. In der Anzeige sind anzugeben: Anfangszeitpunkt des Schadensfalls, vermutete Ursache und geschätzter Umfang des Schadens unter Angabe von NET INSURANCE S.p.A. als Versicherer der beschädigten, zerstörten oder entwendeten Güter. Eine Kopie der Schadensmeldung ist anschließend an NET INSURANCE S.p.A. zu übermitteln;
- d) NET INSURANCE S.p.A. binnen 5 Tagen nach Meldung des Schadensfalls eine detaillierte Liste der zerstörten, beschädigten oder entwendeten Güter mit Angabe des jeweiligen Wertes zu übermitteln, falls diese Liste andere Informationen enthält als die bereits mit der Meldung getätigten Angaben.

Falls der Versicherte oder der Versicherungsnehmer einer der unter a. und/oder b. angegebenen Verpflichtungen nicht nachkommt, kann er seinen Entschädigungsanspruch ganz oder teilweise verlieren.

Ausgaben, die zur Erfüllung der Verpflichtungen laut a. getragen werden, gehen zu Lasten von Net

	Insurance S.p.A. Der Versicherte hat ferner die Pflicht: a) die Spuren und Rückstände des Schadensfalls so lange aufzubewahren, bis der von NET INSURANCE S.p.A. beauftragte Sachverständige den Ort zur Schätzung des Schadens inspiziert hat. Wird keine Inspektion der Spuren und Rückstände des Schadensfalls verlangt, sind diese aufzubewahren, bis NET INSURANCE S.p.A. den Schaden ausgezahlt hat, ohne dass dafür eine Entschädigung zustünde; b) eine detaillierte Liste der erlittenen Schäden mit Angabe von Art, Menge und Wert der zerstörten, entwendeten oder beschädigten Güter vorzubereiten sowie auf Anfrage ein detailliertes Inventar der zum Moment des Schadensfalls vorhandenen anderen versicherten Güter mit Angabe des jeweiligen Werts zu verfassen sowie sämtliche Unterlagen (Quittungen, Rechnungen, Verzeichnisse, Aufstellungen usw.) bereitzustellen, die von NET INSURANCE S.p.A. oder den Gutachtern zum Zwecke der ggf. auch bei Dritten durchgeführten Ermittlungen und Kontrollen angefordert werden.
	Für den ABSCHNITT - Diebstahl und Raub Im Schadensfall hat der Versicherte (oder Versicherungsnehmer): a) alles in seiner Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu vermeiden bzw. zu begrenzen, sich umgehend auf dem wirksamsten Wege um die Wiedererlangung der entwendeten Güter und die Erhaltung und Bewahrung der verbliebenen, auch der ggf. beschädigten Güter zu bemühen; b) NET INSURANCE S.p.A. innerhalb 3 Tagen, nachdem er Kenntnis vom Schadensfall erhalten hat, gemäß Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs Meldung zu erstatten; c) umgehend Anzeige bei der zuständigen Gerichtsbehörde oder lokalen Polizei zu erstatten. In der Anzeige sind anzugeben: Anfangszeitpunkt des Schadensfalls, vermutete Ursache und geschätzter Umfang des Schadens unter Angabe von NET INSURANCE S.p.A. als Versicherer der geschädigten, zerstörten oder entwendeten Güter. Eine Kopie der Schadensmeldung ist anschließend an NET INSURANCE S.p.A. zu übermitteln; d) NET INSURANCE S.p.A. binnen 5 Tagen nach Meldung des Schadensfalls eine detaillierte Liste der zerstörten, beschädigten oder entwendeten Güter mit Angabe des jeweiligen Wertes zu übermitteln, falls diese Liste andere Informationen enthält als die bereits mit der Meldung getätigten Angaben. e) ist umgehend die Entwendung von Wertpapieren (auch dem Schuldner) zu melden und - wenn gesetzlich zulässig - deren Abschreibung vorzunehmen. Falls der Versicherte einer der unter a. und/oder b. angegebenen Verpflichtungen nicht nachkommt, kann er seinen Entschädigungsanspruch ganz oder teilweise verlieren. Ausgaben, die zur Erfüllung der Verpflichtungen laut a. und e. getragen werden, gehen zu Lasten von NET INSURANCE S.p.A. Der Versicherte hat ferner die Pflicht: a) nicht gestohlene bzw. unversehrt gebliebene Güter, materielle Indizien der Straftat bzw. Spuren und Rückstände des Schadensfalls aufzubewahren, bis der von NET INSURANCE S.p.A. beauftragte Gutachter seine Inspektion zur Schadensbeurteilung vorgenommen hat. Wird keine Inspektion der Spuren und Rückstände des Schadensfalls verlangt, sind diese aufzubewahren, bis NET INSURANCE S.p.A. den Schaden reguliert hat, ohne dass dafür eine Entschädigung zustünde. b) eine detaillierte Liste der erlittenen Schäden mit Angabe von Art, Menge und Wert der zerstörten, entwendeten oder beschädigten Güter vorzubereiten sowie auf Anfrage ein detailliertes Inventar der zum Moment des Schadensfalls vorhandenen anderen versicherten Güter mit Angabe des jeweiligen Werts zu verfassen sowie sämtliche Unterlagen (Quittungen, Rechnungen, Verzeichnisse, Aufstellungen usw.) bereitzustellen, die von NET INSURANCE S.p.A. oder den Gutachtern zum Zwecke der ggf. auch bei Dritten durchgeführten Ermittlungen und Kontrollen angefordert werden. Für den ABSCHNITT - Elektronik und Maschinenpannen sowie Erneuerbare Energien Im Schadensfall hat der Versicherungsnehmer: a) alles in seiner Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu vermeiden oder zu begrenzen, indem die Anweisungen von NET INSURANCE S.p.A. vor der Reparatur befolgt werden, deren Kosten gemäß Gesetz (Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs) zu Lasten von NET INSURANCE S.p.A. gehen; b) NET INSURANCE S.p.A. innerhalb 3 Tagen, nachdem er Kenntnis vom Schadensfall erhalten hat, gemäß Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs Meldung zu erstatten; c) bei Diebstahl, Raub, Brand oder mutmaßlich vorsätzlichem oder durch Vandalismus verursachtem Schadensfall binnen der folgenden 3 Tage bei den zuständigen Gerichts- oder

	Polizeibehörden Anzeige zu erstatten unter Angabe von Zeitpunkt und vermutetem Grund des Schadensfalls sowie geschätztem Ausmaß des Schadens; eine Kopie dieser Anzeige ist an NET INSURANCE S.p.A. zu übermitteln; d) die Spuren und Rückstände des Schadensfalls sowie die ersetzten Teile bis zur Abwicklung des Schadens aufzubewahren, ohne dass dafür eine Entschädigung zustünde; e) den Wert der beschädigten Sachen, der Materialien und der Reparaturkosten des Schadens sowie der in Verbindung mit den Verpflichtungen gemäß Buchstaben a. getragenen Ausgaben zu belegen. Wird eine der Verpflichtungen laut a. und b. nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs nach sich ziehen. Die Reparatur des Schadens kann gleich nach der Meldung laut b. in Angriff genommen werden, wobei jedoch der Zustand der Sachen vor der Inspektion durch einen Beauftragten von NET INSURANCE S.p.A. nicht verändert werden darf. Sollte diese Inspektion aus Gründen, die weder dem Versicherungsnehmer noch dem Versicherten zuzuschreiben sind, nicht binnen 10 Tagen ab Meldung laut b. erfolgen, können Versicherungsnehmer und Versicherter alle erforderlichen Maßnahmen treffen. Nach Eintreten des Schadensfalls wird die Versicherung mit Bezug auf mechanische und elektrische Störfälle für die beschädigte Sache bis zur definitiven Reparatur, mit welcher erneut die reguläre Betriebstüchtigkeit garantiert wird, aufgehoben. Für den ABSCHNITT - Cyber Im Schadensfall hat der Versicherte umgehend die Betriebszentrale des Service Providers zu kontaktieren. Der Versicherte kann auf folgende Dienstleistungen zugreifen: • Bereitschaftsdienst: 12 h x 5 Tage (7:00-19:00//Mo-Fr) • Maximale Dauer jeder Support-Tätigkeit: 45 Minuten • Telefonischer Support-Kanal: 049 7442662 Durch Angabe der Nummer der Police hat der Versicherte die Möglichkeit, dem Service Provider das sicherheitsrelevante Ereignis zu melden und erste Anweisungen zu erhalten, um den aufgetretenen Schaden in Grenzen zu halten. Es wird auf Folgendes verwiesen: • Die fachspezifische Unterstützung dient lediglich als Beratung für das Ablesen und Auslegen der von der Cloud-Plattform Auralyze ausgegebenen Informationen und soll dem Versicherten eine Orientierungshilfe bei der Entscheidung der Maßnahmen zur Schadensbegrenzung oder der Eingriffe im Falle von sicherheitsrelevanten Ereignissen oder Zwischenfällen geben. • Die fachspezifische Unterstützung nimmt selbst keine Schadensbegrenzung oder Eingriffe am System des Kunden weder vor Ort noch auf Cloud vor. Der Kunde hat diese Aktivitäten eigenständig oder mit Unterstützung durch eigens beauftragte Dritte vorzunehmen. • Alle Beratungs- und Orientierungsdienste werden telefonisch geleistet, Eingriffe vor Ort sind nicht vorgesehen. Der Versicherte hat: 1. anschließend alle vernunftgemäß erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die Auswirkungen des versicherten Ereignisses auf ein Minimum zu reduzieren, 2. dem Versicherer binnen 3 Tagen nach Kenntnisnahme den Schadensfall gemäß Angabe unter Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs zu melden, indem die Schadensmeldung zugesendet wird: ▪ auf dem Postweg: Net Insurance S.p.A. c/o Postfach 106, 26100 CREMONA – Italien ▪ per E-Mail: claims@netinsurance.it ▪ per Fax: +39 06 97625707 3. umgehend Anzeige bei den örtlich zuständigen Gerichts- oder Polizeibehörden für strafrechtlich relevante Umstände zu erstatten; in der Anzeige sind anzugeben: Anfangszeitpunkt des Schadensfalls, vermutete Ursache und geschätzter Umfang des Schadens unter Angabe von Net Insurance S.p.A. als Versicherer. Eine Kopie der Anzeige ist anschließend an den Versicherer weiterzuleiten. Der Versicherte hat ferner die Pflicht: a) Nachweise für das Versicherte Ereignis, das den Schadensfall verursacht hat, und die getragenen Ausgaben vorzulegen; b) alles Mögliche und Erforderliche zu tun, um Ursache und Umfang des Schadens zu ermitteln; c) die vom Versicherten Ereignis betroffene Hardware, Software und Daten aufzuheben und dem Versicherer verfügbar zu machen; d) sämtliche Empfehlungen des Versicherers zu befolgen; e) maximale Kooperationsbereitschaft bei Untersuchung, Verteidigung und Feststellung des
--	--

	Schadensfalls anzubieten. Falls der Versicherte einer der unter Punkt 1, 2 und 3 angegebenen Verpflichtungen nicht nachkommt, kann er seinen Entschädigungsanspruch gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs ganz oder teilweise verlieren. Ausgaben, die zur Erfüllung der Verpflichtungen laut Punkt 1 getragen werden, gehen gemäß Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs zu Lasten des Versicherers.
	VERJÄHRUNG Die Ansprüche aus Versicherungen der Schadenssparten verjähren innerhalb von zwei Jahren nach Auftreten des Ereignisses, auf das sich der Anspruch stützt. Die Ansprüche aus Lebensversicherungen verjähren innerhalb von zehn Jahren nach Auftreten des Ereignisses, auf das sich der Anspruch stützt. Gemäß Gesetz 266 vom 23. Dezember 2005 i.d.g.F. haben die Versicherungsgesellschaften im Falle nichterfolgter Einforderung der Versicherten Leistung binnen Verjährungsfrist des Anspruchs obligatorisch die nicht beanspruchten Beträge in den „Entschädigungsfonds für Opfer von Finanzbetrug“ einzuzahlen, der beim Ministerium für Wirtschaft und Finanzen eingerichtet worden ist.
	AUSZAHLUNG DER LEISTUNG Nachdem die Wirksamkeit der Deckungen überprüft wurde, die zur Beurteilung erforderlichen kompletten Unterlagen erhalten und die geeigneten Kontrollen vorgenommen worden sind, legt der Versicherer die geschuldete Entschädigung fest, benachrichtigt die Empfangsberechtigten schriftlich darüber und nimmt, nach Erhalt von deren Annahme, die Zahlung binnen 30 Tagen ab dem Datum, an dem die Schadensregulierung unterzeichnet wurde, vor.
	DIREKTER BEISTAND DURCH VERTRAGSPARTNER Die Vertragspartner der Gesellschaft: MyAssistance S.r.l. mit Satzungssitz in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Mailand, St.-Nr. 08667860972, ist die Dienstleistungsgesellschaft, die im Auftrag des Versicherers im Rahmen der Deckungen laut Abschnitt 5 - Gesundheit (Versicherungsplan A - B - C - D) für die direkte Bezahlung der vertraglich verbundenen medizinischen Einrichtungen, Ärzte und Zahnärzte oder für die Erstattung der Ausgaben an den Versicherten sorgt. Sie unterhält ferner die Verträge und Beziehungen zu den genannten, vertraglich verbundenen medizinischen Einrichtungen, Ärzten und Zahnärzten.
Unrichtige und unvollständige Angaben	Die Informationen beschränken sich auf die Angaben der Produktinfo zur Schadenssparte.

 Wann und wie hat die Zahlung zu erfolgen?	
Prämie	Der Vertrag sieht die Entrichtung einer Prämie per Lastschrift, SDD oder Überweisung für die einjährige Dauer der Versicherung vor. Deren Betrag ist in der Police angegeben. Beläuft sich die Jahresprämie auf einen Betrag von € 120,00 oder mehr, kann sie nach Wahl des Versicherungsnehmers ohne zusätzliche Gebühren in halbjährliche Raten oder Monatsraten unterteilt werden. Die Vereinbarung der Unterteilung der Prämie befreit jedoch den Versicherungsnehmer nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, welche mit jeglicher Wirkung als einzige und unteilbare Prämie gilt, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung.
Erstattung	Unter Ausnahme des Abschnitts GESUNDHEIT, erstattet NET INSURANCE S.p.A., sollte sie infolge eines Schadensfalls entscheiden, vom Vertrag zurückzutreten, innerhalb von 15 Tagen nach dem Datum der Wirksamkeit des Rücktritts den für die Zeit ohne Versicherungsschutz bezahlten Teil der Prämie, abzüglich Steuern.
Rabatte	Unterschiedliche Rabatte von der Prämie sind möglich.

 Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?	
Laufzeit	Der Vertrag hat eine Laufzeit von einem Jahr und wird mit der Formel der stillschweigenden Verlängerung abgeschlossen. Die Leistung beginnt um 24.00 Uhr an dem in der Police angegebenen Tag, vorausgesetzt, die Prämie wurde bezahlt. Andernfalls beginnt die Leistung um 24.00 Uhr des Tags, an dem die Zahlung ausgeführt wurde. Falls keine Kündigung erfolgt, verlängert sich die Versicherung bei Ablauf nach einem Jahr jeweils automatisch für ein weiteres Jahr. Der Vertrag sieht Wartezeiten vor, wie in den Tabellen des Abschnitts „Entschädigungsgrenzen“ dieses Dokuments angegeben.

Unterbrechung	Die Gültigkeit der Deckung kann in folgenden Fällen unterbrochen werden: - Wenn der Versicherungsnehmer die Prämien oder die nachfolgenden Prämienraten nicht bezahlt, wird der Versicherungsschutz ab 24:00 Uhr des 15. Tags nach Fälligkeit der Rate unterbrochen und tritt erneut um 24:00 Uhr des Tags der Bezahlung in Kraft, unbeschadet aller nachfolgenden Fälligkeiten gemäß Art. 1901 des it. Zivilgesetzbuchs. - Ändert sich der Standort des versicherten Risikos, hat der Versicherungsnehmer NET INSURANCE S.p.A. bis 24:00 Uhr des 30. Tags nach diesem Ortswechsel schriftlich zu informieren; ist nach Ablauf dieser Frist keine Mitteilung erfolgt, sind die Versicherungsleistungen solange gesperrt, bis der Versicherungsnehmer NET INSURANCE S.p.A. schriftlich darüber informiert hat, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 1898 des it. ZGB. - Nach Eintreten des Schadensfalls unter der Deckung Erneuerbare Energien wird die Versicherung mit Bezug auf mechanische und elektrische Störfälle für die beschädigte Sache bis zur definitiven Reparatur, mit welcher erneut die reguläre Betriebstüchtigkeit garantiert wird, aufgehoben. - infolge von Diebstahl oder Raub für Schäden, die ab 24 Uhr des 45. Tages eingetreten sind, wenn die Lagerräume der Sachen länger als 45 aufeinanderfolgende Tage unbewacht geblieben sind.
----------------------	--

 Wie kann ich den Antrag widerrufen, vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag kündigen?	
Widerruf	Der Versicherungsantrag kann bis zum Datum des Inkrafttretens widerrufen werden. Der Versicherte teilt dem Versicherer seine Widerrufsabsicht beliebig auf einem folgender Wege mit: • per Einschreiben; • per E-Mail; • per persönlich übergebenem Einschreiben an die Filiale des Anbieters, von dem der Vertrag ausgestellt wurde. Die Ausübung des Widerrufsrechts befreit den Versicherer von jeglicher Verpflichtung im Schadensfall ab dem Moment des Empfangs der vom Versicherten übermittelten Mitteilung. Der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer die ggf. abgebuchte, bezahlte, aber nicht genutzte Prämie (abzüglich Steuer für die Deckungen der Schadenssparten) anhand der gleichen Methode, die für die Zahlung der Prämien festgelegt wurde, innerhalb von 30 Tagen ab dieser Mitteilung zurück.
Rücktritt	Der Versicherte hat das Recht, innerhalb von 60 Tagen ab Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurückzutreten. Der Versicherte teilt dem Versicherer seinen Rücktrittswunsch beliebig auf einem folgender Wege mit: • per Einschreiben; • per zertifizierter E-Mail. • per persönlich übergebenem Einschreiben an die Filiale des Anbieters, von dem der Vertrag ausgestellt wurde. Die Ausübung des Rücktrittsrechts befreit den Versicherer von jeglicher Verpflichtung im Schadensfall ab dem Moment des Empfangs der vom Versicherten übermittelten Mitteilung. Der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer die ggf. abgebuchte, bezahlte, aber nicht genutzte Prämie (abzüglich Steuer für die Deckungen der Schadenssparten) anhand der gleichen Methode, die für die Zahlung der Prämien festgelegt wurde, innerhalb von 30 Tagen ab dieser Mitteilung zurück.
Auflösung	Die Informationen beschränken sich auf die Angaben der Produktinfo zur Schadenssparte.

 An wen richtet sich dieses Produkt?
Protection Business ist ein Produkt, das verschiedene Deckungsoptionen für Freiberufler und kleine und mittelständische Unternehmen bietet, mit denen der Unternehmer, seine Mitarbeiter, das Betriebsvermögen und die Geschäftstätigkeit geschützt werden können.

 Welche Kosten entstehen dabei?
NACHSTEHEND DIE AUF DIE GEZAHLTEN PRÄMIEN BERECHNETEN KOSTEN Die Kosten einer ärztlichen Untersuchung gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers/Versicherten. FÜR DIE SPARTE LEBENSVERSICHERUNGEN Die Höhe der Prämie ist abhängig vom Betrag der Versicherten Leistung, von der Dauer der Versicherung und vom Alter des Versicherten. KOSTEN FÜR DEN RÜCKKAUF Es ist kein Rückkauf vorgesehen. KOSTEN FÜR DIE AUSZAHLUNG DER RENTE Es ist keine Rentenzahlung vorgesehen. KOSTEN FÜR DIE AUSÜBUNG DER OPTIONEN Es sind keine Optionen vorgesehen.

VERMITTLUNGSKOSTEN

Der Vermittler erhält eine Kommission von ca. 33% für Abschnitt 1 - Temporäre Todesfallversicherung und von 30% für alle anderen Abschnitte.



Sind Rückkäufe oder Kürzungen vorgesehen? JA ☐ NEIN ☒

Rückkaufwert und Kürzung

Dieser Vertrag sieht weder einen Rückkauf noch eine Kürzung vor.

Für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, die Versicherung binnen 6 Monaten ab Fälligkeit der ersten nicht bezahlten Prämienrate wieder in Kraft zu setzen, indem er die säumigen Prämien zuzüglich gesetzlicher Zinsen bezahlt.

Sind 6 Monate ab Fälligkeitsdatum der ersten nicht bezahlten Prämienrate verstrichen, kann eine Wiederinkraftsetzung nur auf ausdrückliche Beantragung durch den Versicherungsnehmer und schriftliche, nach freiem Ermessen gewährte Annahme seitens des Versicherers erfolgen, der medizinische Kontrollen verlangen kann. Bei Wiederinkraftsetzung wird die Versicherung erneut über ihren gesamten Wert um 24 Uhr am Zahlungstag des geschuldeten Betrags aktiviert. Nach Ablauf von 24 Monaten nach Fälligkeit der ersten nicht bezahlten Prämienrate kann die Versicherung nicht mehr wieder in Kraft gesetzt werden.

Informationsanfrage

Nicht zutreffend.

WIE KANN ICH REKLAMATIONEN EINREICHEN UND STREITIGKEITEN BEILEGEN?
Bei der Versicherungsgesellschaft

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

PEC (zertifizierte E-Mail-Adresse) ufficio.reclami@pec.netinsurance.it

Postadresse: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani 4 - 00161 ROM

Fax +39 06 89326.570

Die Beschwerde muss die folgenden Angaben enthalten:

- Vor- und Nachname, vollständige Adresse und Telefonnummer des Verfassers;
- Police-Nummer und Name des Versicherungsnehmers;
- Nummer und Datum des gegenständlichen Schadenfalls;
- Bezeichnung der Person oder der Personen, deren Tätigkeit beanstandet wird;
- kurze und umfassende Beschreibung des Beschwerdegrundes;
- alle anderen Angaben und nützlichen Unterlagen zur Beschreibung der Umstände.

Die Versicherungsgesellschaft hat diese Beschwerde laut geltender Gesetzgebung innerhalb von 45 Tagen ab Eingang zu beantworten.

Die erwähnte Antwortfrist kann bei Beschwerden, die das Verhalten eines Versicherungsagenten oder eines Mitarbeiters/Arbeitnehmers betreffen, um weitere 15 Tagen verlängert werden, um deren Anhörung zu gewährleisten und es diesen laut geltender Gesetzgebung zu ermöglichen, die nötigen Ergänzungen zur Untersuchung beizutragen sowie ihren Standpunkt in Bezug auf den Beschwerdegegenstand vorzubringen.

Wird der Beschwerde nicht oder nur teilweise stattgegeben, enthält die Antwort eine eindeutige Stellungnahme der Gesellschaft und des betroffenen Versicherungsagenten in Bezug auf die Beschwerde bzw. dazu, dass ihr nicht stattgegeben wurde.

Für detaillierte Informationen verweisen wir auf die Angaben in der Rubrik Reklamationen der Website: **www.netinsurance.it**

Bei der Aufsichtsbehörde IVASS

Sollte der Beschwerdeführer keine Antwort erhalten oder diese nicht als befriedigend betrachten, kann er, bevor er den Rechtsweg beschreitet, an die italienische Aufsichtsbehörde für Versicherungen IVASS (Via del Quirinale 21 - 00187 Rom; Fax 06.42.133.745 oder 06.42.133.353, tutela.consumatore@pec.ivass.it) schreiben und eine Kopie der bereits an das Unternehmen gesandten Reklamation sowie der entsprechenden Antwort übermitteln, auch unter Anwendung des auf der IVASS-Website unter der Rubrik „Für den Verbraucher - Reklamation“ verfügbaren Formulars.

Für detaillierte Informationen verweisen wir auf die Angaben in der Rubrik Reklamationen der Website: **www.netinsurance.it**

Etwaige Beschwerden bezüglich der Nichtbeachtung der Vorschriften des Versicherungsgesetzes, der entsprechenden Umsetzungsvorschriften und des Fernabsatzrechts über Versicherungsprodukte durch die Versicherungsgesellschaft, die Vermittler und die Sachverständigen können gemäß den oben genannten Modalitäten direkt bei IVASS eingereicht werden.

Zur Beilegung grenzübergreifender Streitigkeiten kann die Reklamation bei IVASS oder direkt bei der zuständigen ausländischen Stelle - siehe Website http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm - eingereicht und die Einleitung des FIN-NET - Verfahrens beantragt werden.

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

Schlichtung	Durch Einschaltung einer Schlichtungsstelle unter jenen, die im Verzeichnis des Justizministeriums aufgeführt sind, das auf der Website www.giustizia.it (Gesetz Nr. 98 vom 9.8.2013) konsultiert werden kann. Für detaillierte Informationen verweisen wir auf die Informationen in der Rubrik Reklamationen der Website www.netinsurance.it
Verhandlung mit Rechtsbeistand	Auf Antrag des Rechtsanwalts bei der Versicherungsgesellschaft.
Weitere alternative Verfahren zur Streitbeilegung – Formloses Schiedsverfahren	Sofern von den Versicherungsbedingungen ausdrücklich vorgesehen, für Streitigkeiten zur Bestimmung der Schadenssumme oder der medizinischen Folgen eines Schadenfalls durch Beauftragung von technischen Gutachtern durch die jeweiligen Parteien. Zur Aktivierung dieses Verfahren ist der Versicherungsgesellschaft die diesbezügliche Absicht mitzuteilen. Die Versicherungsgesellschaft antwortet dem Antragsteller unter Angabe des Namens ihres eigenen technischen Gutachtes; das Verfahren wird gemäß den Vorgaben in der Police abgewickelt. Für detaillierte Informationen verweisen wir auf die Informationen in der Rubrik Reklamationen der Website www.netinsurance.it

BESTEuerung

Der für die Deckung der Lebensversicherungssparte bestimmte Teil der Prämie ist steuerfrei.
Dieser Vertrag unterliegt der in Italien geltenden Versicherungssteuer.

VOR DEM AUSFÜLLEN DES GESUNDHEITSFRAGEBOGENS DIE DARIN ENTHALTENEN EMPFEHLUNGEN UND HINWEISE AUFMERKSAM LESEN. EVENTUELLE UNGENAUE ODER UNWAHRE ANGABEN KÖNNEN DEN ANSPRUCH AUF DIE VERSICHERUNGSLEISTUNG EINSCHRÄNKEN ODER KOMPLETT AUSSCHLIESSEN.

DIE GESELLSCHAFT HAT DIE VERPFLICHTUNG, BINNEN SECHZIG TAGEN NACH ABSCHLUSS JEDES KALENDERJAHRES DEN JAHRESAUZUG IHRES VERSICHERUNGSSTANDES ZU ÜBERMITTELN.

FÜR DIESEN VERTRAG VERFÜGT DAS UNTERNEHMEN ÜBER EINEN DEM VERTRAGSNEHMER VORBEHALTENEN BEREICH FÜR DIE VERTRAGSVERWALTUNG (SOGENANNTHE HOME INSURANCE). NACH VERTRAGSABSCHLUSS KÖNNEN SIE DAHER DIESEN BEREICH EINSEHEN UND FÜR DIE ONLINE-VERWALTUNG DES VERTRAGS VERWENDEN.



Inhalt

Art. 1 - Erklärungen zu den Risikoumständen	17
Art. 2 - Wirkung, Laufzeit und Kündigung des Vertrags - Versicherungsprämie	17
Art. 3 - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten.....	17
Art. 4 Widerrufs- und Rücktrittsrecht.....	18
Art. 5 - Änderungen der Versicherung.....	18
Art. 6 - Form der Kommunikation.....	18
Art. 7 - Abschluss des Versicherungsvertrags.....	18
Art. 8 - Erhöhung des Risikos	18
Art. 9 - Minderung des Risikos	18
Art. 10 - Rücktritt im Schadensfall	18
Art. 11 - Kürzung der Deckungssummen	18
Art. 12 - Änderung der Wohnung	19
Art. 13 - Gültigkeitsgebiet	19
Art. 14 - Nachweis	19
Art. 15 - Versicherung für andere - Inhaberschaft der aus der Police erwachsenden Rechte und Pflichten.....	19
Art. 16 - Steuerlasten	19
Art. 17 - Andere Versicherungen	19
Art. 18 - Obergrenze der Entschädigung.....	19
Art. 19 - Zuständigkeit, Schlichtungsverfahren, Gerichtsstand.....	19
Art. 20 - Anwendbares Recht	19
Art. 21 - Verjährungsfristen	19
Art. 22 - Verweis auf gesetzliche Regelungen - Glossar	20
 BEREICH PERSONENRISIKEN	 20
 A. SEKTOR VORSORGE.....	 20
 ABSCHNITT 1 - TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG	 20
A. DECKUNG TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG	20
Art. 23 - Altersgrenzen	20
Art. 24 - Gegenstand der Versicherung und Versicherte Leistung	20
Art. 25 - Ausschlüsse	20
Art. 26 - Wartezeiten	21
Art. 27 - Gültigkeitsgebiet.....	21
Art. 28 - Prämie	21
Art. 29 - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten.....	22
Art. 30 - Voraussetzungen.....	22
Art. 31 - Mangelnde Zahlung der Prämie: Auflösung.....	22
Art. 32 - Wiederaufnahme der Prämienzahlung: Wiederinkraftsetzung.....	22
Art. 33 - Rückkauf und Kürzung.....	23
Art. 34 - Darlehen.....	23
Art. 35 - Auflösung des Versicherungsvertrags	23
Art. 36 - Begünstigter der Versicherten Leistung	23
Art. 37 - Abtretung von Rechten und Belastung	23
Art. 38 - Verpflichtungen im Schadensfall – Auszahlung der Versicherten Leistung.....	23
 ABSCHNITT 2 – ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN.....	 24
A. DECKUNG ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN	24
Art. 39 - Altersgrenzen - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters	24
Art. 40 - Personen, die nicht versicherbar sind	24
Art. 41 - Voraussetzungen.....	25
Art. 42 - Gegenstand der Versicherung	25
Art. 43 - Leistungen im Falle Schwerer Erkrankungen	26
Art. 44 - Definition Schwerer Erkrankungen	26
Art. 45 - Gültigkeit der Deckung für Schwere Erkrankungen	27
Art. 46 - Überlebensdauer - Schwere Erkrankungen.....	27
Art. 47 - Ausschlüsse	27
Art. 48 - Vorbestehende Erkrankungen	28
Art. 49 - Wartezeiten	28



Art. 50 - Was tun im Schadensfall.....	28
Art. 51 - Schadensfallmeldung und Nachprüfung der Schweren Erkrankung	28
Art. 52 - Beurteilung des Schadensfalls - Abwicklung der Entschädigung	29
Art. 53 - Schiedsverfahren	29
ABSCHNITT 3 - UNFÄLLE.....	29
Art. 54 - Altersgrenzen	29
Art. 55 - Personen, die nicht versicherbar sind	29
Art. 56 - Voraussetzungen - Anpassung der Prämie für die Deckung Krankenhaustagegeld.....	30
Art. 57 - Änderungen des Risikos - Andere als die erklärte Berufstätigkeit	30
Art. 58 - Gegenstand der Versicherung	30
A. DECKUNG UNFALLTOD.....	31
B. DECKUNG UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT	31
C. DECKUNG UNFALLBEDINGTE VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT	33
D. DECKUNG ERSTATTUNG VON UNFALLBEDINGTEN BEHANDLUNGSKOSTEN	33
E. DECKUNG KRANKENHAUSTAGEGELD	34
F. DECKUNG GEFÄHRliche SPORTARTEN	34
G. DECKUNG KONTOSCHUTZ	34
Art. 59 – Ausschlüsse	35
Art. 60 - Was tun im Schadensfall.....	37
Art. 61 - Entschädigungskriterien	37
Art. 62 - Summierung von Entschädigungsleistungen.....	37
Art. 63 - Vorschuss von Entschädigungszahlungen	37
Art. 64 - Auszahlung der Entschädigung	38
Art. 65 - Verzicht auf Eintrittsrecht.....	38
Art. 66 - Schiedsverfahren	38
ABSCHNITT 4 - KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT.....	38
A. DECKUNG KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT	38
Art. 67 - Altersgrenzen	39
Art. 68 - Gegenstand der Versicherung	39
Art. 69 – Ausschlüsse	39
Art. 70 - Wartezeiten	39
Art. 71 - Voraussetzungen und automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten.....	40
Art. 72 - Was tun im Schadensfall.....	40
Art. 73 - Entschädigungskriterien	41
Art. 74 - Festlegung der Entschädigung.....	41
ABSCHNITT 5 - GESUNDHEIT	41
Art. 75 - Altersgrenzen - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters	41
Art. 76 - Personen, die nicht versicherbar sind	41
Art. 77 - Voraussetzungen.....	42
Art. 78 - Gegenstand der Versicherung	43
Art. 79 - Inhalte der Deckungen.....	43
VERSICHERUNGSPLAN „A“	43
VERSICHERUNGSPLAN „B“	45
VERSICHERUNGSPLAN „C“	47
VERSICHERUNGSPLAN „D“	51
Art. 80 – Ausschlüsse	53
Art. 81 - Vorbestehende Erkrankungen	55
Art. 82 - Wartezeiten	56
Art. 83 - Was tun im Schadensfall.....	56
Art. 84 - Haftung.....	56
Art. 85 - Schadensmeldung	57
Art. 86 - Verwaltung des Schadensfalls	58
Art. 87 - Rückerstattung fälschlich gezahlter Summen	59
Art. 88 - Dokumentation zur Einsendung im Schadensfall.....	59
Art. 89 - Auszahlung der Entschädigung/Erstattung von erstattungsfähigen Schadensfällen	61
ABSCHNITT 6 - BEISTAND FÜR PERSONEN	62
A. DECKUNG BEISTAND FÜR DIE PERSON	62
Art. 90 - Gegenstand der Versicherung	62



Art. 91 - AUSSCHLÜSSE.....	65
Art. 92 - Wie der Beistand für die Person aktiviert wird.....	65
ABSCHNITT 7 - REISEBEISTAND	66
A. DECKUNG BEISTAND WÄHREND DER REISE.....	66
Art. 93 - Gegenstand der Versicherung	66
Art. 94 - Ausschlüsse mit Gültigkeit für alle Leistungen.....	68
Art. 95 - Wie der Reisebeistand Travel aktiviert wird.....	69
ABSCHNITT 8 - REISEBEISTAND TRAVEL GOLD	70
A. DECKUNG REISEBEISTAND GOLD.....	70
Art. 96 - Gegenstand der Versicherung	71
Art. 97 - Ausschlüsse mit Gültigkeit für alle Leistungen.....	72
Art. 98 - Wie der Reisebeistand Travel Gold aktiviert wird	73
Art. 99 - Verpflichtungen des Versicherten im Schadensfall	73
BEREICH VERMÖGENSRISIKEN	74
B. SEKTOR VERMÖGEN	74
ABSCHNITT 9 - HAFTPFLICHT.....	74
Art. 100 - Gegenstand der Versicherung - Änderungen des Risikos - Andere Beschäftigten- und/oder Bettenzahlen als angegeben.....	74
A. DECKUNG HAFTPFLICHT.....	74
B. DECKUNG HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT	78
Art. 101 - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen	79
Art. 102 - Ausschlüsse	83
Art. 103 - Personen, die nicht als Dritte gelten	85
Art. 104 - Verpflichtungen im Schadensfall.....	85
ABSCHNITT 10 - RECHTSSCHUTZ	85
Art. 105 - Gegenstand der Versicherung	86
Art. 106 - Eintreten des Schadensfalls	86
Art. 107 - Fristen für die Meldung von Schadensfällen und die Beibringung von Beweismitteln	86
Art. 108 - Verwaltung des Schadensfalls, freie Wahl des Rechtsbeistands	87
Art. 109 - Zahlung der Ausgaben	87
Art. 110 - Meinungsverschiedenheiten mit dem Versicherer und Interessenkonflikte	87
Art. 111 - Rückforderung von Vorauszahlungen durch ARAG.....	87
Art. 112 - Gültigkeitsgebiet.....	87
Art. 113 - Versicherte	87
Art. 114 - Garantierte Leistungen und Höchstbeträge	88
Art. 115 - Ausschlüsse	89
ABSCHNITT 11 - SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN	90
Art. 116 - Gegenstand der Versicherung	90
A. DECKUNG SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN	90
Art. 117 - Ausschlüsse	93
Art. 118 - Verpflichtungen im Schadensfall.....	94
Art. 119 - Festlegung der Schadenshöhe	94
Art. 120 - Vertragliches Gutachten	95
Art. 121 - Beauftragung der Gutachter.....	95
Art. 122 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs.....	95
Art. 123 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern.....	96
Art. 124 - Rückgriff	96
ABSCHNITT 12 - BRAND	96
Art. 125 - Gegenstand der Versicherung	96
A. DECKUNG GEBÄUDE	96
B. DECKUNG BESTAND	96
C. DECKUNG MIETERHAFTPFLICHT	101
Art. 126 - Stets geltende Sonderbedingungen für die Deckung Bestandsbrand	101
Art. 127 - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen	102
Art. 128 - Ausschlüsse	105



Art. 129 - Konstruktionsmerkmale für die Gültigkeit der Deckung - Verzicht auf Rückgriffsrecht	106
Art. 130 - Verpflichtungen im Schadensfall	106
Art. 131 - Festlegung der Schadenshöhe für Gebäude, Maschinen, Möbel und Einrichtung, Bürogeräte	107
Art. 132 - Festlegung der Schadenshöhe für Waren	107
Art. 133 - Festlegung der Schadenshöhe für Vieh und Futter	107
Art. 134 - Festlegung der Schadenshöhe für Anbauflächen	107
Art. 135 - Festlegung der Schadenshöhe für Sachen des persönlichen Gebrauchs	107
Art. 136 - Festlegung der Schadenshöhe für „Geräte und spezielle Stützvorrichtungen“	108
Art. 137 - Versicherung auf Erstrisiko der Deckungen Gebäudebrand und Mieterhaftpflicht	108
Art. 138 - Versicherung auf Erstrisiko der Deckungen Brand von Hausrat/Bestand	108
Art. 139 - Vertragliches Gutachten	108
Art. 140 - Beauftragung der Gutachter	108
ABSCHNITT 13 - DIEBSTAHL UND RAUB	108
Art. 141 - Gegenstand der Versicherung	108
A. DECKUNG DIEBSTAHL UND RAUB	109
Art. 142 - Stets geltende Sonderbedingungen	109
Art. 143 - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen	111
Art. 144 - Entschädigungsgrenzen	112
Art. 145 - Ausschlüsse	112
Art. 146 - Konstruktionsmerkmale des Gebäudes für die Gültigkeit der Deckung	113
Art. 147 - Selbstbeteiligungen	113
Art. 148 - Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen	113
Art. 149 - Verpflichtungen im Schadensfall	114
Art. 150 - Festlegung der Schadenshöhe - Schiedsverfahren	114
Art. 151 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs	114
Art. 152 - Reduktion der Deckungssummen im Schadensfall	114
Art. 153 - Rückerlangung der gestohlenen Sachen	115
Art. 154 - Wertpapiere	115
Art. 155 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern	115
ABSCHNITT 14 - ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN ALL RISKS	115
Art. 156 - Gegenstand der Versicherung	115
A. DECKUNG ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN	115
Art. 157 - Ausschlüsse	117
Art. 158 - Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen	118
Art. 159 - Sachen, die Eigentum Dritter sind	118
Art. 160 - Aufbewahrung der versicherten Sachen	118
Art. 161 - Inspektion der versicherten Sachen	119
Art. 162 - Verpflichtungen im Schadensfall	119
Art. 163 - Festlegung der Schadenshöhe - Schiedsverfahren	119
Art. 164 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs	120
Art. 165 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern	120
Art. 166 - Verzicht auf Rückgriffsrecht	120
Abschnitt 15 - ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK	120
Art. 167 - Gegenstand der Versicherung	120
A. DECKUNG ERNEUERBARE ENERGIEN	121
Art. 168 - Entschädigungsgrenzen - Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen	121
Art. 169 - Ausschlüsse	122
Art. 170 - Verpflichtungen im Schadensfall	123
Art. 171 - Vertragliches Gutachten	124
Art. 172 - Beauftragung der Gutachter	124
Art. 173 - Festlegung der Schadenshöhe für direkte Schäden All Risks	124
Art. 174 - Festlegung der Schadenshöhe für indirekte Schäden	125
Art. 175 - Partielle Versicherung	125
CYBER-BEREICH	126
C. SEKTOR SCHUTZ	126
ABSCHNITT 16 - FINANZIELLE VERLUSTE	126



Art. 176 - Gegenstand der Versicherung	126
Art. 177 - Kürzung der Deckungssumme	126
Art. 178 - Nicht versicherbare Risiken	126
Art. 179 - Gültigkeitsbedingungen der Deckung.	126
Art. 180 - Gültigkeitsgebiet	127
Art. 181 - Entschädigungsgrenzen	127
Art. 182 - Ausschlüsse	127
Art. 183 - Verpflichtungen im Schadensfall	128
Art. 184 - Verfahren zur Schadensbeurteilung	129
Art. 185 - Beauftragung der Gutachter	129
Art. 186 - Auszahlung der Entschädigung	129
 CYBER-BEREICH	 129
 D. SEKTOR PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG	 129
 ABSCHNITT 17 - PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG	 129
 ANHANG 1. LISTE DER BERUFSTÄTIGKEITEN	 131
 ANHANG 2. EINTEILUNG DER OPERATIONEN IN KATEGORIEN	 133
 INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ	 1
 FORMULAR VERSICHERUNGSANTRAG	 1
 KONTAKTDATEN	 1



GLOSSAR

Bitte lesen Sie die nachstehenden Begriffsbestimmungen, um das einwandfreie Verständnis der Versicherungsbedingungen zu gewährleisten.

Für alle Deckungsarten gültige Begriffe

Versicherungsjahr

In 12 Monaten berechneter, durchgehender Zeitraum ab 24:00 Uhr am Datum des Inkrafttretens.

Schiedsverfahren

Die Parteien verzichten einvernehmlich darauf, die ordentliche Gerichtsbarkeit anzurufen, um Streitigkeiten bezüglich der Auslegung oder Ausführung des Vertrags beizulegen. Dabei kann ein formgerechtes Schiedsverfahren durchgeführt werden, bei dem die Entscheidung der Schiedsrichter (Schiedsspruch) die gleiche Wirksamkeit eines gerichtlichen Urteils besitzt, oder eine freie Schlichtung, bei der die Schlichter die Streitigkeiten ohne besondere Förmlichkeiten regeln, wobei ihre Entscheidung nur zwischen den Parteien verbindlich ist.

Versicherter

Person, deren Belange durch die Versicherung gewahrt sind.

Versicherer

Net Insurance Life S.p.A. für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung.

Net Insurance S.p.A. für alle anderen Deckungen.

Versicherung

Dieser Versicherungsvertrag.

Beistand

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

Begünstigter

Natürliche oder juristische Person, welche die vom Vertrag bei Eintreten des versicherten Ereignisses vorgesehene Leistung empfängt, bei der es sich um den Versicherten selbst handeln kann oder um eine andere Person. Mit Einschränkung auf die Deckung Kontoschutz ist der Versicherungsnehmer selbst zugleich der Begünstigte.

Deckungssumme

In der Police angegebener Höchstbetrag, der vom Versicherer bei einem Schadensfall ausgezahlt wird.

Wartezeit

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

Abschluss des Versicherungsvertrags

Der Augenblick, in dem der Versicherer den Versicherungsantrag des Versicherungsnehmers akzeptiert.

Versicherungsnehmer

Die Person, die den Versicherungsvertrag im eigenen Interesse und/oder im Interesse anderer Personen abschließt und die für die Zahlung der Prämie aufzukommen hat.

Streitigkeit

Darunter versteht sich das erste Schriftstück, aus dem sich für den Versicherten die Notwendigkeit eines

Rechtsbeistands ergibt, oder auch das erste Schriftstück, aus dem sich für den Versicherten der Anspruch auf „Rechtsschutz“ ableiten lässt.

Schäden

Die gemäß Gesetz entschädigungsfähigen Schäden infolge von Tod, persönlichen Verletzungen und/oder Beschädigung bzw. Zerstörung von Sachen.

Datum des Inkrafttretens

Der Moment, in dem die Versicherung wirksam wird, unbeschadet der Wartezeiten.

Selbstbehalt

Die Anzahl von Tagen oder der Betrag (in Ziffern ausgedrückt oder als Prozentanteil von Deckungssumme/Höchstbetrag), der vom entschädigungsfähigen Schaden abgezogen und vom Versicherten selbst getragen wird.

Wenn nicht anders angegeben, wird der Selbstbehalt pro Schadensfall angewandt.

Deckung

Die Versicherungsdeckung, für welche der Versicherer im Schadensfall die Entschädigung des vom Versicherten erlittenen Schadens vornimmt und für welche die entsprechende Versicherungsprämie bezahlt worden ist, unbeschadet der Festlegungen unter „Beistand“.

Schutz vor Pfändung und Beschlagnahme

Laut diesem Prinzip gemäß Art. 1923 des it. Zivilgesetzbuchs können die dem Begünstigten vom Versicherer geschuldeten Summen keiner Vollstreckungs- oder Sicherungsmaßnahme unterzogen werden.

Entschädigung, Schadensersatz oder Erstattung

Die im Schadensfall vom Versicherer geschuldete Summe.

KONTROLLORGAN IVASS

Für die Aufsicht über Versicherungsunternehmen zuständige Einrichtung. Namensänderung von ISVAP seit dem 1. Januar 2013.

Höchstbetrag

Der in der Police festgelegte Betrag, bis zu welchem der Versicherer pro Schadensfall und Versicherungsjahr seine Deckung leistet.

Kernfamilie

Der Ehegatte und/oder die durch Verwandtschaft, Schwägerschaft oder eheähnliche Gemeinschaft mit dem Versicherten verbundenen und fest mit diesem zusammenlebenden Personen.

Partei

Der Versicherer und der Versicherungsnehmer, wenn sie einzeln genannt werden.

Parteien

Der Versicherer und der Versicherungsnehmer, wenn sie gemeinsam genannt werden.

Laufzeit der Versicherung

Die in der Police angegebene Dauer des Versicherungsvertrags.



Police

Das Dokument, das als Versicherungsnachweis dient, in dem die Hauptelemente der Versicherung (Inkrafttreten, Ablaufdatum, Prämie, Versicherungsplan usw.) aufgeführt sind.

Prämie

Die Summe, die der Versicherungsnehmer dem Versicherer schuldet.

Verjährung

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

Leistung

Der Beistand, der bei Bedarf in Sachwerten vom Versicherer über die Organisationsstruktur zu leisten ist.

Darlehen

Mit Bezugnahme auf eine Lebensversicherung ist das die Summe, die der Versicherungsnehmer (falls dies von der Tarifform zugelassen ist) vom Versicherer innerhalb der Grenzen des Rückkaufwerts beantragen kann. Bedingungen, Zinssatz und die Art und Weise der Rückzahlung des Darlehens werden mithilfe eines extra Vertragsanhangs zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vereinbart. Diese Option ist für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung nicht vorgesehen.

Versicherungsantrag

Die formale Beantragung des Versicherungsschutzes beim Versicherer entsprechend den vorliegenden Versicherungsbedingungen.

Schadenssparten

Alle Versicherungssparten, die nicht zur Lebensversicherungssparte gehören.

Rücktritt

Anspruch, von der Versicherung zurückzutreten und ihre Wirkung aufzuheben.

Widerruf

Anspruch des Versicherungsnehmers, den Versicherungsantrag vor Abschluss des Versicherungsvertrags zu widerrufen.

Rückkauf

Bezüglich der Lebensversicherung ist dies die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, bestimmte Vertragsarten vorzeitig zu beenden und die Auszahlung des bis zum Zeitpunkt der Beantragung angesparten und auf Grundlage der Versicherungsbedingungen bestimmten Guthabens zu fordern. Diese Option ist für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung nicht vorgesehen.

Risiko

Die Wahrscheinlichkeit, dass der Schadensfall eintritt, und der Umfang der möglicherweise daraus folgenden Schäden.

Ablauf der Versicherung

Das Datum, zu dem die Wirkung der Versicherung endet.

Selbstbeteiligung

Der Prozentsatz des Schadens, der zu Lasten des Versicherten verbleibt. Wenn nicht anders angegeben, wird die Selbstbeteiligung pro Schadensfall angewandt.

Informationsunterlagen

Die Gesamtheit der Vertragsunterlagen (Basis- und Zusatz-Produktinformationsblatt, Versicherungsbedingungen samt Glossar), die dem Versicherungsnehmer vor Unterzeichnung der Police zu übergeben sind.

Schadensfall

Das Eintreten des Schadensereignisses, für welches die Versicherung abgeschlossen wurde.

Organisationsstruktur

Die Struktur von Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino 4 – 20057 Assago (MI) – bestehend aus Ärzten, technischen Fachkräften und Büropersonal, die rund um die Uhr das ganze Jahr über erreichbar und tätig ist, und die im Rahmen eines speziellen, mit dem Versicherer unterzeichneten Übereinkommens in dessen Auftrag den telefonischen Kontakt mit dem Versicherten unterhält und auf Kosten des Versicherers für Organisation und Erbringung des laut Police geschuldeten Beistands sorgt.

Transaktion

Übereinkommen, mit dem die Parteien anhand gegenseitiger Zugeständnisse eine zwischen ihnen entstandene Streitigkeit beilegen bzw. dieser zuvorkommen.

Spezifische Definitionen des Bereichs Personenrisiken

Medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch

Freiwillige Unterbrechung der Schwangerschaft, die durch eine pharmakologische und/oder chirurgische Behandlung bewirkt wird, um die Gesundheit der Mutter zu bewahren oder die Entwicklung eines Fetus mit schweren Fehlbildungen oder Erkrankungen zu verhindern.

Gerätediagnostik

Laboruntersuchungen, klinische und instrumentelle Diagnosetechnik mit hoher fachlicher Spezialisierung (unter Ausschluss fachärztlicher Untersuchungen), die auch in Praxen/medizinischen Zentren durchgeführt werden können und den Zweck haben, das Vorliegen von Krankheiten/Unfallfolgen festzustellen und deren Verlauf zu verfolgen.

Abnehmbare Orthese

Vorrichtung, die zur Ruhigstellung von Gelenken oder bestimmten Körperabschnitten oder zur Osteosynthese verwendet wird, wenn diese Behandlungen aufgrund traumatischer Verletzungen durch einen Unfall erforderlich sind.

Pflegerische Versorgung

Pflegeleistungen durch Personal, das über einen entsprechenden Berufsabschluss verfügt.

Krankenakte

Offizielles Dokument, das einer öffentlichen Urkunde gleichkommt und das während eines sowohl ambulanten als auch stationären Krankenhausaufenthalts verfasst wird und



die Personalien des Patienten, die Diagnose bei Aufnahme und Entlassung, die weiter zurückreichende und neuere Krankengeschichte, durchgeführte Behandlungen und Operationen, Untersuchungen sowie sämtliche klinischen Aufzeichnungen und den Entlassungsbrief enthält.

Betriebszentrale

Die Struktur von MyAssistance bestehend aus Personal mit technisch-medizinischen Kompetenzen, das mit der Verwaltung der Informationen über die Anforderungen von Versicherungsleistungen beauftragt ist.

Medizinisches Zentrum

Einrichtungen, Praxen oder Polikliniken, die nicht unbedingt für stationäre Aufnahme, Tagesklinik oder Tageschirurgie eingerichtet sein müssen, in denen keine Behandlungen ästhetischer Probleme erfolgen, die regulär auf Grundlage der geltenden Normen organisiert, ausgerüstet und zugelassen sind für die Erbringung besonders komplexer, diagnostischer oder therapeutischer Gesundheitsleistungen (Gerätediagnostik, Laboruntersuchungen, Einsatz elektromedizinischer Geräte, physiotherapeutische und Reha-Behandlungen) und über einen medizinischen Leiter verfügen, der bei der Ärzte- und Zahnärztekammer eingetragen ist.

Bariatrische Chirurgie

Auch „Adipositaschirurgie“ genannt. Operationen, deren Zweck darin besteht, die Nahrungsaufnahme über eine Einschränkung des Fassungsvermögens des Magens (restriktive Verfahren) oder des Vermögens zur Nährstoffaufnahme des Darms (malabsorptive Verfahren) zu reduzieren.

Genesung

Zeitraum nach der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung, der für die vollständige klinische Heilung oder die Stabilisierung der bleibenden Folgen benötigt wird.

Tagesklinik / Tageschirurgie

Die Aufnahme ohne Übernachtung in einer zugelassenen Behandlungseinrichtung, die über ambulante Betten verfügt und medizinische Behandlungen (Tagesklinik) sowie chirurgische Leistungen (Tageschirurgie) erbringt, die durch Fachärzte und Chirurgen durchgeführt werden und über welche Krankenakten angelegt werden.

Körperlicher Defekt

Abweichung von der normalen Morphologie eines Organs oder eines Organteils aufgrund eines angeborenen oder durch ein Trauma erworbenen Krankheitszustands.

Zahnärztlicher Notfall

Jedes unvorhergesehene oder plötzliche Ereignis, das dringende zahnärztliche Behandlung erforderlich macht und Verfahren oder Dienstleistungen nach sich zieht, die von dieser Versicherung übernommen werden und angezeigt sind für die Schmerzbehandlung bei Infektionen, Abszessen, Karies, Pulpitis, Entzündungen oder Blutungen.

Diese Deckung betrifft nicht nur die erste Notbehandlung, sondern die gesamte Behandlung bis zur Behebung der Notsituation.

Ereignis / Ereignisdatum

- Krankenhausleistungen - einzelne Aufnahme, Tagesklinik / Tageschirurgie oder ambulante Operation. Das Ereignisdatum ist der Tag, an dem die Aufnahme, die Tagesklinik / Tageschirurgie oder die ambulante Operation erfolgt.

- Andere medizinische Leistungen - die Gesamtheit aller Kontrollen, ärztlichen und diagnostischen Untersuchungen, die ein und dieselbe Erkrankung betreffen, gemeinsam eingesandt worden sind und sich auf dieselbe Deckung beziehen. Als Ereignisdatum gilt das der ersten medizinischen Leistung, die im Zusammenhang mit dem spezifischen Ereignis erbracht wurde.
- Zahnärztliche Leistungen - Datum, zu dem die jeweilige zahnärztliche Leistung erfolgt.

Fraktur

Durch einen Unfall verursachte Kontinuitätsunterbrechung des Knochengewebes. Davon ausgeschlossen sind hingegen alle Verletzungen, die lediglich das Knorpelgewebe oder andere, mit dem Knochen verbundene oder daran anliegende Gewebe betreffen.

Gipsverband

Die Immobilisation von Gliedmaßen, Apparaten und Körperabschnitten durch entsprechende orthopädische Vorrichtungen, die aus eigens modelliertem Gips oder ähnlichen Materialien hergestellt werden. Dabei kann es sich auch um die Immobilisation durch externe orthopädische Orthesen aus unterschiedlichem Material, Fixateurs externes oder Fingerschienen handeln, die den gleichen therapeutischen Zweck wie der Gipsverband erfüllen und deren von einem Facharzt für Orthopädie verordnete Anwendung durch Knochenbrüche, Kapselverletzungen bzw. komplette oder partielle Bänderrisse notwendig gemacht wird, die klinisch diagnostiziert und durch Röntgenaufnahmen, CT, MRT, Ultraschall oder Arthroskopie belegt worden sind. Dem Gipsverband gleichgestellt ist auch die Immobilisation infolge eines Beckenbruchs, aufgrund dislozierter Frakturen der Rippen oder einer nicht dislozierten Fraktur von mindestens zwei Rippenbögen.

Nicht als Immobilisationsvorrichtungen mit Gültigkeit für die Wirkung der Versicherungsdeckung gelten:

- a) elastische Bandagen allgemein (ausgenommen Rucksackverband oder Gilchristverband);
- b) Zinkleimverbände oder sogenannte Velpeau-Verbände;
- c) elastische orthopädische Korsetts;
- d) Schanz'sche Krawatten, Colombari- oder Philadelphia-Zervikalstützen;
- e) andere einfache Stütz-, Halte- oder Ruhigstellungsorthesen mit entsprechenden Eigenschaften wie die unter den Buchstaben a), b), c) und d) aufgelisteten.

Familiengruppe

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

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Vorübergehende, vollständige oder partielle, körperliche Unfähigkeit, der gewöhnlich ausgeübten Berufstätigkeit nachzugehen.

Tagegeld

Pro Tag entrichtete Pauschalentschädigung des Versicherten im Falle einer stationären Aufnahme mit oder ohne



Operation, Tagesklinik / Tageschirurgie, sowohl wenn diese beim öffentlichen Gesundheitswesen als auch wenn sie privat erfolgen.

Ersatzentschädigung

Pro Tag entrichtete Pauschalentschädigung im Falle einer stationären Aufnahme ohne Erstattung der medizinischen Kosten.

Unfall

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

Ambulant durchgeführte Operation

Kleine chirurgische Eingriffe, die nicht unter die Definition stationäre Aufnahme oder Tageschirurgie fallen und bei Krankenhauseinrichtungen, medizinischen Zentren oder chirurgischen Praxen erfolgen.

Operation

Medizinischer Eingriff mit direktem therapeutischem oder diagnostischem Zweck, der vorgenommen wird, indem Gewebe unter Einsatz von mechanischen, thermischen oder Lichtenergiequellen durchschnitten wird.

Bleibende Invalidität

Endgültige und irreversible, vollständige oder partielle, vom ausgeübten Beruf unabhängige, körperliche Unfähigkeit des Versicherten, einer beliebigen Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Krankenhauseinrichtung

Krankenhäuser, Kliniken, Pflegeeinrichtungen oder Universitätsinstitute, die regulär zur Erbringung von Behandlungs- und Pflegeleistungen, auch in Form einer Tagesklinik, befugt sind. Für gewöhnlich gelten nicht als Krankenhauseinrichtungen: Thermalkurhäuser, Einrichtungen, die vorwiegend Diät-, Schönheits-, physiotherapeutischen, Reha- und phytotherapeutischen Behandlungen gewidmet sind, Pflegeheime für Genesungszwecke, Langzeitpflege oder Unterbringung sowie Altenheime und Wellnesscenters.

Beschäftigter

Eine natürliche Person, die eine Probezeit bestanden hat, die seit mindestens sechs Monaten angestellt und zur Arbeitsleistung verpflichtet ist, mit beliebiger Qualifikation und in beliebiger Kategorie, und die diese Arbeit in einem Beschäftigungsverhältnis auf Grundlage eines Arbeitsvertrags mit einer Leistungspflicht von mindestens 16 Wochenstunden erbringt. Nicht als Beschäftigter gelten Arbeitskräfte, deren Vertrag im Ausland abgeschlossen wurde (es sei denn dieser ist dem italienischen Recht unterstellt).

Beschäftigter in der Privatwirtschaft

Natürliche Person, die ihre Arbeitsleistung bei privatrechtlichen Unternehmen oder Körperschaften erbringt.

Krankheit

Jede Beeinträchtigung des Gesundheitszustands, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist. Die Schwangerschaft gilt nicht als Krankheit.

Schwere Erkrankung

Beeinträchtigung des normalen Gesundheitszustands des Individuums, infolge welcher schwere und irreversible Störungen der Funktion und/oder Struktur eines oder mehrerer Organe auftreten. Für die vorliegende Police gilt die Deckung für die unter Artikel 44 beschriebenen

schweren Erkrankungen: Myokardinfarkt, Schlaganfall und Krebs.

Psychische Erkrankungen

Alle psychischen und Verhaltensstörungen (wie z.B. Psychosen, Neurosen, depressive Störungen, geistige Entwicklungsstörungen, Anorexie, Bulimie usw.), die in Kapitel V. der 10. Überarbeitung der Internationalen Statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10 der WHO) aufgeführt sind.

Fehlbildung

Abweichung von der normalen Morphologie eines Organs oder eines Organteils aufgrund eines angeborenen Krankheitszustands.

Alternative oder komplementäre Medizin

Vom Nationalen Verband der Ärzte- und Zahnärztekammern definierte, „nicht konventionelle“ Behandlungsmethoden: Akupunktur, Phytotherapie, Ayurvedische, anthroposophische, homöopathische, traditionelle chinesische Medizin, Homotoxikologie, Chiropraktik.

MyAssistance

MyAssistance S.r.l. mit Sitzungssitz in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Mailand, St.-Nr. 08667860972, ist die Dienstleistungsgesellschaft, die im Auftrag des Versicherers im Rahmen der Deckungen laut Abschnitt 5 - Gesundheit (Versicherungsplan A - B - C - D) für die direkte Bezahlung der vertraglich verbundenen medizinischen Einrichtungen, Ärzte und Zahnärzte oder für die Erstattung der Ausgaben an den Versicherten sorgt. Sie unterhält ferner die Verträge und Beziehungen zu den genannten, vertraglich verbundenen medizinischen Einrichtungen, Ärzten und Zahnärzten.

Vorbestehende Erkrankungen

Krankheiten, die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens der Police bekannt waren, diagnostiziert und/oder behandelt bzw. ärztlich/klinisch untersucht (Geräte- oder Labordiagnostik) worden sind.

Arbeitsplatzverlust

Verlust des Arbeitsplatzes infolge „gerechtfertigten objektiven Grundes“, der unabhängig vom Willen oder Verschulden des Versicherten erfolgt.

Versicherungsplan

Versicherte medizinische Leistungen, die vom Versicherten gewählt und in der Police angegeben worden sind.

Versicherte Leistung

Bezüglich der Deckung Temporäre Todesfallversicherung ist dies der vom Versicherer an den Begünstigten ausgezahlte Kapitalbetrag.

Zahnärztliche Vorsorge

Eine Reihe von Maßnahmen oder Vorgängen, die dazu bestimmt sind, die Zahngesundheit zu fördern, wozu von dieser Versicherung übernommene Verfahren oder Leistungen gehören, die dazu geeignet sind, der Entstehung von Karies oder Zahnfleischerkrankungen vorzubeugen.

Gesundheitsfragebogen

Formular mit Fragen zu Gesundheitszustand und Lebensgewohnheiten des Versicherten, das vom Versicherer verwendet wird, um die Risiken zu beurteilen, die mit dem Versicherungsvertrag eingegangen werden.

Der Gesundheitsfragebogen muss vom Versicherungswilligen ausgefüllt und unterzeichnet werden.

Stationäre Unterbringung

Unterbringungskosten sowie medizinische und pflegerische



Versorgung bei stationärer Krankenhausaufnahme sowohl auf Normal- als auch auf Intensivstation

Wiederinkraftsetzung

Bezüglich der Deckung Temporäre Todesfallversicherung ist dies die dem Versicherungsnehmer gegebene Möglichkeit, im Rahmen der von den Versicherungsbedingungen festgelegten Fristen und Vorgehensweisen die Zahlung der Prämien wiederaufzunehmen, nachdem deren Zahlung ausgesetzt worden war.

Dies erfolgt üblicherweise durch Zahlung der säumigen Prämien.

Stationäre Aufnahme

Unterbringung in einer Krankenseinrichtung mit mindestens einer Übernachtung.

Unnötige stationäre Aufnahme

Eine stationäre Aufnahme mit oder ohne Übernachtung in einer medizinischen Einrichtung, die auf Grundlage des klinischen Zustands nicht notwendig ist, während der keinerlei komplexe Therapie durchgeführt wird, sondern allein diagnostische Untersuchungen, die normalerweise völlig risikofrei und ohne besondere Belastung für den Patienten ambulant durchgeführt werden.

Kürzung

Bezüglich der Lebensversicherung ist dies eine Reduktion der Versicherten Leistung, die bei bestimmten Tariftypen durch die Aussetzung der Zahlung der Jahresprämien durch den Versicherungsnehmer bewirkt wird, die unter Berücksichtigung der tatsächlich bezahlten im Vergleich zu den ursprünglich vereinbarten Prämien berechnet wird. Diese Option ist für die Deckung Temporäre Todesfallversicherung nicht vorgesehen.

Versicherungsrisiko

Gefahr, dass ein ungewisses, zukünftiges Ereignis aus dem menschlichen Leben eintritt, d.h. ein grundlegendes Merkmal des Lebensversicherungsvertrags: so stellt die Pflicht des Versicherers, die versicherte Leistung zu erbringen, die Folge des Eintretens dieses Ereignisses dar.

Skibergsteigen

Das Skifahren auch im Sinne von Tiefschneefahren mit dem Besteigen von Bergen und Skitourengehen ohne Nutzung von Skiliften auf nicht präparierten Abfahrtsrouten und mit höherem Schwierigkeitsgrad als BS der Blachère Skitourenskala.

Extremski

Abfahrten an Hängen mit mehr als 55° Gefälle.

Profisport

Von Sportlern ausgeübte, bezahlte, ständige oder im Verhältnis zu anderen Berufstätigkeiten vorwiegende Tätigkeit, die zu einer Sportdisziplin gehört.

SSN

Der Nationale Gesundheitsdienst.

Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Vertragsnetz, bestehend aus Krankenhäusern, wissenschaftlichen Instituten, Pflegeheimen, Diagnosezentren, Polikliniken, Laboren,

physiotherapeutischen Zentren, Fachärzten, zahnärztlichen Zentren und Praxen, Zahnärzten sowie Gesundheitsberuflern, die ihre Leistungen in diesen Zentren erbringen.

Die Direktzahlung setzt die Nutzung der vertraglich verbundenen Einrichtungen durch den Versicherten nach vorheriger Genehmigung durch die Betriebszentrale (Versicherungsplan A - B - C - D) voraus, welche die Kosten der erbrachten Leistungen innerhalb der versicherten Höchstbeträge übernimmt, ohne dass der Versicherte Beträge vorstrecken muss. Der Versicherte wird lediglich Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen oder die Höchstbeträge übersteigende Summen zahlen. Sowohl die medizinische Einrichtung als auch das Ärzteteam müssen vertraglich gebunden sind.

Surgical Cash

Feste Pauschalentschädigung für chirurgische Eingriffe, die aufgrund von Krankheiten oder Unfällen benötigt werden.

Wartezeiten

Zeitraum direkt nach Datum des Inkrafttretens der Police, während dessen die Deckungen noch nicht wirksam sind. Dies bedeutet, dass der Versicherte bei Schadensfällen, die sich in diesem Zeitraum ereignen, bzw. bei Krankenhausaufenthalten oder zahnärztliche Behandlungen, die während der Wartezeit beginnen, keinen Anspruch auf Entschädigung hat.

Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen

Physikalische und rehabilitative medizinische Leistungen, die von Ärzten oder Gesundheitsberuflern mit Universitätsabschluss in Physiotherapie oder einem gleichwertigen in Italien anerkannten Abschluss erbracht werden, die auf die Wiederherstellung der Funktionen eines oder mehrerer Organe oder Apparate ausgerichtet sind, die von gemäß Police entschädigungsfähigen Krankheiten oder Unfällen beeinträchtigt worden sind. Von dieser Deckung ausgeschlossen sind auf jeden Fall sämtliche Leistungen, die auf die Behandlung ästhetischer Probleme ausgerichtet sind, sowie Leistungen, die mit Geräten erbracht werden, deren vorwiegende Anwendung im Bereich der ästhetischen Medizin erfolgt.

Fachärztliche Untersuchungen

Die Untersuchung wird durch einen Facharzt zum Zweck der Diagnose und Verordnung von Therapien vorgenommen, auf welche sich dieses spezielle Fachgebiet bezieht. Es sind ausschließlich schulmedizinische Untersuchungen zulässig, Untersuchungen durch Ärzte, die Alternativmedizin praktizieren, sind ausgeschlossen. Ebenso ausgeschlossen sind die Spezialisierungen auf Allgemeinmedizin und gewöhnliche Pädiatrie.

Nicht vertraglich gebundene Einrichtungen (mit „Erstattung“)

Strukturen, die nicht zu Einrichtungen gehören, die vertraglich mit der Dienstleistungsgesellschaft verbunden sind, bei denen die erbrachten Leistungen später erstattet werden.

Spezifische Definitionen des Bereichs Vermögensrisiken

Hauptwohnung Die Wohnung, die als Hauptwohnsitz des Versicherten gemeldet ist und wo er für gewöhnlich die

meiste Zeit des Jahres verbringt, sofern sich diese auf italienischem Staatsgebiet befindet.

Online-Käufe



Alle Verträge, die Güter zum Gegenstand haben und zwischen einem Freiberufler und einem Verbraucher im Rahmen eines vom Freiberufler organisierten Internet-Verkaufssystems abgeschlossen werden, wenn es sich beim Käufer um eine natürliche Person handelt, die beim Vertragsabschluss Zwecke verfolgt, die nicht in Verbindung mit der ggf. von ihr ausgeübten Berufstätigkeit stehen. Die Güter müssen mit einem Express-Kurier oder ähnlichen Systemen, die eine Rückverfolgung der Sendung ermöglichen, geliefert werden.

Personal

Die beim Versicherten angestellten Beschäftigten (einschließlich Mitarbeiter mit Vertrag auf Abruf, Arbeitsplatzteilungsvertrag, Teilzeitvertrag, Lehrlinge, gelegentliche Aushilfskräfte, Arbeitsförderungsvertrag gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10. September 2003), die Inhaber, die Gesellschafter und mithelfende Familienmitglieder sowie Mitarbeiter, die im Rahmen eines Projekt-, Leiharbeits- oder Überlassungsvertrags von anderen Unternehmen gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10. September 2003 beschäftigt sind, die vom Versicherten unter Einhaltung der gesetzlichen Normen bei der Ausübung der in der Police beschriebenen Tätigkeit genutzt werden. Dazu gehören auch Kursteilnehmer, Stipendiaten und Praktikanten.

All-Risks-Versicherung

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

Panzerschrank

Stahlschrank, der zumindest folgende Merkmale aufweist:

- Wände und Türflügel mit Außen- und Innenmantel aus Stahl;
- in der Tür, vor den Schlössern Platten aus bohrsicherem Spezialstahl;
- mehrere Riegel, die durch den Griff bewegt und durch Sicherheitsschlösser gesperrt werden.

Angriff auf das Informationssystem

Eine vorsätzliche Handlung Dritter gegen das Informationssystem des Versicherten.

Tätigkeit

Die vom Versicherer ausgeübte und in der Police erklärte Betriebstätigkeit, einschließlich der Ausübung von damit verbundenen ergänzenden, Hilfs- und Zusatzfähigkeiten sowie die Erbringung von Dienstleistungen einschließlich des Betriebs angeschlossener Direkt- und/oder Fabrikverkaufsstellen, wobei alle genannten Aktivitäten in enger Verbindung zur grundlegenden Unternehmenstätigkeit stehen müssen.

Landwirtschaftsbetrieb

Ausübung von eigenständiger landwirtschaftlicher Tätigkeit, die gebietlich bestimmt und begrenzt ist, auch wenn sie auf räumlich voneinander getrennten Grundstücken stattfindet, vorausgesetzt, dass diese eine Unternehmenseinheit darstellen, die dazu geeignet ist, gemäß den Bestimmungen von DPR (Dekret des Präsidenten der Republik) Nr. 597 vom 29.09.1973, DPR Nr. 917 vom 22.12.1986 und Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 228 vom 18.05.2001 als landwirtschaftlich geltendes Einkommen zu erwirtschaften. Zum Landwirtschaftsbetrieb gehören: die Gebäude, einschließlich des ländlichen Wohnhauses, samt Bauwerken, Vorräten und Produkten, Futter, Vieh, Ausrüstung,

landwirtschaftlichen Maschinen, betriebseigenen Abteilungen, Werkstätten und Produktionsstätten sowie Silos, vorausgesetzt dass diese zum Betrieb gehören und ausschließlich von diesem verwendet werden.

Landwirtschaftsbetrieb mit Ferienangebot

Landwirtschaftsbetrieb, der zusätzlich im Bereich der Ferien auf dem Bauernhof entsprechend der Regelung durch Gesetz Nr. 730 vom 5.12.1985 und Gesetz Nr. 96 vom 20.02.2006 i.d.g.F. tätig ist und über die entsprechende Genehmigung verfügt.

Gepäck

Kleidung, Sportgeräte und Hygieneartikel, optische Geräte, Foto- und Videokameras, Computer, elektronische Terminkalender, tragbare Telefone/Smartphones und der Koffer, die Tasche oder der Rucksack, in denen diese verstaut sind, welche der Versicherte bei der Reise mit sich führt oder trägt.

Vieh

Rinder (einschließlich Büffel), Equiden, Schweine, Ziegen, Schafe, Geflügel und Kaninchen, Bienen samt Bienenstock, Strauße, vorausgesetzt, dass es sich nicht um intensiv oder industriell betriebene Zucht und Haltung handelt. Unter letzterer versteht sich der Einsatz von industriellen und wissenschaftlichen Methoden, einschließlich der Verabreichung von Arzneimitteln ohne therapeutischen Bedarf zur Wachstumsförderung, sowie der Fütterung des Viehs mit Produkten, die teilweise oder vollständig nicht aus dem betriebseigenen Anbau stammen. Von dieser Definition für das Vieh ausgenommen sind: Rennpferde, Pelztiere und die Intensivhaltung von Kaninchen, Vögeln und Geflügel allgemein.

Fahrrad

Ein pedalbetriebenes Zweirad. Dazu gehören auch Fahrräder mit Tretunterstützung durch einen Elektromotor mit maximal 0,25 kW Leistung, die nicht der verbindlichen Haftpflichtversicherung für Kraftfahrzeuge unterliegen.

Tresorschrank

Ein Tresor mit Wänden und Türflügel aus Stahl in geeigneter Stärke, der ausschließlich aus speziell hierfür vorgesehenem Material gefertigt wurde, wobei geeignete Vorkehrungen getroffen wurden, um Einbruchversuchen angemessen standzuhalten. Die Panzerung des Tresors muss einen monolithischen Block bilden, in dem sich speziell schützende Materialien und Abwehrvorkehrungen gegenseitig ergänzen. Tresorschränke mit Gewicht unter 200 kg müssen fest am Boden und an mindestens einer Ziegelwand verankert sein.

Bestand

Darunter versteht sich:

- Maschinen und Ausrüstung: Maschinen, landwirtschaftliches Gerät, Anlagen, Ausrüstung und dazugehörige Ersatzteile und Unterbauten; Hebeanlagen und Hebezeuge oder Waagen; ggf. landwirtschaftliche, selbstfahrende Arbeitsmaschinen, Schlepp- und Transportfahrzeuge allgemein, die allesamt nicht beim Zentralen Fahrzeugregister eingetragen sind;
- Möbel und Einrichtung, einschließlich Sicherheitsschränke und Tresore, Bürowaren und Druckartikel sowie häuslicher beweglicher Besitz;
- Geräte: Prozessoren und Automationen von Industrieprozessen, die nicht im Dienste von Einzelmaschinen stehen, elektrische und elektronische Bürogeräte, Registrierkassen, elektronische Waagen,



Personal Computer, Minirechner und Bürorechner samt dazugehörigen Peripheriegeräten für Empfang und Übertragung von Daten mit den dazu gehörenden Verbindungskabeln, Telekommunikationsgeräte und -anlagen, elektronische Melde-, Brandschutz- und Alarmsysteme, die aufgrund ihrer Beschaffenheit und Gebrauchsbestimmung nicht als unbeweglich gelten;

- Waren einschließlich Produktionssteuer und Zollgebühren: Rohstoffe, Verarbeitungszutaten und Produkte des Unternehmens, Halbfertigwaren und Endprodukte, Vorräte und Verbrauchsmaterialien, Verpackungen, Produkte, die mit der in der Police angegebenen Betriebstätigkeit verbunden sind, Mustersammlungen und alles, was von der Verkaufslizenz des Geschäfts vorgesehen ist, Halterungen, Ausschuss und Verschnitt aus der Verarbeitung, besondere und entflammbare Produkte in den in der Police angegebenen Mengen;
- Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Wertgegenstände, Pelzmäntel, Teppiche, Gemälde, Sammlungen, Kunstgegenstände allgemein;
- spezifische Geräte und Datenträger: Platinen, Platten, Bänder, Mikrofilm für Rechner, Computer und Datenverarbeitungsmaschinen, Zeichnungen, Dokumente, Register, Bücher, Veröffentlichungen, Modelle, Gesenke, Zylinder, Formen, Webvorlagen für Webrahmen, Druckstöcke, lithographische Drucksteine, Stereotypplatten, gravierte Kupfer- und Zinkplatten, Materialien für Farbfotografie.

Vom Bestand ausgenommen sind: Tabakwaren, Getreide vor der Ernte, der gesamte Anbau (Baum-, grasartige und Gemüsekulturen), Bäume, Wälder, hängende Früchte, Futter und Vieh.

Streitigkeit

Darunter versteht sich das erste Schriftstück, aus dem sich für den Versicherten die Notwendigkeit eines Rechtsbeistands ergibt, oder auch das erste Schriftstück, aus dem sich für den Versicherten der Anspruch auf „Rechtsschutz“ ableiten lässt.

Sachen

Materielle Gegenstände und, mit Beschränkung auf die Haftpflichtversicherung allein, auch Tiere.

Bargeld und Wertsachen

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

Nebengebäude und/oder Zubehör

Räumlichkeiten auch in getrennten Bauwerken, vorausgesetzt dass sie in Bereichen liegen, die an das Gebäude angrenzen, in dem sich der versicherte Betrieb mit Büros, Lagern und Depots befindet, bzw. zu diesem gehören.

Explosionsfähige Stoffe

Stoffe und Produkte, die auch in kleinen Mengen:

- im Kontakt mit Luft oder Wasser unter Normalbedingungen explodieren;
- aufgrund mechanischer oder Hitzeeinwirkung explodieren, einschließlich der Sprengstoffe gemäß Art. 83 des Königlichen Dekrets Nr. 635 vom 6. Mai 1940, die in dessen Anhang A aufgeführt sind.

Explosion

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

Gebäude

Das gesamte Bauwerk (einschließlich Nebengebäude und ggf. die Wohnung des Versicherten und/oder eines Hausmeisters auf dem Betriebsgelände) oder der Teil davon, in dem die erklärte Betriebstätigkeit abgewickelt wird und die versicherten Sachen enthalten sind, unter Ausschluss des Grundstückswerts. Mit dazu gehören Umzäunungen, feste Einbauteile, Fenster- und Türrahmen, Fundamente und unterirdische Bauteile, Personen- und Lastaufzüge, Rolltreppen, Antennen ebenso wie andere Anlagen und Installationen, die aufgrund ihrer Beschaffenheit oder Verwendung als nicht beweglich gelten, ferner Teppichböden, Verkleidungen, Fresken, Tore, Statuen ohne künstlerischen Wert, gemauerte Silos, Keller, Gewächshäuser und ähnliches. Falls ein Gebäudeabschnitt versichert wird, gilt die Definition für diesen Abschnitt und für die diesem zugeordneten Anteile am Gemeinschaftsbereich des Gesamtgebäudes. Ausgeschlossen sind Tragflughallen, Seilnetzkonstruktionen, verlassene Gebäude, Photovoltaik- und Solarwärmanlagen, die als vom Gebäude unabhängige Sache eigenständig versichert werden können, sowie alles, was unter Bestand genannt wurde.

Zufälliges Ereignis

Ereignis, das keine natürliche Folge der Methode ist, die vom Versicherten für die Abwicklung der von der Police gedeckten Betriebstätigkeiten gewählt wurde, und/oder das nicht durch willentliche Verletzungen von Gesetzen, die bei der Ausübung der versicherten Betriebstätigkeit einzuhalten sind, durch den Versicherten verursacht wurde.

Unerlaubte Handlung

Die vorsätzliche oder fahrlässige Tat, welche einen rechtswidrigen Schaden verursacht hat, welcher den Täter zum Schadensersatz verpflichtet. Die unerlaubte Handlung besteht weder in der Erfüllung noch der Verletzung einer vertraglichen Verpflichtung, sondern in der Missachtung einer gesetzlichen Vorschrift oder der Verletzung von Rechten anderer Personen. Der aus der unerlaubten Handlung hervorgehende Schaden wird als „außervertraglicher“ Schaden bezeichnet, da zwischen geschädigter und verantwortlicher Person keinerlei Vertragsbeziehung besteht.

Umsatz

Der Betrag des Umsatzes (abzüglich USt und obligatorischer Sozialversicherungsbeiträge) der einzelnen versicherten Freiberufler bezüglich des Zeitraums zwischen 1. Januar und 31. Dezember des Bezugssteuerjahrs.

Feste Einbauteile, Fenster- und Türrahmen

Allgemein Fenster und Türen, Elemente für das Verschließen von Durchgängen, Beleuchtungs- und Belüftungsöffnungen an Gebäuden und generell Elemente, die fest am Mauerwerk verankert sind und zu dessen Verkleidung oder Schutz dienen.

Futter

Pflanzliche Produkte für die Fütterung des Viehs sowie Stroh und ähnliches.

Diebstahl

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

Pharmazeutische Strichcode-Etiketten (Wertpapier)

Darunter versteht sich die von diesen verbrieften Geldforderung, d.h. der Betrag, der von der Apotheke



erhalten wird, nachdem von dem auf dem Etikett angegebenen Preis des Arzneimittels, die eingekommene Zuzahlung abgezogen wurde.

Schmuck und Wertgegenstände

Gegenstände aus Gold und Platin oder mit diesen Metallen gefasste Objekte, Edelsteine, Korallen, Natur- und Zuchtperlen usw., sowie Armband- oder Taschenuhren, auch wenn diese nicht aus Edelmetall bestehen.

Fahrzeugpanne

Das plötzliche und unvorhergesehene mechanische, elektrische oder hydraulische Versagen, das dazu führt, dass das Fahrzeug nicht in der Lage ist, die geplante Fahrt fortzusetzen, bzw. das zu anomalen oder gefährlichen Verkehrsbedingungen im Hinblick auf die Sicherheit von Personen oder Fahrzeugen führt. Nicht als Panne gilt der Stillstand aufgrund von planmäßigen/regelmäßigen Wartungsmaßnahmen, des Einbaus von Zubehör oder wegen Eingriffen an der Karosserie sowie die Folgen einer Betriebsstörung mechanischer, elektrischer oder hydraulischer Art des Wartungssystems der Hebesysteme, mit denen das versicherte Fahrzeug oder dessen Anhänger möglicherweise ausgerüstet sind.

Alarmanlagen für den Diebstahlschutz

Automatische Alarmanlage für den Diebstahlschutz mit Sirene, die von einer bei der Zertifizierungsstelle I.M.Q. registrierten Firma installiert wurde, oder automatische Nebelanlage für den Diebstahlschutz entsprechend der Norm ISO 9001-2000, die von einer qualifizierten Firma installiert wurde.

Photovoltaikanlagen

Eine Photovoltaikanlage besteht aus einem Satz von Geräten, die eine direkte Umwandlung von Sonnenenergie in elektrische Energie ermöglichen. Sie umfasst ein Solarmodul (Solarzellen), das Gleichstrom aus Sonnenenergie erzeugt, einen Wechselrichter zur Umwandlung des Gleichstroms in Wechselstrom, Anschlusskästen, Schaltschränke, Verkabelungen und Stützstrukturen, Zähler zur Messung des ins Netz gespeisten Stroms.

Solarwärmanlage

Diese besteht aus Solarmodulen, die Wärme für die Erzeugung von Warmwasser liefern.

Implosion

Zusammenbruch von Geräten, Tanks und Behältern allgemein aufgrund mangelnden Innendrucks durch enthaltene Fluide gegenüber dem Außendruck.

I.M.Q.

Italienisches Zertifizierungsstelle für Qualitätszeichen.

Brand

Verbrennung mit Flamme von Sachgütern außerhalb geeigneter Feuerstellen, die von selbst übergreifen oder sich ausbreiten kann.

Feuerfeste Materialien

Stoffe und Produkte, die sich bei einer Temperatur von 750 °C weder entzünden noch exotherme Reaktionen aufweisen. Die verwendete Testmethode ist die des Centro Studi Esperienze des italienischen Innenministeriums. Als feuerfeste Materialien gelten auch zertifizierte Dachbaustoffe mit Brandreaktionsklasse 1 (Ministerialdekret 26. Juni 1984 des Innenministeriums).

Entzündliche Stoffe

Stoffe und Produkte, die nicht als „explosionsfähig“ eingestuft werden, mit Ausnahme von wässrig-alkoholischen

Lösungen bis maximal 35 %, welche folgenden Eigenschaften entsprechen:

- brennbare Gase;
- Flüssigkeiten und Feststoffe mit Zündpunkt unter 55°C;
- Sauerstoff, Substanzen und Produkte, die beim Abbau Sauerstoff freisetzen;
- Stoffe und Produkte, die bei Kontakt mit Wasser oder feuchter Luft brennbare Gase entwickeln;
- Stoffe und Produkte, die sich auch in kleinen Mengen unter Normalbedingungen und in Luftkontakt von selbst entzünden.

Der Zündpunkt wird auf Grundlage der Normen laut Ministerialdekret vom 17. Dezember 1977, Anhang V, bestimmt.

Platten und Scheiben

Platten und Scheiben aus Kristall, Halbkristall und generell aus Glas, bruchsicherem Glas oder Spiegelglas sowie Platten aus starrem Kunststoff, die zur Einrichtung oder zu Öffnungen, Treppen und anderen Räumen des Betriebs gehören, mit Ausnahme von Oberlichtern.

Betriebsräume

Immobilieeinheit, in welcher der Versicherungsnehmer den Sitzungssitz oder die Betriebsstätte der in der Police angegebenen Berufstätigkeit eingerichtet hat.

Landwirtschaftliche Maschinen

Die allesamt nicht beim Zentralen Fahrzeugregister eingetragenen, selbstfahrenden oder geschleppten Fahrzeuge, die für mechanisch-landwirtschaftliche Leistungen oder Verarbeitungen bestimmt sind.

Planmäßige Wartung

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

Höchstbetrag

Der maximale Gesamtbetrag, den sich der Versicherer für die Entschädigung des Schadensfalls zu zahlen verpflichtet.

Besondere Waren

Pulver, Späne oder Schäume von: Aluminium, Aluminiumbronze, Bronze, Magnesium, Titan, Zirkonium, Hafnium, Thorium, Wolfram, Uran - Zelluloid (Rohstoff und daraus gefertigte Produkte) - Kunststoff-Schaum oder Wabenmaterial - Verpackungsmaterial aus Kunststoff-Schaum oder Wabenmaterial (unter Ausnahme von Materialien, die in Warenpackungen enthalten sind) - Korkgranulat und Rohkork - Papierabfälle, Packpapier oder Altpapier, Papier- und Kartonverschnitt - Latexschaum, Schaumgummi oder mikroporöses Gummi - Watte - gepresste Baumwollballen - Textilabfall, Gewebeverschnitt, Lumpen - Hadern, Fransen, geschreddertes Material, Fäden unter Ausnahme derjenigen, die mindestens 80% Schurwolle enthalten - Federn oder Daunen.

Verschlussvorrichtungen

Jede Öffnung nach draußen von Räumlichkeiten, die versicherte Sachen enthalten, die sich weniger als 4 m über dem Boden oder einer Wasseroberfläche oder von normal von außen zugänglichen und begehbaren (d.h. ohne Einsatz von Hilfsmitteln oder besonderer körperlicher Geschicklichkeit) Flächen befindet und die über ihre gesamte Ausdehnung geschützt wird durch: robuste Tür- oder Fensterflügel aus Holz, starren Kunststoffmaterialien, Metall oder Metalllegierung, welche mit Einbau- oder Vorhängeschlössern oder anderen geeigneten, allein von



innen betätigbaren Vorrichtungen verriegelt sind; Sicherheitsglas.

Länder der Europäischen Union

Für die Deckung Rechtsschutz sind darunter die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union zu verstehen: Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Dänemark, Irland, Vereinigtes Königreich, Griechenland, Portugal, Spanien, Österreich, Finnland, Schweden, Zypern, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Tschechische Republik, Slowakei, Ungarn, Bulgarien, Rumänien.

Vermögensverlust

Summen, für welche die Haftung des Versicherten gegenüber Kunden in Verbindung mit der Ausübung der versicherten Tätigkeit durch den Versicherten anerkannt wurde, wobei der Verlust nicht die Folge von Tod oder Personenschaden und/oder der Zerstörung oder Beschädigung von Sachen ist.

Wirksamkeitszeitraum der Versicherung

Der Zeitraum zwischen dem Zahlungsdatum der Prämie oder dem auf der Police angegeben Datum (wenn dieses mit der Zahlung übereinstimmt) und dem Ablauf der Versicherung.

P.O.S. (Point of sale)

Ein Kassensystem, das die Übertragung von Geldmitteln von einer Person (Käufer) zu einer anderen (Geschäftsbetreiber, der Güter oder Dienstleistungen veräußert) über den Einsatz von Debit-, Kredit- und Guthabekarten ermöglicht.

Erstisiko

Versicherungsform, bei welcher der Versicherer bis zur Erreichung einer bestimmten Deckungssumme für Schäden haftet, ohne dass die in Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs vorgesehene Proportionalitätsregel Anwendung findet.

Raub

Aneignung beweglicher Sachen, die ihrem Besitzer durch Gewaltausübung oder Bedrohung seiner Person entzogen werden.

Einbruch

Aufbrechen, Entfernen oder Zerstören von Schlössern oder Schutzvorrichtungen von Räumen, Tresoren oder Möbelstücken, in denen versicherte Güter verwahrt werden, sodass ihre vor dem Schadensfall bestehende ordnungsgemäße Funktion danach nicht mehr möglich ist.

Handtaschenraub

Diebstahl, der begangen wird, indem das Gut der aufbewahrenden Person entrissen wird.

Bersten

Plötzliches, nicht durch Explosion verursachtes Platzen von Behältern aufgrund eines internen Überdrucks der enthaltenen Fluide. Die Folgen von Vereisung und Druckstoß gelten nicht als Bersten.

Gewächshäuser

Durch Beton- oder Mauerwerksfundamente fest am Boden verankerte Anlagen für den Anbau und/oder die Aufzucht von Pflanzen allgemein mit Tragwerken aus Eisen und/oder Stahlbeton und Deckung aus Glas- und/oder starren Kunststoffscheiben. Mit dazu gehört sämtliches, ggf. unterirdisches Mauerwerk, feste Einbauteile, Fenster- und Türrahmen, fest in den Gewächshäusern installierte Anlagen und Ausrüstung.

Branche

Anhand gemeinsamer Eigenschaften zusammengefasste, unterschiedliche Betriebstätigkeiten. Die Zugehörigkeitsbranche der versicherten Tätigkeit ist in der Police angegeben.

Rechtsschutzfall

Auftreten der Streitigkeit.

Belegschaft und/oder Mitarbeiter

Jede natürliche Person, die im Auftrag des Versicherten für die Ausübung der gemäß Versicherungsgegenstand vorgesehenen Aktivität tätig ist, tätig war oder tätig sein wird, als Beschäftigter, Praktikant, Lehrling, Student, Aushilfskraft, Mitarbeiter, Korrespondent in Italien oder im Ausland, im Rahmen eines Voll- oder Teilzeit-, Ausbildungs-, Aushilfs- oder Zeitvertrags.

Fernwirkeinrichtung

Gesamtheit der Geräte für Steuerung und Kontrolle der Photovoltaikanlage, bestehend aus:

- einem System zur Datenerfassung, das den Wechselrichter regelmäßig abfragt und stichprobenhaft Betriebsdaten erhebt (Data Monitor)
- einem zentralisierten Datenerfassungssystem (Data Collector)
- einem über Internet zugänglichen Überwachungs- und Berichterstattungssystem (Data Reporter).

Dach

Gefüge von tragenden und nicht tragenden Bauteilen, die dazu bestimmt sind, das Gebäude zu decken und vor der Witterung zu schützen, einschließlich dazu gehörenden Tragwerks (Dachstuhl, Zug- oder Maueranker).

Rechtsschutz

Versicherungszweig gemäß Gesetzesvertretendem Dekret 209/05 - Art. 163 - 164 - 173 - 174.

Neuwert

Darunter versteht sich:

- für das Gebäude: die Ausgabe, die für den kompletten Neubau des Gebäudes erforderlich wäre, unter Ausschluss des alleinigen Grundstückswerts sowie unter Berücksichtigung der Konstruktionstechnik zum Zeitpunkt des Schadensfalls;
- für Geräte und Anlagen: die Kosten der Neubeschaffung der Sachen, d.h. ihr Listenpreis bzw. in dessen Ermangelung die effektiven Kosten für den Ersatz durch eine gleiche neue Sache oder, falls diese nicht mehr erhältlich sein sollte, durch eine in Eigenschaften, Leistung und Ertrag gleichwertige Sache, einschließlich Transport-, Zoll-, Montage- und Abnahmekosten sowie Steuer, falls diese vom Versicherten nicht abgesetzt werden kann.

Verbundsicherheitsglas

Scheibe mit mindestens 6 mm Stärke, die aus zwei oder mehr untereinander fest verbundenen Glasschichten besteht, wobei zwischen den Glasscheiben eine Schicht Kunststoffmaterial eingefügt ist, oder Scheibe aus einer einzigen Schicht Synthetikmaterial (Polycarbonat) mit mindestens 6 mm Stärke.

Besucher/Berater

Damit ist eine natürliche Person gemeint, die in den Räumlichkeiten des Versicherungsnehmers für einen geschäftlichen Besuch, eine Beratung oder Leistungserbringung anwesend ist und bei ihrer Ankunft regulär registriert wurde.



Speziell für den Bereich Cyber-Risiken geltende Definitionen

Angriff auf das Informationssystem

Eine vorsätzliche Handlung gegen das Informationssystem des Versicherten.

Vorsätzliche Handlung

Jede rechtswidrige Handlung, die mit der Absicht, einen Schaden zu verursachen oder sich unrechtmäßigen Zugang zu Daten, dem Informationssystem oder dem Netzwerk des Versicherten zu verschaffen, begangen worden ist.

Continuous Scanning

Automatische Erfassung von Ports/Diensten, die von öffentlichen Netzwerken aus zugänglich und mit öffentlichen IP-Adressen der Firma verknüpft sind, in Verbindung mit diesbezüglicher Analyse von Verletzbarkeit, fehlerhaften Konfigurationen bzw. der Exposition kritischer Dienste gegenüber den öffentlichen Netzwerken.

Schaden

Abänderung, Löschung oder Beschädigung von Daten, wie Firmendaten oder personenbezogenen Daten, die im Informationssystem des Versicherten gespeichert sind.

Data Breach

Davon ist die Rede, wenn E-Mail-Adressen, meldeamtliche Informationen und oder firmeneigene/persönliche Passwörter (falls im Nethive-System konfiguriert) in den Datenbanken der beschädigten oder angegriffenen Cloud-Dienste vorhanden waren.

Der Verlust der Vertraulichkeit potentiell sensibler Daten, wie Username, Passwort und meldeamtliche Daten, bewirkt einen Anstieg der Wahrscheinlichkeit unbefugter Zugriffe.

Daten

Jede digitale Information, die nicht direkt für die Öffentlichkeit bereitsteht bzw. dieser allgemein bekannt ist, und die im Informationssystem des Versicherten vorhanden ist und außerhalb des Arbeitsspeichers (RAM) abgelegt wurde, unabhängig von ihrer Form und der Art und Weise, wie diese verwendet oder angezeigt wird (z.B. Text, Abbildungen, Video, Software).

Firmendaten

Firmen- und Geschäftsdaten, die ggf. als „vertraulich“ gekennzeichnet sein können und die nicht direkt der Öffentlichkeit bereitgestellt werden (nicht allgemein bekannt sind).

Personenbezogene Daten

Informationen, die gemäß geltender Datenschutzgesetzgebung zur Identifikation einer Person dienen.

Discovery basis

Deckungsform, bei der Schadensfälle garantiert werden, die mit Ereignissen verbunden sind, die während der Versicherungslaufzeit zum ersten Mal entdeckt werden.

Infrastruktur

Jede beliebige Art von Kommunikationsgerät, Klimaanlage, kontinuierlicher Versorgungsanlage, alleinstehenden Generatoren, Frequenzumrichtern, Transformatoren sowie alle anderen Geräte und Dienste, die für den Betrieb des Informationssystems des Versicherten dienen.

Internet Service

Sämtliche zur Nutzung des Internets benötigten Dienste; beispielsweise aber nicht ausschließlich:

- die „Internetprovider“, die für die Bereitstellung des Dienstes und der für den Zugang zum Internet benötigten Hardware verantwortlich sind;
- DNS-Dienstleister;
- andere Provider von Diensten, Geräten und Infrastrukturen (wie z.B. kabel-, satelliten- und funkgestützte Telekommunikationssysteme), die nicht vom Versicherten kontrolliert werden und für den Austausch von Informationen sowie den Internetbetrieb benötigt werden.

Intranet

Ein firmeninternes privates Datennetz.

Malware

Jede Art von schädlicher Software oder Code (wie Viren, Spyware, Würmer, Trojaner, Rootkits, Ransomware, Keylogger, Dialer und Rogue-Sicherheitssoftwares), die entwickelt wurde, um unerlaubten Zugang zu verschaffen und/oder den Betrieb des Informationssystems des Versicherten zu unterbrechen.

Cyber-Erpressung

Jede Art illegaler Geldforderung durch Dritte, die von Drohungen begleitet werden, wie:

1. Lahmlegung des Informationssystems des Versicherten zur Unterbrechung von dessen Tätigkeit;
2. Korruption, Beschädigung, Zerstörung, Verbreitung oder Aneignung von Daten aus dem Informationssystem des Versicherten;
3. Störung der Website des Versicherten;
4. Weigerung, die aus dem Informationssystem des Versicherten gestohlenen Daten zurückzugeben;
5. Verhinderung des berechtigten Zugriffs auf das Informationssystem des Versicherten durch den Einsatz elektronischer Geräte.

Outsourcing Provider

Jeder Dritte, der vertraglich festgelegte IT- und Cloud-Dienste für den Versicherten erbringt; nicht als Outsourcing Provider gelten Einrichtungen, die Internet Service, Kommunikationssysteme und Stromversorgung bereitstellen.

Netzwerk

Eine Gruppe von über eine Technologie (einschließlich Internet, Intranet und private virtuelle Netzwerke) untereinander verbundenen Informationssystemen, in denen ein Datenaustausch möglich ist.

Rückkauf

Jeder Betrag in Geld, Bitcoin oder anderen digitalen Währungen, der von einem Dritten in Verbindung mit einer Cyber-Erpressung gefordert wird.

Service Provider

Nethive S.p.A., die Gesellschaft, die im Schadensfall Orientierungs- und Beratungsdienste sowie ansonsten die unter Abschnitt 16 und 17 erwähnten Präventions- und Überwachungsdienste für den Versicherten erbringt, mit Sitz in Via Stefano Breda 26, 35010 Limena (PD),

Informationssystem

Hardware, Infrastruktur, Software oder andere Elemente, die benötigt werden, um Daten zu erstellen, darauf zuzugreifen, diese zu verarbeiten, zu schützen, zu



kontrollieren, zu speichern, wiederherzustellen, anzuzeigen und zu übermitteln.

Spam reputation

Überwachung der Reputation des Domainnamens der Firmen-E-Mails im Hinblick auf die Zustellungswahrscheinlichkeit und die Zuverlässigkeit gegenüber den wichtigsten marktüblichen Anti-Spam-Systemen.

System Failure

Jeder unfreiwillige und nicht programmierte Ausfall des Informationssystems des Versicherten.

Threat Intelligence

Umfassende Risikobewertung bezüglich der „Cyber reputation“ der Firma auf Grundlage der Analyse zahlreicher Parameter.

VORWORT

PROTECTION BUSINESS ist eine Police mit Mehrfachdeckung, die dem Schutz von Gütern, Personen und Vermögen in Verbindung mit der Betriebstätigkeit gewidmet ist.

Mit PROTECTION BUSINESS ist es möglich, mit einem einzigen Vertrag die Inhaber, Beschäftigten und/oder Mitarbeiter (bis zu 5 Versicherte) und die Firmengüter (5 Gebäude/Fabrikhallen/Immobilien), Photovoltaik- und/oder Solarwärmanlagen (5 Anlagen) zu schützen, denn es steht ein Angebot von Deckungspaketen zur Verfügung, die auf Grundlage der unterschiedlichen Zugehörigkeitsbranchen, wie Landwirtschaft, Handel, Industrie und Handwerk, freiberufliche Tätigkeit, Dienstleistungen, Tourismus und Gaststättengewerbe, zusammengestellt worden sind.

Die auf nachstehenden Seiten aufgeführten Versicherungsbedingungen sind fester Bestandteil der vom Versicherungsnehmer unterzeichneten Police. Die Versicherung gilt ausschließlich für die auf dem Formular der Police gedruckten Deckungen und wird für die jeweils in den vorliegenden Versicherungsbedingungen für die einzelnen Deckungen angegebenen Deckungssummen und/oder Höchstbeträge geleistet, unbeschadet der in der Police oder diesen Versicherungsbedingungen aufgeführten Selbstbehalte und Entschädigungsgrenzen.

Die angegebenen Versicherungsdeckungen gelten, wenn sie ausdrücklich in der Police genannt werden und die diesbezügliche Prämie entrichtet worden ist.

Das Produkt ist anhand folgenden Schemas in 3 Risikobereiche, 4 Sektoren und 17 Abschnitte gegliedert:

• BEREICH PERSONENRISIKEN

A. SEKTOR VORSORGE

1. ABSCHNITT TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG
A. Deckung **Temporäre Todesfallversicherung**
2. ABSCHNITT ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN
A. Deckung **Entschädigung für Schwere Erkrankungen**
3. ABSCHNITT UNFÄLLE
A. Deckung **Unfalltod**
B. Deckung **Unfallbedingte bleibende Invalidität**
C. Deckung **Unfallbedingte vorübergehende Arbeitsunfähigkeit**
D. Deckung **Erstattung von unfallbedingten Behandlungskosten**
E. Deckung **Krankenhaustagegeld**
F. Deckung **Gefährliche Sportarten**
G. Deckung **Kontoschutz**
4. ABSCHNITT KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT
A. Deckung **Krankheitsbedingte bleibende Invalidität**
5. ABSCHNITT GESUNDHEIT
A. Deckung **Versicherungsplan A**
B. Deckung **Versicherungsplan B**
C. Deckung **Versicherungsplan C**
D. Deckung **Versicherungsplan D**
6. ABSCHNITT BEISTAND FÜR PERSONEN
A. Deckung **Beistand für die Person**
7. ABSCHNITT REISEBEISTAND TRAVEL
A. Deckung **Beistand auf Reisen**
8. ABSCHNITT REISEBEISTAND TRAVEL GOLD
A. Deckung **Beistand auf Reisen**

• BEREICH VERMÖGENSRISIKEN

B. SEKTOR VERMÖGEN

9. ABSCHNITT HAFTPFLICHT
A. Deckung **Betriebshaftpflicht gegenüber Dritten und Arbeitgeberhaftpflicht**
B. Deckung **Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht**
10. ABSCHNITT RECHTSSCHUTZ
A. Deckung **Rechtsschutz**
11. ABSCHNITT SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN



A. Deckung **Schutz von POS-Einnahmen**

12. ABSCHNITT BRANDSCHÄDEN AN GEBÄUDE UND/ODER BESTAND/HAUSRAT

A. Deckung **Gebäudebrand**

B. Deckung **Hausratbrand**

C. Deckung **Mieterhaftpflicht**

13. ABSCHNITT DIEBSTAHL UND RAUB

A. Deckung **Diebstahl und Raub**

14. ABSCHNITT ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN ALL RISKS

A. Deckung **Elektronik und Maschinenpannen**

15. ABSCHNITT ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK

A. Deckung **Erneuerbare Energien All Risk**

• **CYBER-BEREICH**

C. SEKTOR SCHUTZ

16. ABSCHNITT FINANZIELLE VERLUSTE

A. Deckung **Erstattung der Ausgaben für die Wiederherstellung von Daten und Informationssystem**

D. SEKTOR PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG

17. ABSCHNITT PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG

ALLGEMEINE REGELUNGEN FÜR ALLE DECKUNGSARTEN

Art. 1 - Erklärungen zu den Risikoumständen.

Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung gemäß Art. 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Art. 2 - Wirkung, Laufzeit und Kündigung des Vertrags - Versicherungsprämie

Die Versicherung hat einjährige Laufzeit.

Unbeschadet der Wartezeit gemäß Art. 26, 49, 70 und 82 - „Wartezeiten“ entspricht das Datum des Inkrafttretens der Versicherung 24 Uhr des in der Police angegebenen Datums, wenn die Prämie bzw. deren erste Rate entrichtet worden ist; andernfalls tritt sie um 24 Uhr des Zahlungstages in Kraft und erlischt um 24 Uhr des letzten Tags der im Vertrag selbst festgelegten Laufzeit.

Falls der Versicherungsnehmer die Prämien oder deren weitere Raten nicht bezahlt, wird die Versicherung - in partieller Abweichung von Art. 1901 des it. Zivilgesetzbuchs - ab 24 Uhr des 30. Tages anstatt des 15. Tages nach Fälligkeit aufgehoben und tritt um 24 Uhr des Zahlungstages erneut in Kraft, ohne Änderung der weiteren Fälligkeiten gemäß Art. 1901 des it. Zivilgesetzbuchs. **In Ermangelung der Kündigung durch eine der Parteien, welche der Gegenpartei spätestens 30 Tage vor Ablauf zugestellt worden sein muss, wird der Vertrag, falls er eine Laufzeit von mindestens einem Jahr hat, jeweils um ein weiteres Jahr verlängert.**

Falls die Zahlung der Prämie oder der weiteren Raten mit einer Verspätung von mehr als 90 Tagen zur vertraglich festgelegten Fälligkeit erfolgt, werden die Wartezeiten gemäß Art. 26, 49, 70 und 82 - „Wartezeiten“ ab 24 Uhr des Zahlungstages berechnet.

Der Vertrag sieht die Entrichtung einer Prämie für die einjährige Dauer der Versicherung vor, deren Betrag in der Police angegeben ist.

Beläuft sich die Jahresprämie auf einen Betrag von € 120,00 oder mehr, kann sie nach Wahl des Versicherungsnehmers ohne zusätzliche Gebühren in halbjährliche Raten oder Monatsraten unterteilt werden.

Die Vereinbarung der Unterteilung der Prämie befreit jedoch den Versicherungsnehmer nicht von der Pflicht, die gesamte Jahresprämie zu entrichten, welche mit jeglicher Wirkung als einzige und unteilbare Prämie gilt, und zwar auch im Falle eines Erlöschens des Risikos während der Laufzeit der Versicherung.

Art. 3 - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten

Mit Bezugnahme auf ABSCHNITT 1, ABSCHNITT 2, ABSCHNITT 3, Art. 58 - Punkt D - Krankenhaustagegeld, ABSCHNITT 4 und Abschnitt 5, Art. 79 (Versicherungsplan B und Versicherungsplan C) wird die Prämie Anpassungen entsprechend den Kriterien unter Art. 29, 39, 56, 71 und 75 unterzogen.

Art. 3.1 - Variation von Prämie und Versicherungsbedingungen bei Ablauf der Versicherung

Mit Bezugnahme auf ABSCHNITT 2 und ABSCHNITT 5 hat der Versicherer, falls er beabsichtigt, bei Ablauf der Versicherung Änderungen an den Tarif- und/oder Vertragsbedingungen gegenüber den zuvor vereinbarten



vorzunehmen, diese Absicht dem Versicherungsnehmer spätestens 60 Tage vor Ablauf der Police mitzuteilen.

Falls der Versicherungsnehmer mitteilt, die neuen Tarifbedingungen nicht anzunehmen, bzw. wenn er seine Annahme nicht erklärt, wird der Vertrag bei Ablauf der Versicherung aufgelöst.

Auf jeden Fall haben die Zahlung der neuen Prämie und Entgegennahme der diesbezüglichen Quittung als Annahme der neu vorgeschlagenen Bedingungen zu gelten.

Art. 4 Widerrufs- und Rücktrittsrecht

Der Versicherungsantrag kann bis zum Datum des Inkrafttretens widerrufen werden.

Der Versicherte hat das Recht, innerhalb von 60 Tagen ab Datum des Inkrafttretens vom Vertrag zurückzutreten.

Der Versicherte teilt dem Versicherer seinen Widerrufs- oder Rücktrittswunsch beliebig auf einem folgender Wege mit:

- per Einschreiben;
- per zertifizierter E-Mail.
- per persönlich übergebenem Einschreiben an die Filiale des Anbieters, von dem der Vertrag ausgestellt wurde.

Die Ausübung des Widerrufs- oder Rücktrittsrechts befreit den Versicherer von jeglicher Verpflichtung im Schadensfall ab dem Moment des Empfangs der vom Versicherten übermittelten Mitteilung.

Der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer die ggf. abgebuchte Prämie, die bezahlt aber nicht genutzt wurde (abzüglich Steuer für die Deckungen der Schadenssparten), anhand der gleichen Methode, die für die Zahlung der Prämien festgelegt wurde.

Art. 5 - Änderungen der Versicherung

Etwaige Änderungen am Versicherungsvertrag sind schriftlich zu genehmigen.

Art. 6 - Form der Kommunikation

Sämtliche Mitteilungen, zu denen Versicherungsnehmer, Versicherter oder Begünstigte verpflichtet sind, haben - unbeschadet der Vorgaben in den einzelnen Vertragsklauseln auch im Hinblick auf die Verwendung von Informationssystemen und elektronischen Dokumenten sowie der E-Mail - in schriftlicher Form zu erfolgen und werden ab dem Moment wirksam, in dem sie beim Versicherer an der dem Satzungssitz entsprechenden Anschrift oder bei der Vertriebsfiliale, bei welcher der Vertrag ausgestellt wurde, eingehen.

Art. 7 - Abschluss des Versicherungsvertrags

Der Augenblick, in dem der Versicherer den Versicherungsantrag des Versicherungsnehmers akzeptiert.

Art. 8 - Erhöhung des Risikos

Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte hat den Versicherer schriftlich über jede Erhöhung des Risikos zu informieren.

Eine Erhöhung des Risikos, die dem Versicherer nicht bekannt ist oder von diesem nicht akzeptiert wurde, kann den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung gemäß Art. 1898 des ital. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Art. 9 - Minderung des Risikos

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

Art. 10 - Rücktritt im Schadensfall

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

Erfolgt der Rücktritt durch den Versicherer, erstattet dieser binnen 15 Tagen ab Inkrafttreten des Rücktritts den auf den nicht getragenen Risikozeitraum entfallenden Anteil der Prämie abzüglich Steuer.

Diese Bestimmung ist nicht auf Schadensfälle laut ABSCHNITT 5 - GESUNDHEIT anwendbar.

Art. 11 - Kürzung der Deckungssummen

Unbeschadet spezifischer Bestimmungen einzelner Deckungen werden im Schadensfall die versicherten Deckungssummen/Höchstbeträge und diesbezüglichen Entschädigungsgrenzen - mit Ausnahme der Deckungen für **Gebäudebrand** und **Erneuerbare Energien All Risk** - mit sofortiger Wirkung und bis zum Ende der aktuellen Laufzeit um den Betrag des jeweils entschädigungsfähigen Schadens - ohne entsprechende Rückerstattung der Prämie - reduziert.

Falls der Versicherer infolge des Schadensfalls hingegen beschließt, vom Vertrag zurückzutreten, wird der Anteil der Prämie



abzüglich Steuer zurückerstattet, der dem fortbestehenden nicht genutzten Deckungsbetrag entspricht.

Art. 12 - Änderung der Wohnung

Im Falle einer Änderung der in der Police angegebenen Wohnung hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer binnen 24 Uhr des 30. Tages ab Datum der Änderung mitzuteilen. Eine entsprechende Benachrichtigung ist auch infolge einer Änderung der Eigentumsverhältnisse der angegebenen Wohnung erforderlich. **Erfolgt die Benachrichtigung nicht innerhalb dieser Frist, werden die Deckungen so lange aufgehoben, bis der Versicherungsnehmer die schriftliche Mitteilung an den Versicherer vornimmt, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 1898 des it. Zivilgesetzbuchs.**

Art. 13 - Gültigkeitsgebiet

Unbeschadet der etwa von den einzelnen Deckungen vorgesehenen gebietlichen Beschränkungen ist die Versicherung auf der ganzen Welt gültig.

Art. 14 – Nachweis

Wer die Entschädigung, den Schadensersatz, die Erstattung oder die Leistung beantragt, hat nachzuweisen, dass die Voraussetzungen für diesen Anspruch vorliegen.

Art. 15 - Versicherung für andere - Inhaberschaft der aus der Police erwachsenden Rechte und Pflichten

Die aus der Police hervorgehenden Pflichten sind vom Versicherungsnehmer zu erfüllen mit Ausnahme jener Pflichten, die gemäß Art. 1891 aufgrund ihrer Beschaffenheit nur vom Versicherten erfüllt werden können.

Art. 16 - Steuerlasten

Die Steuerlasten bezüglich der Versicherung obliegen dem Versicherungsnehmer.

Dieser Vertrag unterliegt der in Italien geltenden Versicherungssteuer.

Nach derzeitiger Gesetzeslage ist die Prämie der Lebensversicherung steuerfrei.

Art. 17 - Andere Versicherungen

Der Versicherungsnehmer bzw. Versicherte ist von der Verpflichtung befreit, das Bestehen etwaiger anderer Versicherungen für dieselben, von dieser Versicherung gedeckten Risiken zu melden.

Bei Eintreten eines Schadensfalls hat der Versicherungsnehmer bzw. Versicherte die Pflicht, diesen bei allen Versicherern zu melden und hat gemäß Art. 1910 des it. Zivilgesetzbuchs bei jedem davon die gemäß jeweiligem unabhängig berücksichtigtem Vertrag zustehende Entschädigung zu beantragen.

Art. 18 - Obergrenze der Entschädigung

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

Art. 19 - Zuständigkeit, Schlichtungsverfahren, Gerichtsstand

Sämtliche Streitigkeiten bezüglich dieser Versicherung unterliegen der italienischen Rechtsprechung. Im Falle von Streitigkeiten zwischen den Parteien kann die Gerichtsbehörde angerufen werden, nachdem der obligatorische Schlichtungsversuch gemäß Art. 5 des gesetzesvertretenden Dekrets 28/2010 i.d.g.F. vorgenommen wurde, wobei die Streitigkeit ausschließlich Schlichtungsstellen anvertraut werden darf, die beim Justizministerium akkreditiert und im Verzeichnis der Schlichtungsstellen auf der Website des genannten Ministeriums registriert sind (www.giustizia.it). Falls im Anschluss dennoch der Gerichtsweg beschritten wird, gelten als Gerichtsstand der Wohnort oder das Wahlmizil (Anschrift des Zustellungsbevollmächtigten) des Versicherten oder des Versicherungsnehmers.

Art. 20 - Anwendbares Recht

Das auf den Vertrag anwendbare Recht ist das italienische.

Art. 21 - Verjährungsfristen

Gemäß Art. 2952 des it. Zivilgesetzbuchs verjähren die Ansprüche aus Versicherungen der Schadenssparten innerhalb von zwei Jahren nach Auftreten des Ereignisses, auf das sich der Anspruch stützt.

Gemäß Art. 2952, Absatz 2, des it. Zivilgesetzbuchs verjähren die Ansprüche aus Lebensversicherungen innerhalb von zehn Jahren nach Auftreten des Ereignisses, auf das sich der Anspruch stützt.

Gemäß Gesetz 266 vom 23. Dezember 2005 i.d.g.F. haben die Versicherungsgesellschaften im Falle nichterfolgter Einforderung der Versicherten Leistung binnen Verjährungsfrist des Anspruchs obligatorisch die nicht beanspruchten Beträge in den „Entschädigungsfonds für Opfer von Finanzbetrug“ einzuzahlen, der beim Ministerium für Wirtschaft und Finanzen eingerichtet worden ist.



Art. 22 - Verweis auf gesetzliche Regelungen - Glossar

Das Glossar ist fester Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen. Wenn nicht ausdrücklich anders geregelt, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

BEREICH PERSONENRISIKEN

A. SEKTOR VORSORGE

ABSCHNITT 1 - TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG

Folgende Deckung gilt, wenn die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde und die damit verbundene Versicherte Leistung in der Police angegeben ist

A. DECKUNG TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG

Art. 23 - Altersgrenzen

Bei Vertragsunterzeichnung muss das Alter des Versicherten zwischen 18 und 70 Jahren liegen, während es bei Ablauf der Versicherung nicht über 75 Jahren liegen darf.

Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 75. Lebensjahrs des Versicherten mit einer Frist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung für diese Person zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Art. 24 - Gegenstand der Versicherung und Versicherte Leistung

Der Versicherer garantiert im Falle des Ablebens des Versicherten während der Laufzeit der Versicherung die Auszahlung (in einer einzigen Zahlung) der Versicherten Leistung an den benannten Begünstigten.

Die Versicherte Leistung, die nicht über € 300.000,00 liegen darf, wird im Versicherungsantrag und in der Police angegeben und gilt unverändert über die gesamte Dauer der Versicherung hinweg. **Falls der Versicherte bei Beginn der Versicherungsdeckung älter als 60 Jahre ist, darf die Versicherte Leistung € 200.000 nicht übersteigen.**

Überlebt der Versicherte das Ende der Laufzeit der Versicherung, gilt diese als erloschen und die Prämie fällt dem Versicherer anheim, da sie dazu verwendet wird, für das mit der Alterssterblichkeit verbundene Versicherungsrisiko aufzukommen.

Art. 25 – Ausschlüsse

Das Todesfallrisiko wird ohne gebietliche Einschränkungen und bei jeder beliebigen Todesursache gedeckt, ausgenommen folgende Festlegungen.

Die Deckung ist ausgeschlossen, falls das Ableben des Versicherten zurückzuführen ist auf:

1. **Vorsatz des Versicherungsnehmers oder der Begünstigten;**
2. **aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten;**
3. **aktive Teilnahme des Versicherten an erklärten oder unerklärten Kriegshandlungen, Bürgerkrieg, terroristischen Anschlägen, Revolutionen, Volksunruhen oder jeder Art von militärischen Handlungen; die Deckung ist ferner auch dann ausgeschlossen, wenn der Versicherte nicht aktiv an erklärten oder unerklärten Kriegshandlungen oder Bürgerkrieg teilgenommen hat, wenn das Ableben erst 14 Tage nach Beginn der Feindseligkeiten eintritt und der Versicherte sich bereits im Gebiet der Ereignisse befand; das Vorliegen einer Kriegs- oder ähnlichen Situation in einem Land zum Zeitpunkt der Ankunft des Versicherten führt ebenfalls zum Ausschluss der Versicherungsdeckung;**
4. **Ereignisse, die verursacht werden durch Kernwaffen, Umwandlung des Atomkerns und Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen verursacht wird, oder auf die Exposition gegenüber ionisierender Strahlung;**
5. **das Führen von motorisierten Land- oder Wasserfahrzeugen, für welche der Versicherte gemäß geltenden Bestimmungen keine Fahrerlaubnis hat; die Deckung greift hingegen, wenn die Fahrerlaubnis vorliegt, aber seit höchstens 6 Monaten abgelaufen ist;**
6. **einen Flugunfall, wenn der Versicherte an Bord eines nicht flugberechtigten Flugzeugs oder mit einem Piloten reist, der über keine geeignete Lizenz verfügt, und auf jeden Fall, wenn er als Besatzungsmitglied reist, bzw. das**



Fliegen mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen, Gleitschirmen und Hubschraubern oder das Ausüben von Fallschirmspringen;

7. Selbstmord, wenn dieser innerhalb der ersten zwei Jahre ab Inkrafttreten der Versicherung oder danach innerhalb von 12 Monaten nach einer etwaigen Wiederinkraftsetzung der Versicherung begangen wird;
8. Krankheiten, Fehlbildungen, Erkrankungszustände, Unfallfolgen, Verletzungen des Versicherten sowie deren direkte oder indirekte Folgen, die vor Unterzeichnung des Versicherungsantrags aufgetreten sind, dem Versicherten bekannt waren und nicht angegeben worden sind;
9. Schädigungen der eigenen Person, die vom Versicherten selbst verursacht worden sind oder aufgrund Fahrlässigkeit, Unvorsichtigkeit, mangelndem Sachverstand bei der Befolgung von ärztlichen Verordnungen oder Empfehlungen oder durch freiwillige Gefahraussetzung aufgetreten sind;
10. Ausübung von Extremsportarten und allgemein gefährlichen Sportarten, wie rein beispielsweise: Boxen, Schwerathletik, Gewichtheben, Kampfsport, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Bergsteigen mit Schwierigkeitsgrad über 3 der UIAA-Skala, Freiklettern, Skeleton, Geschwindigkeitsskifahren, Skibergsteigen, Extremski, American Football, Rugby, Hockey, Wildwasserfahren mit jeder Art von Wasserfahrzeug, Einhand-Hochseeregatten oder -Hochseeüberquerungen, Bungee Jumping, Fallschirmspringen, Ski- und Wasserskispringen, Kitesurfen sowie Skiakrobatik, Gerätetauchen, Speläologie, Bobsport;
11. die Ausübung folgender Arbeitstätigkeiten: berufliche Tätigkeiten, die eine Aussetzung gegenüber Hochspannung, Strahlen, Gasen, Säuren, Sprengstoffen, Giften mit sich bringen, Arbeiten, die unter Tage, unter Wasser, in Bergwerken, Gruben, Schächten oder Laderäumen ausgeführt werden;
12. nichttherapeutische Anwendung von Drogen oder Arzneimitteln in nicht vom Arzt verordneten Dosen oder Zustände akuter oder chronischer Alkoholsucht entsprechend der Definition in den geltenden Normen;
13. HIV-Infektion, erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS) oder diesen gleichzusetzende Zustände, wenn das versicherte Ereignis binnen 5 Jahren ab Ausstellung der Police eintritt. Dieser Ausschluss kommt nicht zur Anwendung, wenn der Versicherte über einen negativen HIV-Test verfügt, der innerhalb der 3 Monate vor Unterzeichnung des Versicherungsantrags vorgenommen wurde;
14. einen Aufenthalt in einem beliebigen, unter den Risikoländern geführten Land, bei denen das Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten von Reisen gleich aus welchem Anlass abrät. Diese Angaben stehen auf der Website www.viaggiariesicuri.it zur Verfügung. Sollte der Hinweis des Ministeriums für Auswärtige Angelegenheiten erst ergehen, wenn der Versicherte sich bereits im betreffenden Land befindet, wird die Deckung über einen Zeitraum von maximal 14 Tagen ab Ausgabedatum der Warnung ausgedehnt.

Art. 26 - Wartezeiten

Die Deckung gilt nicht, wenn der Tod des Versicherten innerhalb der 6 Monate direkt nach Abschluss des Versicherungsvertrags eintritt.

Diese Wartezeit gilt nicht, wenn der Tod verursacht wird durch:

- Unfall;
- eine der folgenden akuten Infektionskrankheiten, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags auftritt: Typhus, Paratyphus, Diphtherie, Scharlach, Masern, Pocken, Kinderlähmung, Kindbettfieber, Fleckfieber, Hirnhautentzündung, Lungenentzündung, Europäische Schlafkrankheit, Milzbrand, Virus-Hepatitis A und B, Leptospirosen, hämorrhagischer Ikterus, Cholera, Brucellose, bakterielle Dysenterie, Gelbfieber, Q-Fieber, Salmonellose, Botulismus, infektiöse Mononukleose, Mumps, Pest, Tollwut, Keuchhusten, Röteln, Vaccinia generalisata, postvaksinale Enzephalitis, Wundstarrkrampf;
- anaphylaktischen Schock.

Art. 27 - Gültigkeitsgebiet

Die Versicherung gilt für Todesfälle in jedem Teil der Welt.

Art. 28 - Prämie

Die Versicherte Leistung wird gegen Zahlung einer im Voraus entrichteten Jahresprämie garantiert, deren Betrag im Versicherungsantrag und in der Police angegeben ist und der entsprechend dem vom Versicherten erreichten Versicherungsalter variiert.

Die Höhe der Prämie ist abhängig vom Betrag der Versicherten Leistung, von der Dauer der Versicherung und vom Alter des Versicherten.

Die Jahresprämie kann ohne zusätzliche Gebühren in Raten unterteilt werden und wird für die gesamte Laufzeit der Versicherung jedoch nicht über den Tod des Versicherten hinaus geschuldet.

Die Prämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsdaten am Wohnort des für die Police zuständigen Vermittlers oder des Versicherers zu entrichten.

Die Prämie des ersten Versicherungsjahrs wird auch bei Ratenzahlung auf jeden Fall vollständig geschuldet.



Art. 29 - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten

Bei jeder jährlichen Vertragsverlängerung wird die Anpassung der Prämie vorgenommen, indem auf jeden Versicherten die neue seiner Altersgruppe laut nachstehender Tabelle entsprechende Prämie angewandt wird, die pro 1.000,00 € Deckungssumme angerechnet wird.

Tabelle der Sätze pro 1.000,00 €					
Alter in Jahren	Satz pro 1.000	Alter in Jahren	Satz pro 1.000	Alter in Jahren	Satz pro 1.000
1	-	26	0,92	51	4,29
2	-	27	0,92	52	4,76
3	-	28	0,92	53	5,43
4	-	29	0,91	54	5,82
5	-	30	0,93	55	6,36
6	-	31	0,94	56	7,03
7	-	32	0,98	57	7,91
8	-	33	1,04	58	8,67
9	-	34	1,11	59	9,80
10	-	35	1,17	60	10,58
11	-	36	1,23	61	11,44
12	-	37	1,28	62	12,47
13	-	38	1,37	63	13,42
14	-	39	1,49	64	14,83
15	-	40	1,60	65	16,58
16	-	41	1,72	66	18,54
17	-	42	1,86	67	20,60
18	0,73	43	2,01	68	22,68
19	0,79	44	2,23	69	25,27
20	0,84	45	2,45	70	28,22
21	0,87	46	2,67	71	31,28
22	0,90	47	2,97	72	34,87
23	0,91	48	3,22	73	38,61
24	0,93	49	3,54	74	43,01
25	0,92	50	3,87	/	/

Art. 30 - Voraussetzungen

Die Risikoübernahme durch den Versicherer erfolgt auf Grundlage der Daten, die in dem im Versicherungsantrag enthaltenen Gesundheitsfragebogen bereitgestellt werden.

Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung gemäß Art. 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Art. 31 - Mangelnde Zahlung der Prämie: Auflösung

Gemäß Art. 1924 des it. Zivilgesetzbuchs kann der Versicherer ferner, falls der Versicherungsnehmer die Prämie für das erste Versicherungsjahr nicht bezahlt, die Vertragserfüllung innerhalb von 6 Monaten ab Fälligkeitsdatum der Prämie erwirken. Diese Bestimmung gilt auch bei Ratenzahlung: In diesem Fall läuft die Frist ab Fälligkeit der einzelnen Raten.

Die mangelnde Zahlung der weiteren Prämien nach dem ersten Versicherungsjahr bewirkt nach 30 Tagen ab Fälligkeit die Auflösung des Vertrags von Rechts wegen, und die bereits bezahlten Prämien fallen dem Versicherer anheim.

Eine mangelnde Zahlung der Prämie kann vom Versicherungsnehmer auf keinen Fall durch die Entgegenhaltung gerechtfertigt werden, der Versicherer habe ihm keine Benachrichtigung zur Fälligkeit zugesandt oder habe die Prämie nicht bei ihm zuhause eingekassiert.

Art. 32 - Wiederaufnahme der Prämienzahlung: Wiederinkraftsetzung

Binnen 6 Monaten ab Fälligkeit der ersten nicht bezahlten Prämienrate hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf die Versicherung wieder in Kraft zu setzen, indem er die säumigen Prämien bezahlt.

Sind 6 Monate ab Fälligkeitsdatum der ersten nicht bezahlten Prämienrate verstrichen, kann eine Wiederinkraftsetzung nur auf ausdrückliche Beantragung durch den Versicherungsnehmer und schriftliche, nach freiem Ermessen gewährte Annahme seitens des Versicherers erfolgen, der medizinische Kontrollen verlangen kann. Bei Wiederinkraftsetzung wird die Versicherung erneut über ihren gesamten Wert um 24 Uhr am Zahlungstag des geschuldeten Betrags aktiviert. Nach Ablauf von 24 Monaten nach Fälligkeit der ersten nicht bezahlten Prämienrate kann die Versicherung nicht mehr wieder in Kraft gesetzt werden.



Art. 33 - Rückkauf und Kürzung.

Die Versicherung lässt weder einen Rückkauf noch eine Kürzung der Deckungssummen zu.

Art. 34 - Darlehen

Die Versicherung lässt keine Gewährung von Darlehen zu.

Art. 35 - Auflösung des Versicherungsvertrags

Die Deckung endet:

- bei Auszahlung der Versicherten Leistung an einen beliebigen Begünstigten, die nur ein einziges Mal erfolgen kann;
- bei Rücktritt;
- bei mangelnder Zahlung der Prämie nach Verstreichen der Wiederinkraftsetzungsfrist laut Art. 32.

Art. 36 - Begünstigter der Versicherten Leistung

Die Begünstigten der Versicherten Leistung sind die vom Versicherungsnehmer angegebenen Bezugsberechtigten bzw., falls keine Ernennung erfolgt ist, die gesetzlichen und/oder testamentarischen Erben des Versicherten.

Der Versicherungsnehmer bezeichnet die Begünstigten und kann diese Bestimmung jederzeit widerrufen oder ändern.

Die Nennung der Begünstigten und deren etwaiger Widerruf oder Änderung sind dem Versicherer schriftlich mitzuteilen oder im Testament festzulegen.

Gemäß Art. 1921 des it. Zivilgesetzbuchs kann die Benennung der Begünstigten jedoch in folgenden Fällen nicht widerrufen oder geändert werden:

1. nachdem der Versicherungsnehmer und der Begünstigte schriftlich beim Versicherten ersterer den Verzicht auf Widerruf und letzterer die Annahme der Begünstigung erklärt haben;
2. nach dem Tod des Versicherungsnehmers durch dessen Erben;
3. nachdem der Begünstigte - nach Eintreten des Ereignisses, das die Verpflichtung des Versicherers zur Erbringung der Versicherten Leistung bewirkt hat, - schriftlich dem Versicherer mitgeteilt hat, die Begünstigung annehmen zu wollen.

Gemäß Art. 1923 des it. Zivilgesetzbuchs stehen die dem Begünstigten vom Versicherer ausgezahlten Summen unter dem Schutz vor Pfändung und Beschlagnahme.

Art. 37 - Abtretung von Rechten und Belastung

Der Versicherungsnehmer kann die Ansprüche aus der Versicherung abtreten oder zu Gunsten von Dritten binden. Diese Maßnahmen werden erst dann wirksam, wenn der Versicherer, nachdem er die diesbezügliche schriftliche Benachrichtigung erhalten hat, einen entsprechenden Vermerk am Police-Anhang angebracht hat.

In dem von Art. 36, Punkt 1 erwähnten Fall erfordern die Vorgänge zur Abtretung und Belastung der Police die schriftliche Einwilligung der Begünstigten.

Im Falle der Belastung ist für jeden Vorgang, der die Wirksamkeit der geleisteten Deckungen beeinträchtigen würde, die schriftliche Einwilligung des Bezugsberechtigten nötig.

Art. 38 - Verpflichtungen im Schadensfall – Auszahlung der Versicherten Leistung

Im Falle des Ablebens des Versicherten haben dessen Rechtsnachfolger den Versicherer schriftlich zu informieren.

Der Aufforderung zur Auszahlung der Versicherten Leistung sind beizulegen:

- vom zuständigen Standesamt ausgestellte Sterbeurkunde im Original oder gleichwertige Urkunde;
- Totenschein des Arztes, der den Tod festgestellt hat;
- Kopie der Krankenakte, falls der Tod in einer öffentlichen oder privaten Krankenhauseinrichtung eingetreten ist;
- Protokolle der zuständigen Behörden bei gewaltsamem oder Unfalltod.

Falls die Begünstigten die gesetzlichen oder testamentarischen Erben des Versicherten sind, haben sie ihre Berechtigung zum Empfang der Versicherten Leistung durch Einsendung folgender Unterlagen zu belegen:

- beglaubigte Kopie des ggf. vorhandenen Testaments, samt Erklärung, dass das beiliegende Testament das einzige oder letzte gültige, nicht angefochtene Testament ist;
- notarielle Beurkundung, mit der bestätigt wird, dass kein Testament vorhanden ist, und die gesetzlichen Erben benannt werden;
- Beschluss des Vormundschaftsgerichts, mit dem die Person bestimmt wird, die die Versicherte Leistung entgegennehmen darf, wenn der Begünstigte minderjährig oder nicht geschäftsfähig ist, samt Freistellung des Versicherers von jeder Verantwortung;
- Kopie von Ausweis und Steuerkarte des Begünstigten.

Der Versicherer kann nach Information über das Ableben ferner bei Vorliegen eines besonderen Untersuchungsbedarfs weitere Unterlagen verlangen.

Nach Feststellung der regulären Versicherungssituation und Erhalt der oben aufgeführten Unterlagen sorgt der Versicherer binnen 30 Tagen für die Auszahlung der Versicherten Leistung an den Begünstigten.



Der Versicherer verzichtet zu Gunsten der Rechtsnachfolger des Versicherten darauf, sein Eintrittsrecht laut Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs gegenüber den für den Schadensfall verantwortlichen Dritten auszuüben.

ABSCHNITT 2 – ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN

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

A. DECKUNG ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN

Art. 39 - Altersgrenzen - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters

Bei Vertragsunterzeichnung muss das Alter des Versicherten zwischen 18 und 64 Jahren liegen, während es bei Ablauf der Versicherung nicht über 65 Jahren liegen darf.

Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 65. Lebensjahrs des Versicherten mit einer Frist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung für diese Person zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Bei jeder jährlichen Verlängerung wird unter Berücksichtigung der in der Police angegebenen Deckungssumme die Anpassung der Prämie vorgenommen, indem auf das neue Alter des Versicherten die entsprechende Prämie laut nachstehenden Bedingungen angewandt wird:

DECKUNGSSUMME € 10.000

Alter zwischen 18 und 29 Jahren: € 25,00
Alter zwischen 30 und 39 Jahren: € 50,00
Alter zwischen 40 und 49 Jahren: € 125,00
Alter zwischen 50 und 59 Jahren: € 250,00
Alter zwischen 60 und 64 Jahren: € 355,00

DECKUNGSSUMME € 20.000

Alter zwischen 18 und 29 Jahren: € 50,00
Alter zwischen 30 und 39 Jahren: € 100,00
Alter zwischen 40 und 49 Jahren: € 250,00
Alter zwischen 50 und 59 Jahren: € 500,00
Alter zwischen 60 und 64 Jahren: € 710,00

DECKUNGSSUMME € 30.000

Alter zwischen 18 und 29 Jahren: € 75,00
Alter zwischen 30 und 39 Jahren: € 150,00
Alter zwischen 40 und 49 Jahren: € 375,00
Alter zwischen 50 und 59 Jahren: € 750,00
Alter zwischen 60 und 64 Jahren: € 1.065

Art. 40 - Personen, die nicht versicherbar sind

Nicht versicherbar sind Personen, die unter Alkohol- oder Drogensucht, einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden.

Beim Eintreten dieser Bedingungen im Vertragsverlauf erlischt automatisch und unmittelbar die Versicherung unabhängig von der konkreten Beurteilung des Gesundheitszustands des Versicherten gemäß Art. 1898 des it. Zivilgesetzbuchs, ohne dass der Versicherer zur Leistung einer Entschädigung verpflichtet wäre. Bei Erlöschen der laufenden Versicherung erstattet der Versicherer dem Versicherungsnehmer binnen 45 Tagen nach Außerkrafttreten den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende der Laufzeit, für welche die Prämie ursprünglich bezahlt worden war, bezieht.

Nicht versicherbar sind ferner Personen, deren fester Hauptwohnsitz nicht in Italien, der Republik San Marino oder der Vatikanstadt liegt.



Ebenso als „nicht versicherbare Personen“ gelten all diejenigen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses:

- einen Körpermasseindex (BMI) aufweisen, der nicht zwischen 18.00-34.99 liegt (dieser Index gilt für Personen mit Alter ab 18 Jahren);
- auf eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation warten;
- bereits eine Operation gehabt oder eine Diagnose erhalten haben oder die auf die Ergebnisse von Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen warten:
 - Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome (gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen anzugeben, deren aktive Behandlung ohne Rezidive seit mehr als 10 Jahren - bzw. 5 Jahren bei Krebserkrankungen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahrs aufgetreten sind - abgeschlossen ist. Unbeschadet etwaiger späterer Änderungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelung, die günstiger für den Versicherten sind);
 - Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris;
 - Hirngefäßerkrankungen wie: Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz;
 - chronische Virus-Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa;
 - Nephrose, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern, Diabetes (Typ 1 und 2);
 - Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematodes, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis;
- Hypercholesterinämie (über 250 mg/dL trotz Behandlung), arterielle Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierte Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion;
- denen eine Invalidität von 25% oder mehr zuerkannt wurde oder die diese beantragt haben;
- die sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen haben, wie z.B.: Magnetresonanz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben;
- denen von einer anderen Versicherungsgesellschaft ein Antrag auf eine Vorsorgeversicherung für Schwere Erkrankungen (sog. Dread Disease oder Critical Illness), Invalidität, Behandlungskosten oder eine Lebensversicherung abgelehnt oder nur zu Sonderbedingungen akzeptiert wurde;
- in deren Blutsverwandtschaft ersten Grades (Vater, Mutter, Brüder, Schwestern) Fälle von Herzinfarkt, Koronarer Herzkrankheit, Kardiomyopathie, Schlaganfall, polyzystischer Nierenerkrankung oder bösartigen Tumoren vor dem Alter von 60 Jahren aufgetreten sind.

Traf auf den Versicherten bereits vor Abschluss der Police eine dieser Bedingungen zu, verliert diese ihre Wirkung und jegliche Gültigkeit für diesen Versicherten.

Sobald der Versicherer obige Umstände erfahren hat, wird er binnen 45 Tagen nach Außerkrafttreten der Police den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer erstatten, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende der Laufzeit, für welche die Prämie ursprünglich bezahlt worden war, bezieht.

Art. 41 - Voraussetzungen

Die Risikoübernahme durch den Versicherer erfolgt auf Grundlage der Daten, die in dem im Versicherungsantrag enthaltenen Gesundheitsfragebogen bereitgestellt werden.

Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung gemäß Art. 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Art. 42 - Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung gilt bei Schwere Erkrankungen, vorausgesetzt dass diese zu denen gehören, die unter Art. 44 „Definition



Schwerer Erkrankungen“ aufgeführt und definiert werden, und dass sie erst nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Gültigkeit beim Versicherten diagnostiziert werden, unbeschadet der ausdrücklichen Ausschlüsse laut Art. 47 „Ausschlüsse“ sowie der Wartezeiten gemäß Art. 49.

Art. 43 - Leistungen im Falle Schwerer Erkrankungen

Der Versicherer zahlt ein einziges Mal während der Laufzeit der Versicherung eine Entschädigung, die der **in der Police genannten Deckungssumme** entspricht, an den Versicherten aus, wenn eine durch geeignete ärztliche Dokumentation untermauerte Diagnose einer der in Art. 44 beschriebenen, Schweren Erkrankungen vorliegt und nachdem Überlebensdauer und Wartezeiten gemäß Art. 49 verstrichen sind.

Art. 44 - Definition Schwerer Erkrankungen

Für diese Versicherung gelten als Schwere Erkrankungen: Myokardinfarkt, Schlaganfall und Krebs, entsprechend folgender Definition:

Myokardinfarkt

Ein Facharzt für Kardiologie hat die abschließende auf akuten Myokardinfarkt lautende Diagnose zu bestätigen. Dabei muss die Nekrose eines Teils des Herzmuskels vorliegen, die durch unzureichende Blutversorgung des betroffenen Bereichs verursacht wurde. Die Diagnose muss alle drei folgenden Kriterien erfüllen und es muss eine sichere Diagnose auf akuten Myokardinfarkt vorliegen:

1. klinisch konstante Symptomatologie mit Diagnose auf akuten Myokardinfarkt,
2. neue, durch eine Ischämie bedingte Auffälligkeiten des EKG, die nicht auf Ereignisse zurückführbar sind, die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens des Vertrags aufgetreten waren, sowie
3. typisch über die Norm erhöhte Werte der herzspezifischen Biomarker.

Ausgeschlossen sind:

- **Angina pectoris, Myokarditis, Herzinsuffizienz und andere Formen von akutem Koronarsyndrom;**
- **Stress-Kardiomyopathie (Takotsubo);**
- **akute Herzschädigung durch Arrhythmien, Traumata, Lungenembolien oder Septikämie.**

Schlaganfall

Die Diagnose eines neuen akuten Schlaganfalls hat durch einen Facharzt für Neurologie zu erfolgen und ist durch Bildgebungstechnik zu belegen. Es muss zu irreversiblen Absterben von Hirngewebe durch mangelnde Blutversorgung oder Hämorrhagie im Hirngewebe oder im Subarachnoidalraum gekommen sein. Der Schlaganfall muss zu einer dauernden Schädigung der neurologischen Funktionen beitragen, die bei der objektiven Untersuchung durch klare und deutliche Anomalien zutage treten muss, welche über einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 30 Tagen nach Auftreten des Schlaganfalls bestehen bleiben.

Als ausgeschlossen gelten:

- . **transitorische ischämische Attacke (TIA);**
- . **Hirnschäden durch Unfälle oder Traumata;**
- . **Durchblutungsstörungen der Augen, einschließlich des Sehnerv oder Netzhaut betreffenden sog. Augenfarkts;**
- . **Durchblutungsstörungen der Wirbelsäule (Rückenmarksinfarkt);**
- . **stummer, asymptomatischer Schlaganfall, der allein durch bildgebende Verfahren festgestellt wird.**

Krebs

Die definitive Diagnose eines bösartigen Tumors, der durch das unkontrollierte Wachstum bösartiger Zellen mit Invasion des Gewebes gekennzeichnet ist, muss von einem Facharzt für Onkologie bestätigt werden. Der Begriff „Krebs“ umfasst unter anderem Leukämie, Sarkome und Lymphome. Die Diagnose muss durch histopathologischen Befund und Stadienbestimmung bestätigt werden.

Als ausgeschlossen gelten:

- **alle Tumoren, die histologisch als gutartig, präkanzerös oder nicht-invasiv, mit geringem Malignitätspotential beschrieben werden, alle Grade von Dysplasien, alle squamösen intraepithelialen Läsionen (HSIL und LSIL) sowie alle intraepithelialen Neoplasien;**
- **jede von der jüngsten Ausgabe des AJCC Cancer Staging Manual als Carcinoma in situ beschriebene Läsion (Tis oder Ta);**
- **alle Tumoren der Haut außer dem bösartigen Melanom, Hautlymphome und Dermatofibrosarkome, die sich nicht auf Lymphknoten oder entfernte Organe/Stellen ausgebreitet haben;**
- **Tumoren im Stadium 1 laut jüngster Ausgabe des AJCC Cancer Staging Manual für Hautmelanome, neuroendokrine Tumoren (Karzinoide), gastrointestinale Stromatumoren sowie Schilddrüsentumoren im**



Stadium T1N0M0, die kleiner als 2 cm sind;

- alle Tumoren der Prostata, die einen Gleason-Score gleich oder kleiner als 6 aufweisen oder von der jüngsten Ausgabe des AJCC Cancer Staging Manual histologisch als Stadium unter T2N0M0 beschrieben werden;
- sämtliche bösartigen Neoplasien des Knochenmarks (einschließlich unter anderen: Leukämie, myeloproliferative Neoplasien, Thrombozythämie, primäre Myelofibrose, echte Polyzythämie und myelodysplastisches Syndrom), es sei denn, diese erfordern Behandlungen mit wiederholten Transfusionen, therapeutischem Aderlass, Chemotherapie, gezielter Krebstherapie, Knochenmarks- oder Blutstammzelltransplantation.

Art. 45 - Gültigkeit der Deckung für Schwere Erkrankungen

Die Entschädigung wird dem Versicherten nur einmal während der gesamten Versicherungslaufzeit ausbezahlt und nur dann, wenn zum ersten Mal eine Schwere Erkrankung diagnostiziert wird, die gemäß Versicherung entschädigungsfähig ist, und vorausgesetzt dass der Versicherte 30 Tage nach diesem Ereignis noch am Leben ist. Wird dem Versicherten die Entschädigung für eine der unter den Definitionen in diesem Absatz beschriebenen Schwere Erkrankungen zuerkannt, gilt diese Deckung gemäß Versicherungsbedingungen nicht mehr für andere Schwere Erkrankungen.

Bei der ersten darauffolgenden Verlängerung der Versicherung wird die Deckung Schwere Erkrankungen automatisch gestrichen.

Art. 46 - Überlebensdauer - Schwere Erkrankungen

Die Versicherung sieht keinerlei Auszahlung von Leistungen für Schwere Erkrankungen entsprechend vorausgehender Beschreibung vor, wenn das Ableben des Versicherten innerhalb der 30 (dreißig), direkt auf die Diagnose folgenden Tage (Überlebensdauer) eintritt.

Für den Anspruch auf Entschädigung sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- der Versicherte muss zum Zeitpunkt der Schadensmeldung am Leben sein;
- der Versicherte muss von einer der in Art. 44 beschriebenen Schwere Erkrankungen betroffen sein, und alle unter der Definition aufgeführten Kriterien müssen erfüllt werden;
- es muss die gesamte, zur Beurteilung des Schadensfalls erforderliche Dokumentation eingereicht werden.

Keinerlei Leistungen werden erbracht für Schwere Erkrankungen, die erst nach dem Ableben des Versicherten diagnostiziert werden.

Art. 47 – Ausschlüsse

Unbeschadet der bereits unter Artikel 44 „Definition Schwerer Erkrankungen“ getätigten Ausschlüsse, bleiben weiterhin Ereignisse ausgeschlossen, die zurückzuführen sind auf:

1. jede beliebige, von der Police abgedeckte Schwere Erkrankung, an welcher der Versicherte vor dem Datum des Inkrafttretens der Police oder während der Wartezeit bereits gelitten hat oder die innerhalb dieser Fristen diagnostiziert wurde;
2. betrügerische Absicht des Versicherten oder Begünstigten;
3. Krieg oder Aufstand;
4. terroristische Anschläge mit Einsatz von Nuklear-, biologischen oder chemischen Waffen;
5. Trunkenheit, Alkohol- oder Drogensucht oder Abhängigkeit von Arzneimitteln, die nicht von zugelassenen Ärzten verordnet worden sind;
6. absichtliche Handlung des Versicherten, insbesondere die Folgen eines Selbstmordversuchs;
7. aktive Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten;
8. Fahrlässigkeit, Unvorsichtigkeit und mangelnder Sachverstand bei der Beachtung ärztlicher Verordnungen;
9. vorbestehende Erkrankungen laut Art. 48;
10. erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS) oder andere mit dem Zustand der HIV-Positivität verbundene Pathologien;
11. nukleare oder chemische Kontamination, Invasion, feindliche Handlungen (sowohl bei erfolgter Kriegserklärung als auch ohne), aktive Teilnahme an Volksaufuhr, Rebellionen, Revolutionen, Aufständen, Staatstreichen;
12. die Ausübung folgender Sportarten: Bergsteigen, Freiklettern, Speläologie, Automobilsport, Motorsport, Motocross, Motorbootrennen, Luftsportarten (Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Drachenfliegen usw.), Hockey, Rugby, American Football, Kampfsport, Boxen, Schwerathletik, Tauchen, Wasserski- oder Skispringen, Freestyle-Ski oder -Wasserski, Bobsport;
13. vom Versicherten begangene Handlungen, wenn dieser sich in einem von ihm selbst herbeigeführten Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befindet;



14. Krankheiten/Unfälle, die in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch oder nichttherapeutischen Gebrauch von Drogen, Halluzinogenen, psychotropen Substanzen und ähnlichem stehen;
15. das Führen jeder Art von motorisiertem Land- oder Wasserfahrzeug, wenn der Versicherte nicht über die hierzu benötigte Fahrerlaubnis verfügt;
16. Ausübung der folgenden Arbeitstätigkeiten: Förderung von Erdöl oder Erdgas; Arbeit in Bergwerken oder Hochöfen, in Kontakt mit Sprengstoffen, Pestiziden oder anderen gefährlichen Chemikalien, darunter Asbest; Arbeit in einer Höhe von über 5 m vom Boden (Gerüste, Dächer usw.); Personenschutz und Sicherheitsdienste; Ordnungsdienste (Polizei, Carabinieri, Militär usw.) mit Einsatz von Waffen, Feuerwehrcräfte, Arbeit als Taucher;
17. depressive Zustände, psychiatrische Erkrankungen, organische Psychosyndrome.

Im Falle Schwerer Erkrankung des Versicherten aufgrund einer dieser ausgeschlossenen Ursachen wird keine Entschädigung geschuldet. Die Versicherung wird hingegen aufgelöst und der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer zurück, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende des Versicherungsjahrs bezieht, für das die Prämie ursprünglich bezahlt worden war - unter Ausnahme des Falls, in dem betrügerische Absicht des Versicherten oder Begünstigten vorliegt, in dem keinerlei Erstattung erfolgt.

Art. 48 - Vorbestehende Erkrankungen

Die Versicherung kommt nicht für Krankheiten und deren direkte oder indirekte Komplikationen auf, die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens der Police bekannt waren, diagnostiziert und/oder behandelt bzw. ärztlich/klinisch untersucht (Geräte- oder Labordiagnostik) worden sind.

Art. 49 - Wartezeiten

Keinerlei Entschädigung laut Art. 43 wird bezahlt, wenn während der ersten 90 (neunzig) Tage ab Datum des Inkrafttretens der Versicherung:

- der Versicherte Anzeichen und/oder Symptome aufweist oder sich Untersuchungen unterzieht, deren Ergebnisse zur Diagnose einer der versicherten Schweren Erkrankungen gehören, unabhängig vom Datum der Diagnose; oder
- dem Versicherten eine der gemäß Versicherung abgedeckten Schweren Erkrankungen diagnostiziert wird.

Falls die Diagnose einer Schweren Erkrankung sich aus ärztlichen Untersuchungen ergibt, die während der Wartezeit der betreffenden Deckung erfolgt sind, wird keine Entschädigung geschuldet. Die Versicherung wird hingegen aufgelöst und der Versicherer erstattet dem Versicherungsnehmer den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer zurück, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende des Versicherungsjahrs bezieht, für das die Prämie ursprünglich bezahlt worden war.

Art. 50 - Was tun im Schadensfall

Für die Bearbeitung und Abwicklung der Schadensfälle greift der Versicherer auf die Betriebszentrale zurück, die unter folgenden Telefonnummern Anrufe aus Italien und dem Ausland entgegennimmt:

02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr für Informationen zu den Deckungen, der Vorgehensweise zur Aktivierung der Leistungen und zum Schadensfall (Meldung und Angaben zum Bearbeitungsstand).

Durch die Kontaktaufnahme zur Betriebszentrale leistet der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine von diesen beauftragte Person automatisch die Einwilligung zur Verarbeitung ihrer Daten.

Art. 51 - Schadensfallmeldung und Nachprüfung der Schweren Erkrankung

Falls dem Versicherten eine Schwere Erkrankung diagnostiziert wird, hat der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder deren Beauftragter innerhalb von 15 Tage ab Diagnosedatum der Schweren Erkrankung oder ab dem Moment, in dem dies möglich wurde, eine schriftliche Meldung einzureichen, der folgende Dokumentation beizulegen ist:

- ein fachärztliches Attest für die diagnostizierte schwere Erkrankung und den sonstigen Gesundheitszustand des Versicherten;
- die vollständige Kopie der medizinischen Unterlagen (Krankenakte/Gerätediagnostik/histologische Befunde usw.), aus denen das Datum der Erstdiagnose der Krankheit des Versicherten, die das Ereignis verursacht hat, hervorgeht.

Oben genannte Dokumentation kann vom Versicherten an die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it gesendet werden.

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

Ferner ist der Versicherte verpflichtet, sich - auf Anfrage des Versicherers - den erforderlichen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen, um die Feststellung der Schweren Erkrankung bei medizinischen Einrichtungen und durch Vertrauensärzte des Versicherers zu ermöglichen.

Art. 52 - Beurteilung des Schadensfalls - Abwicklung der Entschädigung

Binnen 30 Werktagen ab Datum der Schadensmeldung bzw. ab Empfangsdatum etwaiger weiterer zur Beurteilung des Schadensfalls angeforderter Unterlagen, einschließlich der Dokumentation etwaiger, vom Versicherer verlangter, ärztlicher Untersuchungen, wird die Betriebszentrale im Auftrag des Versicherers dafür sorgen, die Schwere Erkrankung zu überprüfen, und dem Versicherten die Vornahme der Überweisung des ganzen Entschädigungsbetrags laut Artikel 43 nachweisen oder schriftlich die Gründe mitteilen, aus denen diese Leistung nicht erbracht werden kann.

Die Deckung bleibt auch während der Feststellungsphase bis zum Datum der Mitteilung bestehen, die dem Versicherungsnehmer vom Versicherer mit der Anerkennung der Schweren Erkrankung zugesandt wird.

Falls die Schwere Erkrankung vom Versicherer nicht anerkannt wird, bleibt die Deckung weiter wirksam, vorausgesetzt dass der Versicherungsnehmer die Zahlung der Prämien wiederaufnimmt und ggf. seit Datum der Schadensmeldung fällig gewordene und säumige Prämien nachzahlt.

Art. 53 - Schiedsverfahren

Streitigkeiten im medizinischen Bereich hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit eines Schadensfalls entsprechend den Vorschriften und Grenzen der Versicherungsbedingungen können schriftlich an zwei Ärzte überstellt werden, die jeweils von einer der Parteien ernannt werden und die in der dem Wohnsitz des Versicherten am nächsten gelegenen oder von diesem bevorzugten Gemeinde mit Sitz eines Instituts für Rechtsmedizin zusammentreten.

Diese Ärzte ernennen, wenn sie zu keiner Einigung gelangen, einen dritten; anschließend werden die Entscheidungen mehrheitlich unter Freistellung von allen gesetzlichen Formalitäten getroffen und sind auch dann bindend, wenn einer der Ärzte sich weigert, das betreffende Protokoll zu unterzeichnen. Falls eine der Parteien die ihr zustehende Ernennung nicht tätigt oder falls keine Einigung für die Ernennung des dritten Arztes zustande kommt, erfolgt diese auf Beantragung der gewissenhafteren Partei durch die für den Ort des Zusammentretens dieses Ausschusses zuständige Ärztekammer (Gemeinde, Sitz eines Instituts für Rechtsmedizin, der am nächsten beim Wohnort des Versicherten liegt).

Der Ärzteausschuss hat die Möglichkeit, wenn dies für angemessen gehalten wird, die endgültige Feststellung auf ein vom Ausschuss selbst bestimmtes Datum zu verschieben; in diesem Fall kann der Ausschuss die Zahlung eines Vorschusses auf die Entschädigung gewähren.

Jede Partei trägt die Kosten für den von ihr ernannten Arzt, während die des dritten Arztes jeweils zur Hälfte übernommen werden.

Davon unberührt bleibt die Möglichkeit, den Gerichtsweg zu beschreiten, nachdem der obligatorische Schlichtungsversuch gemäß Art. 5 des Gesetzesvertretenden Dekrets 28/2010 i.d.g.F. bei einer zugelassenen Schlichtungsstelle vorgenommen wurde.

ABSCHNITT 3 - UNFÄLLE

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

Art. 54 - Altersgrenzen

Bei Ablauf der Versicherung darf das Alter des Versicherten:

- für die Versicherungsleistung Krankenhaustagegeld nicht über 70 Jahren und
- für die anderen Deckungen nicht über 75 Jahren liegen.

Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Erreichen der genannten Altersgrenzen durch den Versicherten mit einer Vorankündigungsfrist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung für diese Person zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Art. 55 - Personen, die nicht versicherbar sind

Nicht versicherbar sind Personen, die unter Alkohol- oder Drogensucht, einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden.

Beim Eintreten dieser Bedingungen im Vertragsverlauf erlischt automatisch und unmittelbar die Versicherung unabhängig von der konkreten Beurteilung des Gesundheitszustands des Versicherten gemäß Art. 1898 des it.



Zivilgesetzbuchs, ohne dass der Versicherer zur Leistung einer Entschädigung verpflichtet wäre. Bei Erlöschen der laufenden Versicherung erstattet der Versicherer dem Versicherungsnehmer binnen 45 Tagen nach Außerkrafttreten den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende der Laufzeit, für welche die Prämie ursprünglich bezahlt worden war, bezieht.

Art. 56 - Voraussetzungen - Anpassung der Prämie für die Deckung Krankenhaustagegeld

Die Risikoübernahme durch den Versicherer erfolgt auf Grundlage der Daten, die im Versicherungsantrag angegeben werden.

Ungenauere Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung gemäß Art. 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Beschränkt auf die Versicherungsleistung Krankenhaustagegeld wird die Deckung gegen Zahlung einer Prämie geleistet, die automatisch mit dem Fortschreiten des Alters des Versicherten gemäß den Altersgruppen in nachstehender Tabelle angepasst wird.

Krankenhaustagegeld für Unfall oder Krankheit			
Altersgruppen	Bruttoprämien pro Deckungssumme		
	Deckungssumme € 50,00	Deckungssumme € 75,00	Deckungssumme € 100,00
0 - 25	71,75	107,63	143,50
26-35	77,90	116,85	155,80
36-45	101,48	152,21	202,95
46-55	107,63	161,44	215,25
56-65	167,08	250,61	334,15
66-70	191,62	287,42	383,24
Über 70	Risiko nicht übernehmbar	Risiko nicht übernehmbar	Risiko nicht übernehmbar

Art. 57 - Änderungen des Risikos - Andere als die erklärte Berufstätigkeit

Unbeschadet der Bestimmungen von Art. 59 - „Ausschlüsse“, Art. 1 - „Erklärungen zu den Risikoumständen“ und Art. 7 - „Erhöhung des Risikos“, wird festgelegt, dass bei Auftreten des Unfalls während der Ausübung einer anderen als der erklärten Berufstätigkeit:

- die Entschädigung in vollem Umfang gewährt wird, wenn die andere Tätigkeit keine Erhöhung des Risikos mit sich bringt;
- die Entschädigung in reduziertem Umfang gewährt wird auf Grundlage der Prozentsätze, die in der nachstehenden „Tabelle der Prozentsätze für die Entschädigung“ angegeben sind, falls die andere Tätigkeit eine Erhöhung des Risikos bewirkt:

Tabelle der Prozentsätze für die Entschädigung

Momentan ausgeübte Tätigkeit des Schadensfalls	Erklärte Berufstätigkeit		
	1	2	3
Risikoklassen			
1	100%	100%	100%
2	70%	100%	100%
3	40%	80%	100%

Zu diesem Zweck wird zur Bestimmung des Risikolevels der in der Police erklärten Berufstätigkeit im Vergleich zu der tatsächlich bei Eintreten des Unfalls ausgeübten die „Tabelle der Berufstätigkeiten“ (Anhang 1) herangezogen, in welcher die verschiedenen Tätigkeiten mit der jeweils entsprechenden Risikoklasse aufgeführt sind.

Für die Klassifikation etwaiger nicht spezifisch in der Liste angegebener Tätigkeiten werden Kriterien der Gleichwertigkeit bzw. Entsprechung zu einer aufgeführten Tätigkeit angewendet.

Falls die tatsächlich zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübte Tätigkeit zu keiner in der Liste aufgeführten Kategorie gehört und keine Entsprechung gefunden wird, kommen die Bestimmungen von Art. 8 - „Erhöhung des Risikos“ zur Anwendung.

Art. 58 - Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung gilt für Unfälle, die vom Versicherten erlitten werden bei Ausübung:



- a) der in der Police genannten Berufstätigkeit,
- b) jeder anderen Aktivität die keinen Berufscharakter hat (außerberufliche Tätigkeiten).

Auch wenn diese Unfälle zurückzuführen sind auf:

- 1) ggf. schwere Nachlässigkeit, Unvorsichtigkeit oder Unerfahrenheit, in partieller Abweichung von Art. 1900 des it. Zivilgesetzbuchs,
- 2) Angriffe oder soziale Unruhen, **unter der Bedingung, dass der Versicherte nicht aktiv daran teilgenommen hat**, in partieller Abweichung von Art. 1912 des it. Zivilgesetzbuchs,
- 3) das Eingehen von Wagnissen, **nur wenn diese im Wege der menschlichen Solidarität oder Notwehr begangen werden**.

Unfällen gleichgestellt und damit erstattungsfähig sind:

- 4) Unfälle, die bei einem Schwächeanfall oder im Zustand der Bewusstlosigkeit erlitten werden;
- 5) Erstickung, die nicht auf vorbestehende Erkrankungen zurückzuführen ist;
- 6) akute Vergiftung und Schädigungen, die auf versehentliches und akutes Verschlucken oder Aufnehmen von Substanzen zurückzuführen sind;
- 7) Ertrinken, Unterkühlung, Erfrieren, Stromschlag, Sonnenstich, Hitzschlag, Kälteschock und andere Temperatur- und Witterungseinwirkungen;
- 8) Reaktionen infolge der Bisse oder Stiche von Tieren **(ausgeschlossen Malaria und Tropenkrankheiten)**;
- 9) die Folgen einer Gasembolie, **vorausgesetzt sie wurde nicht durch Tauchen ausgelöst**;
- 10) Unfälle, die der Versicherte als Passagier bei Flugreisen im öffentlichen oder privaten Transport mit Flugzeugen oder Hubschraubern erleidet, gleich von wem diese betrieben werden, **unter Ausnahme von Reisen mit:**
 - a) **Luftfahrzeugen von Fluggesellschaften/-unternehmen für Flüge, die nicht zum öffentlichen Passagiertransport gehören**;
 - b) **Luftfahrzeugen, die von Flugvereinen betrieben werden**;
 - c) **Freizeitflug- oder Luftsportgeräten**.

Die Deckung beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherte das Luftfahrzeug besteigt, und endet mit dem Aussteigen.

Es gilt als vereinbart, dass im Falle eines Flugunglücks, das mehrere beim Versicherer Versicherte betrifft, die zusammengefasste Entschädigungsgrenze den Betrag von € 5.000.000,00 für alle auf dasselbe Ereignis zurückzuführende Entschädigungen nicht übersteigen kann.

Sollten die gesamten vom Versicherer für dasselbe Flugunglück geschuldeten Entschädigungen oben genannte Grenze überschreiten, werden die jedem einzelnen Versicherten zustehenden Entschädigungen proportional zum Verhältnis zwischen genannter Grenze und dem Gesamtbetrag der geschuldeten Entschädigungen reduziert.

A. DECKUNG UNFALLTOD

Kommt es während der Laufzeit des Vertrags zu einem Unfall mit Todesfolge, die **innen 2 Jahren ab Unfalldatum** eintritt, garantiert der Versicherer die der in der Police angegebenen Deckungssumme entsprechende Entschädigung auch nach Ablauf des Vertrags. Die Entschädigung wird an die festgelegten Begünstigten bzw. in Ermangelung einer Festlegung, an die gesetzlichen oder testamentarischen Erben des Versicherten zu gleichen Teilen ausgezahlt.

MUTMASSLICHER TOD

Wird nach einem gemäß Police-Bedingungen entschädigungsfähigen Unfall der Leichnam des Versicherten nicht aufgefunden und wird von dessen Tod ausgegangen, zahlt der Versicherer die für den Todesfall vorgesehene Deckungssumme an die Berechtigten aus. Die Auszahlung erfolgt nicht früher als 6 Monate nach der Todeserklärung gemäß Art. 60 und 62 des it. Zivilgesetzbuchs.

Sollte nach Zahlung der Entschädigung festgestellt werden, dass der Versicherte am Leben ist, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Summe. Der Versicherte kann dagegen seine Ansprüche für die ggf. erlittene bleibende Invalidität geltend machen.

ERHÖHUNG DER ENTSCHÄDIGUNG BEI GLEICHZEITIGEM TOD BEIDER ELTERN

Wenn es infolge eines durch ein und dasselbe Ereignis verursachten Unfalls zum Tod beider Eltern kommt, zahlt der Versicherer eine Zusatzentschädigung für den Todesfall aus an:

- die minderjährigen Kinder,
- die Kinder bis zum Alter von 25 Jahren, wenn diese studieren oder nicht berufstätig sind,
- Kinder mit Behinderungen.

Diese Zusatzentschädigung beläuft sich auf:

- 50%, falls beide Elternteile für diese Deckung versichert sind,
- 25%, falls nur ein Elternteil für diese Deckung versichert ist.

B. DECKUNG UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT

Kommt es zu einem Unfall, der eine bleibende Invalidität zur Folge hat, die **innen 2 Jahren ab Unfalldatum** eintritt, zahlt der Versicherer eine Entschädigung, deren Betrag bestimmt wird, indem der Prozentsatz des Invaliditätsgrads, der gemäß den Kriterien der „Tabelle der Behinderungen“ im Anhang von Ministerialdekret 38/2000 vom 12. Juli 2000 festgelegt wurde, auf die Deckungssumme angewandt wird.

Falls der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge hat, deren Grad sich nicht auf Grundlage der in genannter Tabelle aufgeführten Werte festlegen lässt, gelten nachstehende Kriterien:

- Bei funktionellen Beeinträchtigungen ohne Verlust einer Gliedmaße oder eines Organs bzw. im Falle von anderen als den in der Tabelle erwähnten Beeinträchtigungen zahlt der Versicherer die Entschädigung auf Grundlage des bleibenden Invaliditätsgrads aus, der im Verhältnis zur verlorenen Funktion berechnet wird, wobei die in der Tabelle aufgeführten Prozentsätze als Grenze gelten.
- Bei Beeinträchtigungen eines oder mehrerer anatomischer Bereiche und/oder Gelenkbereiche einer einzigen Gliedmaße zahlt der Versicherer die Entschädigung, die der mathematischen Summe der Prozentsätze der einzelnen, getrennt bewerteten bleibenden Invaliditäten entsprechen würde. Als Obergrenze dient dabei der Wert, der dem vollständigen Verlust der betreffenden Gliedmaße entsprechen würde.
- Lässt sich die bleibende Invalidität nicht auf Grundlage der in genannter Tabelle aufgeführten Werte bestimmen, wird der bleibende Invaliditätsgrad über die oben aufgeführten Werte und Kriterien unter Berücksichtigung der Gesamtminderung der Fähigkeit des Versicherten, unabhängig von seinem Beruf einer beliebigen Arbeit nachzugehen, festgelegt.

Der anatomische oder funktionelle Verlust mehrerer Organe, Gliedmaßen oder von Teilen davon führt zur Anwendung des Prozentsatzes der bleibenden Invalidität, der auf der Basis der in genannter Tabelle angegebenen Werte und der oben aufgeführten Kriterien berechnet wird, d.h. als Summe der einzelnen für jede Beeinträchtigung berechneten Prozentsätze bis zur Erreichung des Maximalwerts von 100%.

Wird eine bleibende Invalidität über 65% festgestellt, wird eine Entschädigung ausgezahlt, die 100% der für den Fall der bleibenden Invalidität versicherten Deckungssumme entspricht. Diese Deckungserweiterung gilt nicht für Versicherte über 75 Jahren.

SELBSTBEHALT

Die Regulierung der Entschädigung für Bleibende Invalidität erfolgt anhand folgender Methoden:

- **Auf die Deckungssumme bis € 250.000,00 (Euro zweihundertfünfzigtausend) wird nachstehende Tabelle angewendet:**

Prozentsatz festgestellte Bleibende Invalidität	Auszahlungsprozentsatz Bleibende Invalidität
1%	0,2%
2%	0,5%
3%	1%
4%	2%
5%	3%
6%	4%
7%	5%
8%	6%
9%	7%
von 10% bis 65%	entsprechender Prozentsatz von 10% bis 65%
von 66% bis 100%	100%

- **Für den Teil der Deckungssumme, der über € 250.000,00 (zweihundertfünfzigtausend) hinausgeht:**
 - erfolgt keine Entschädigung, wenn der Grad bleibender Invalidität kleiner oder gleich 8% ist;
 - werden 8% hingegen überstiegen, wird die Entschädigung unter Berechnung eines festen Selbstbehalts von 8% ausbezahlt.

ERWEITERUNG AUF TRAUMATISCHE UND DURCH BELASTUNG VERURSACHTE BAUCHWANDBRÜCHE

Mit Einschränkung allein auf technisch inoperable, traumatische oder durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche **gewährt der Versicherer eine Entschädigung, die dem festgestellten Grad der bleibenden Invalidität entspricht mit maximal 10% der Deckungssumme für den Fall der bleibenden Invalidität, unbeschadet der Anwendung des Selbstbehalts. Diese Erweiterung gilt nicht, wenn bereits vor Vertragsabschluss eine Hernie vorhanden war. Ausgeschlossen sind ferner Bandscheibenhernien und alle anderen Arten von Hernien, bei denen es sich nicht um traumatische oder durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche handelt.**

ERHÖHUNG DER ENTSCHÄDIGUNG IM FALLE PSYCHISCHER UND KÖRPERLICHER LEIDEN

Bei Unfällen, die eine bleibende Invalidität von 30% oder darüber hervorrufen, **zahlt der Versicherer eine Zusatzsumme von 10% des für die bleibende Invalidität zustehenden Betrags als Entschädigung für psychisches und körperliches Leiden infolge des Unfalls.**

WIEDERHOLUNG EINES SCHULJAHR



Falls der Unfall eine gemäß Police entschädigungsfähige bleibende Invalidität verursacht, welche die Unmöglichkeit des Schulbesuchs über einen Zeitraum mit sich bringt, der gemäß geltenden ministeriellen Bestimmungen zur Wiederholung des Schuljahres führt, **zahlt der Versicherer eine zusätzliche Entschädigung von € 2.500,00.**

Diese Deckung gilt für Versicherte, die sowohl italienische als auch ausländische Grund- und weiterführende Schulen auf dem Gebiet der Republik Italien, der Vatikanstadt und der Republik San Marino besuchen. Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Bescheinigung durch die zuständige öffentliche Verwaltungsbehörde, aus welcher hervorgeht, dass die mangelnde Versetzung auf die Fehlzeiten zurückzuführen ist, sowie nach Beleg anhand ärztlichen Attests, dass die Fehlzeiten direkte Folge des gemeldeten Unfalls waren.

C. DECKUNG UNFALLBEDINGTE VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Falls der Unfall eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben sollte, zahlt der Versicherer die in der Police angegebene Tagesentschädigung anhand folgender Kriterien:

Die Entschädigung steht:

- a) **ganz zu für jeden Tag, an dem der Versicherte vollständig körperlich unfähig ist, seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen;**
- b) **zu 50% zu für jeden Tag, an dem der Versicherte nur teilweise in der Lage war, der in der Police angegebenen Berufstätigkeit nachzugehen.**

Die Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird für einen Zeitraum von maximal 260 Tagen pro Unfall gewährt mit Laufzeit ab 24 Uhr des Tages, an dem der Unfall vorschriftsgemäß gemeldet wurde.

Falls der Versicherte die ärztlichen Atteste nicht erneuert, erfolgt die Abwicklung der Entschädigung auf Grundlage des Genesungsdatums, das im letzten vorschriftsgemäß eingesandten Attest prognostiziert wurde, es sei denn der Versicherer ist in der Lage, ein früheres Datum festzulegen.

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

Im Falle von gegenüber den Vorschriften von Art. 60 verspäteter Meldung des Unfalls läuft die Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit ab dem Tag nach der Meldung, abzüglich des oben genannten Selbstbehalts.

Die Entschädigung wird hingegen auch für den Zeitraum vor der Meldung geschuldet, wenn es zu einer stationären Aufnahme gekommen ist, mit Einschränkung auf die vorschriftsgemäß dokumentierten Aufenthaltstage sowie unter Abzug der oben erwähnten Selbstbehaltstage.

ERWEITERUNG AUF TRAUMATISCHE UND DURCH BELASTUNG VERURSACHTE BAUCHWANDBRÜCHE

Mit Einschränkung allein auf traumatische oder durch Belastung verursachte Hernien, welche zu einer stationären Aufnahme oder einer Operation führen, **zahlt der Versicherer das in der Police angegebene Tagegeld für einen Zeitraum von maximal 20 Tagen pro Schadensfall.**

Diese Erweiterung gilt nicht, wenn bereits vor Abschluss der Police eine Hernie vorhanden war. Ausgeschlossen sind ferner Bandscheibenhernien und alle anderen Arten von Hernien, bei denen es sich nicht um traumatische oder durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche handelt.

D. DECKUNG ERSTATTUNG VON UNFALLBEDINGTEN BEHANDLUNGSKOSTEN

ERSTATTUNG VON UNFALLBEDINGTEN BEHANDLUNGSKOSTEN -> Kommt es zu einem Unfall, erstattet der Versicherer bis zur Höhe der in der Police genannten Deckungssumme die nachstehend aufgeführten, als Direktfolge des Unfalls während der 365 Tage nach Datum des Schadensfalls getragenen Kosten:

- a) für die stationäre Aufnahme in öffentlichen oder privaten Krankenhauseinrichtungen: Krankenhausunterbringung, Honorare von Ärzten, Chirurgen, Assistenten, Narkoseärzten, OP-Material, Benutzungsgebühr für OP-Saal, Medikamente;
- b) für - ggf. auch ambulant durchgeführte - Operationen;
- c) für fachärztliche Untersuchungen und den Kauf von Medikamenten;
- d) für das Anlegen von Gipsverbänden, Bandagen und Immobilisationen, diagnostische und operative Arthroskopie;
- e) für diagnostische, instrumentelle, fachärztliche Untersuchungen und Tests, wie: CT, Ultraschall, Holter, Magnetresonanz, Röntgen, Tomographie, Angiographie;
- f) für physikalische, ggf. fachärztliche, Therapien, wie z.B.: Lasertherapie, Chirotherapie, Heilgymnastik, Wirbelsäulenstreckung, Ultraschall, Kurzwellentherapie, Massage-therapie.

In Verbindung mit den Entschädigungsleistungen laut Buchstaben c), e) und f) wird die Deckung unter der Bedingung wirksam, dass die Ausgaben auf entsprechende ärztliche Verordnung hin getätigt werden.

Die Ausgaben gemäß Buchstabe f) werden ausschließlich für Leistungen erstattet, die in den 120 Tagen nach Datum des Unfalls getragen werden.

Die Deckung wird geleistet nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 50,00 zu Lasten des Versicherten pro Schadensfall, worunter der gesamte Behandlungszyklus eines Unfalls zu verstehen ist.



ERWEITERUNG AUF ENTSTELLUNGSSCHÄDEN

Die Versicherung gilt als erweitert auf die Erstattung von Ausgaben des Versicherten für Behandlungen, Anwendungen und Operationen, die mit dem Zweck durchgeführt werden, Unfallschäden, die Beeinträchtigungen ästhetischer Art zur Folge haben, zu beseitigen oder zu mindern, die entsprechend Police unter der **Deckung B. UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT** entschädigungsfähig sind.

Die Erweiterung der Deckung wird für maximal € 5.000,00 geleistet nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 50,00 und binnen der Grenzen der Deckungssumme für die Deckung D. ERSTATTUNG UNFALLBEDINGTER BEHANDLUNGSKOSTEN.

E. DECKUNG KRANKENHAUSTAGEGELD

Bei gemäß Police entschädigungsfähiger stationärer Aufnahme des Versicherten aufgrund von Unfall, Krankheit, Geburt oder medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch zahlt der Versicherer das in der Police angegebene Tagesgeld für jeden durch die Krankenakte belegten Tag des stationären Aufenthalts **über maximal 365 Tage pro Schadensfall und Versicherungsjahr.**

Die Tage von Aufnahme und Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung gelten gemeinsam als ein einziger Tag unabhängig von der Uhrzeit von Aufnahme und Entlassung.

Die Versicherung gilt auch bei:

- Stationärer Aufnahme des Versicherten zwecks **Organspende;**
- Ambulante Behandlung und Operationen in Tagesklinik, vorausgesetzt dass der Krankenhausaufenthalt am Tag ohne Übernachtung mindestens 5 Stunden dauert,** in einem zugelassenen Gesundheitsbetrieb mit Ausstellung einer Krankenakte erfolgt, für **eine Dauer über 2 - ggf. nicht aufeinanderfolgenden - Tage für dieselbe Krankheit bzw. denselben Unfall; in diesem Fall wird das Tagesgeld zu 50% bezahlt.**

ERWEITERUNG DER DECKUNG

- Anlegen eines Gipsverbands oder einer abnehmbaren Orthese:** Der Versicherer entrichtet—das für einen Krankenhausaufenthalt vorgesehene Tagesgeld bis zum Entfernen des Gipsverbands oder der Orthese, **maximal jedoch für 60 Tage.** Bei einem Unfall, der auch eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus nach sich zieht, kann die Erweiterung auf den Gipsverband nicht mit dem Krankenhaustagegeld kombiniert werden.
- Tagesgeld für Genesungszeitraum nach dem stationären Krankenhausaufenthalt:** Benötigt der Versicherte nach einem durch Unfall, Krankheit, Geburt, medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch oder Organspende verursachten Krankenhausaufenthalt, der gemäß Police entschädigungsfähig ist, einen Zeitraum der häuslichen Genesung, leistet der Versicherer eine Entschädigung pro Tag, die **50% des in der Police angegebenen Krankenhaustagegelds entspricht,** in folgenden Fällen und mit folgenden Grenzen:
 - Nach **stationärer Aufnahme wegen Operation** - eine den Tagen des Krankenhausaufenthalts entsprechende Entschädigung von **mindestens 3 und höchstens 30 Tagen;**
 - Nach **stationärer Aufnahme ohne Operation mit mehr als 7-tägiger Dauer** - eine den Tagen des Krankenhausaufenthalts entsprechende Entschädigung von **höchstens 30 Tagen;**
 - Nach **ambulanter Operation nur bei Operation mit Vollnarkose oder Periduralanästhesie** - eine Entschädigung von **3 Tagen.**

Der Genesungszeitraum beginnt vom Tag nach der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung bzw. nach der ambulanten Operation.

SELBSTBEHALT

Das Tagesgeld wird unter Anwendung eines absoluten Selbstbehalts von 2 Tagen geleistet. Der Selbstbehalt wird nicht angewendet bei mehr als 7-tägigem Krankenhausaufenthalt infolge von Unfall und/oder Operation oder im Falle einer Organspende.

F. DECKUNG GEFÄHRLICHE SPORTARTEN

Diese Deckung bewirkt bei Angabe in der Police, in partieller Abweichung von Absatz f) des nachstehenden Art. 59.1, die Erweiterung des Umfangs der durch die Police aktivierten Deckungen, darunter diejenigen unter den Punkten A-B-C-D-E, auf die Ausübung folgender gefährlicher Sportarten:

Reitsport, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Bergsteigen mit Schwierigkeitsgrad über 3 der UIAA-Skala, Skibergsteigen, Gerätetauchen, Hockey.

Die weiteren von Art. 59.1 vorgesehenen Ausschlüsse von der Deckung gelten unverändert weiter.

G. DECKUNG KONTOSCHUTZ

Kommt es zu einem Unfall, der den **Tod oder eine bleibende Invalidität über 60%** zur Folge hat, die **binnen 2 Jahren ab Unfalldatum** eintreten, garantiert der Versicherer dem Versicherten auch nach Ablauf des Vertrags die Deckungssumme, die folgendermaßen bestimmt wird:



- a) Der abschließende Kontostand des in der Police angegebenen Girokontos, der um 24 Uhr des Tages vor dem Unfalldatum ausgewiesen wurde, liegt im Minusbereich.
Die Deckung wird **bis maximal Euro 50.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr** geleistet.
- b) Rechnungen, die in den 6 Monaten vor dem Unfall automatisch vom Konto abgebucht wurden, für:
- Versorgungsrechnungen;
 - Zahlungen mit Kreditkarte;
 - Leasingraten;
 - Gehälter der Beschäftigten;
 - Raten für Finanzierungen und/oder Kredite.
- Die Deckung wird bis maximal Euro 20.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

Falls zum Moment des Schadensfalls der abschließende Kontostand des in der Police angegebenen Girokontos um 24 Uhr des Tags vor dem Unfalldatum nicht im Minusbereich liegt, zahlt der Versicherer allein die Rechnungen, die während der 6 Monate vor dem Unfall automatisch von dem in der Police angegebenen Konto abgebucht wurden und unter Buchstabe b. aufgeführt sind.

Falls der Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge hat, deren Grad sich nicht auf Grundlage der Werte und Kriterien festlegen lässt, die in der „Tabelle der Behinderungen“ aufgeführt sind, die Ministerialdekret 38/2000 vom 12. Juli 2000 beiliegt, gelten nachstehende Kriterien:

- Bei funktionellen Beeinträchtigungen ohne Verlust einer Gliedmaße oder eines Organs bzw. im Falle von anderen als den in der Tabelle erwähnten Beeinträchtigungen zahlt der Versicherer die Entschädigung auf Grundlage des bleibenden Invaliditätsgrads aus, der im Verhältnis zur verlorenen Funktion berechnet wird, wobei die in der Tabelle aufgeführten Prozentsätze als Grenze gelten.
- Bei Beeinträchtigungen eines oder mehrerer anatomischer Bereiche und/oder Gelenkbereiche einer einzigen Gliedmaße zahlt der Versicherer die Entschädigung, die der mathematischen Summe der Prozentsätze der einzelnen, getrennt bewerteten Invalidität entsprechen würde. Als Obergrenze dient dabei der Wert, der dem vollständigen Verlust der betreffenden Gliedmaße entsprechen würde.
- Lässt sich die bleibende Invalidität nicht auf Grundlage der in genannter Tabelle aufgeführten Werte bestimmen, wird der bleibende Invaliditätsgrad über die oben aufgeführten Werte und Kriterien unter Berücksichtigung der Gesamtminderung der Fähigkeit des Versicherten, unabhängig von seinem Beruf einer beliebigen Arbeit nachzugehen, festgelegt.

Der anatomische oder funktionelle Verlust mehrerer Organe, Gliedmaßen oder von Teilen davon führt zur Anwendung des Prozentsatzes der Invalidität, der auf der Basis der in genannter Tabelle angegebenen Werte und der oben aufgeführten Kriterien berechnet wird, d.h. als Summe der einzeln für jede Beeinträchtigung berechneten Prozentsätze bis zur Erreichung des Maximalwerts von 100%.

MUTMAßLICHER TOD

Wird nach einem gemäß Police-Bedingungen entschädigungsfähigen Unfall der Leichnam des Versicherten nicht aufgefunden und wird von dessen Tod ausgegangen, zahlt der Versicherer die für die Deckung Kontoschutz vorgesehene Deckungssumme an den Versicherungsnehmer aus. Die Auszahlung erfolgt nicht früher als 6 Monate nach der Todeserklärung gemäß Art. 60 und 62 des it. Zivilgesetzbuchs.

Sollte nach Zahlung der Entschädigung festgestellt werden, dass der Versicherte am Leben ist, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Summe. Der Versicherte kann dagegen seine Ansprüche für die ggf. erlittene bleibende Invalidität geltend machen.

Dem Versicherten steht keinerlei Entschädigung zu, wenn der festgestellte bleibende Invaliditätsgrad unter 60% liegt.

Sind die Versicherten mehr als einer, bleibt die Deckungssumme dennoch nur eine und gilt gemeinsam für alle Versicherten pro Versicherungsjahr.

Die Deckung tritt unter der Voraussetzung in Kraft, dass das in der Police angegebene Konto zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht geschlossen worden ist.

Begünstigter

Der Versicherungsnehmer selbst ist zugleich der Begünstigte der Leistungen.

Art. 59 – Ausschlüsse

Art. 59.1 Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle mit folgenden Ursachen:

- a) **Führen oder Mitbenutzung als Passagier von Fluggeräten, einschließlich Hängegleitern und Ultraleichtflugzeugen, unbeschadet der Bestimmungen unter Punkt 10) von Art. 58 „Gegenstand der Versicherung“;**



- b) Ausübung von Luftsportarten allgemein, wie rein beispielweise: Hängegleiter, Ultraleichtflugzeuge, Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen;
- c) Führen jeder Art von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht über die laut geltenden Vorschriften erforderliche Fahrerlaubnis verfügt, ausgenommen das Fahren mit abgelaufenem Führerschein unter der Bedingung, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Schadensfalls über die Voraussetzungen für die Verlängerung verfügt;
- d) Führen und Benutzen von Unterwasserfahrzeugen;
- e) Führen von Fahrzeugen, wenn der Versicherte epileptische Anfälle gehabt hat;
- f) Ausübung von Extremsportarten und allgemein gefährlichen Sportarten, wie rein beispielsweise: Boxen, Schwerathletik, Reitsport, Gewichtheben, Kampfsport, Ringen in seinen verschiedenen Formen, Bergsteigen mit Schwierigkeitsgrad über 3 der UIAA-Skala, Freiklettern, Skeleton, Geschwindigkeitsskifahren, Skibergsteigen, Extremski, American Football, Rugby, Hockey, Wildwasserfahren mit jeder Art von Wasserfahrzeug, Einhand-Hochseeregatten oder -Hochseeüberquerungen, Bungee Jumping, Fallschirmspringen, Ski- und Wasserskispringen, Kitesurfen sowie Skiakrobatik, Gerätetauchen, Speläologie, Bobsport;
- g) professionelle Ausübung jeder Art von Sport bzw. Ausübung gegen direkte oder indirekte Bezahlung;
- h) Teilnahme an Rennen und Wettbewerben (sowie diesbezügliche Testfahrten und Training, auch im Amateurbereich) mit Einsatz von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen;
- i) Benutzen und Führen von Kraftfahrzeugen auf Rennbahnen, die für den Motorsport bestimmt sind;
- j) Teilnahme an Wettbewerben (samt Übungsspielen und Training) in Baseball, Fußball, 5er- oder Mini-Fußball und ähnliche, Volleyball, Beachvolleyball, Basketball, Handball, Nicht-Extrem-Ski und -Snowboard, Radrennen, Reitsport, Schlittschuhlauf, wenn diese auf Profiebene ausgeübt werden und/oder als Einkommensquelle für den Sportler dienen. Unter die Deckung fallen hingegen weiterhin die Teilnahme an Wettbewerben/Turnieren im Amateursport, einschließlich des Trainings;
- k) die auf Trunkenheit des Versicherten, Alkoholmissbrauch oder nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka, Drogen, Halluzinogenen und ähnlichen Substanzen zurückzuführen sind;
- l) soziale Unruhen, gewalttätige Aktionen oder Angriffe, an denen der Versicherte aktiv teilgenommen hat;
- m) vom Versicherten begangene oder versuchte vorsätzliche Handlungen;
- n) Straftaten des Versicherten auch gegen die eigene Person bzw. durch ihn selbst zugelassene Straftaten (Selbstmord und Selbstverletzung);
- o) Erdbeben, Überschwemmungen, Sturmfluten und Vulkanausbrüche;
- p) Kriegszustand zwischen Staaten oder Bürgerkrieg, bewaffnete Auseinandersetzungen, Aufstände oder terroristische Anschläge, einschließlich der direkten oder indirekten Folgen chemischer oder biologischer Kontamination;
- q) natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.).

Ausgeschlossen sind ferner:

- r) Unfälle, die durch chirurgische Eingriffe, Untersuchungen oder medizinische Behandlungen verursacht werden, welche nicht durch einen Unfall erforderlich gemacht worden waren;
- s) Unfälle, deren Folgen in der Erkrankung am erworbenen Immunschwächesyndrom (AIDS) bestehen;
- t) Herzinfarkt und Schlaganfall;
- u) Hernien jeder Art und Lokalisierung sowie geschlossene Ruptur von Sehnen, unbeschadet der Bestimmungen unter „Erweiterung auf traumatische und durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche“ der Deckung B. UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT und unter „Erweiterung auf traumatische und durch Belastung verursachte Bauchwandbrüche“ der Deckung C. UNFALLBEDINGTE VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT.

Art. 59.2 Im Rahmen der Deckung Krankenhaustagegeld bei Krankheit sind außerdem stationäre Aufnahmen ausgeschlossen:

- v) die auf zum Datum des Inkrafttretens der Police Vorbestehende Erkrankungen zurückzuführen sind;
- w) die durch Schönheitsbehandlungen, Abmagerungskuren und Diäten verursacht worden sind;
- x) die auf psychische Krankheiten und Störungen allgemein oder auf Neurosen, einschließlich Angst- und/oder depressiver Syndrome, zurückzuführen sind;
- y) die auf das erworbene Immunschwächesyndrom (AIDS) oder andere damit verbundene Erkrankungen zurückzuführen sind;
- z) die auf Erkrankungen zurückzuführen sind, die durch elektromagnetische Einflüsse verursacht worden sind.



Art. 60 - Was tun im Schadensfall

Im Schadensfall haben der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger den Versicherer binnen 3 Tagen ab Kenntnisnahme gemäß Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs formgerecht zu benachrichtigen. Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs nach sich ziehen.

Die Meldung des Unfalls ist an den Versicherer zu senden und muss Angabe von Ort, Datum, Uhrzeit und Ursache des Ereignisses beinhalten, nebst einer detaillierten Beschreibung des Hergangs und der Beilage eines ärztlichen Attests.

Die weiteren Entwicklungen der Schädigungen sind durch weitere ärztliche Atteste zu belegen.

Der Versicherte hat sich den ggf. vom Versicherer angeordneten Untersuchungen und ärztlichen Kontrollen zu unterziehen und diesem jede Information samt Kopien der ärztlichen Dokumentation und der Krankenakte (wo zutreffend) zu übermitteln; zu diesem Zweck sind die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben von ihrer Schweigepflicht zu befreien und es ist der Verarbeitung der personengezogenen Daten gemäß geltender einschlägiger Gesetzgebung zuzustimmen.

Es ist eine Untersuchung bei einem vom Versicherer beauftragten Vertrauensarzt vorgesehen, falls ersterer eine Überprüfung der Art der durch den gemeldeten Unfall verursachten Verletzungen für erforderlich hält.

Die Feststellung des Unfalls wird vom Versicherer nicht früher als nach Verstreichen einer 10-tägigen Frist und nicht später als 365 Tage nach Erhalt der Meldung vorgenommen.

Im Falle des Ablebens des Versicherten haben dessen Rechtsnachfolger dem Versicherer zu gestatten, die erforderlichen Ermittlungen, Beurteilungen und Nachforschungen anzustellen.

Die Ausgaben für ärztliche Atteste und jede andere verlangte medizinische Dokumentation gehen zu Lasten des Versicherten mit Ausnahme der Untersuchung beim Vertrauensarzt des Versicherers, wenn verlangt.

Art. 61 - Entschädigungskriterien

Der Versicherer leistet die Entschädigung für die direkten und ausschließlichen Folgen des Unfalls. Falls der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls nicht körperlich unversehrt und gesund ist, sind nur jene Folgen zu entschädigen, die auch dann aufgetreten wären, wenn der Unfall einer körperlich unversehrten und gesunden Person widerfahren wäre, sodass von der Bewertung etwaige größere Beeinträchtigungen ausgeschlossen werden, die dem Versicherten aufgrund seines vorbestehenden Zustands entstanden sind.

Bezüglich Deckung B. UNFALLBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT werden bei Verlust oder Funktionsminderung von bereits beeinträchtigten Organen oder Gliedmaßen die in genanntem Artikel aufgeführten Prozentsätze unter Berücksichtigung des vorbestehenden Invaliditätsgrad reduziert.

Die Regulierung der Entschädigung erfolgt auf Grundlage der Bestimmungen von Art. 64 „Auszahlung der Entschädigung“.

Deckung D. ERSTATTUNG UNFALLBEDINGTER BEHANDLUNGSKOSTEN gilt, falls der Versicherte andere gleichartige private oder soziale Versicherungen hat, lediglich für den ggf. von diesen nicht gedeckten Kostenanteil.

Sollte der Versicherte den Nationalen Gesundheitsdienst (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) in Anspruch nehmen, erstattet der Versicherer die von diesem nicht übernommenen Kosten, einschließlich etwaiger Rezeptgebühren und Zuzahlungen (vollständige Übernahme), die vom Versicherten für oben genannte Leistungen getragen werden.

Art. 62 - Summierung von Entschädigungsleistungen

Die Entschädigungen sämtlicher Deckungen können summiert werden mit Ausnahme derjenigen für den **Todesfall, die nicht** mit derjenigen für **bleibende Invalidität** summiert werden kann. Kommt es jedoch nach Zahlung einer Entschädigung für bleibende Invalidität binnen 2 Jahren ab dem Datum des Unfalls und infolge dessen zum Tod des Versicherten, sind die Erben des Versicherten nicht zur Rückzahlung verpflichtet und haben stattdessen Anspruch auf die Differenz zwischen der Entschädigung für Todesfall (falls diese höher ist) und der bereits ausgezahlten Entschädigung für bleibende Invalidität.

Art. 63 - Vorschuss von Entschädigungszahlungen

Auf ausdrückliche Beantragung hat der Versicherte Anspruch auf die Zahlung eines **Vorschusses von 50%** des voraussichtlichen Betrags der Entschädigung für **unfallbedingte bleibende Invalidität**, die anschließend bei der definitiven Schadensregulierung abgerechnet wird, vorausgesetzt dass:

- keine Beanstandung der Entschädigungsfähigkeit für den betreffenden Unfall vorliegt;
- der vom Versicherer geschätzte bleibende Invaliditätsgrad 25% oder mehr beträgt.

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

Die Verpflichtung des Versicherers entsteht auf keinen Fall früher als 120 Tage nach Datum des Unfalls und bis zu



einer Grenze von € 50.000,00.

Art. 64 - Auszahlung der Entschädigung

Nachdem die Wirksamkeit der Deckungen überprüft wurde, die zur Beurteilung erforderlichen kompletten Unterlagen erhalten und die geeigneten Kontrollen vorgenommen worden sind, legt der Versicherer die geschuldete Entschädigung fest, benachrichtigt die Empfangsberechtigten schriftlich darüber und nimmt, nach Erhalt von deren Annahme, die Zahlung binnen 30 Tagen ab dem Datum, an dem die Schadensregulierung unterzeichnet wurde, vor.

Der Anspruch auf Entschädigung ist persönlich und lässt sich daher nicht auf Erben übertragen mit Ausnahme folgender Fälle:

1. Der Versicherer wird im Falle des Ablebens des Versicherten, nachdem die Schadensregulierung bereits erfolgt ist bzw. letzterer bereits ein Angebot mit dem festgelegten Betrag erhalten hat, den regulierten oder angebotenen Betrag, entsprechend den Normen des Erbrechts oder den testamentarischen Bestimmungen, an die Erben des Versicherten auszahlen.
2. Sollte der Versicherte vor Ablauf der Frist für die Feststellung der bleibenden Folgen im Rahmen einer Unfall- oder Krankheitsbedingten Invalidität bzw. vor der amtsärztlichen Feststellung durch den Versicherer aus anderer Ursache sterben als derjenigen, welche die Invalidität verursacht hat, können die Erben des Versicherten das Vorliegen des Anspruchs auf Entschädigung durch die Übergabe anderer geeigneter Dokumentation zur Feststellung der Stabilisierung der Invalidität belegen.

Für Leistungen zur Erstattung getragener Ausgaben erfolgt die Zahlung der gemäß diesem Vertrag geschuldeten Beträge, falls die Quittungen, Rechnungen oder Belege zur Erstattung auch bei Dritten vorgelegt worden sind, nach Beweis der tatsächlich getragenen Ausgaben, abzüglich der von den genannten Dritten übernommenen Beträge.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt in Italien in der dort geltenden Währung. Wurden die Ausgaben im Ausland getragen, so werden sie zum mittleren Wechselkurs der Woche, in welcher die Ausgabe vom Versicherten getragen wurde, erstattet.

Art. 65 - Verzicht auf Eintrittsrecht

Sollte der Unfall von Dritten zu verantworten sein, verzichtet der Versicherer zu Gunsten des Versicherten und dessen Rechtsnachfolgern auf sein Eintrittsrecht gemäß Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs gegenüber den für den Schadensfall haftenden Dritten.

Art. 66 - Schiedsverfahren

Streitigkeiten im medizinischen Bereich hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit eines Schadensfalls, hinsichtlich des Grades einer Unfallbedingten bleibenden Invalidität, des Grades einer Krankheitsbedingten bleibenden Invalidität, hinsichtlich der Verbesserungen, die sich durch geeignete therapeutische Behandlungen erzielen lassen, hinsichtlich der Vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, hinsichtlich der Festlegung der Kategorie einer Operation sowie betreffend der Anwendung der Entschädigungskriterien entsprechend den Vorschriften und Grenzen der Versicherungsbedingungen können schriftlich an zwei Ärzte, die jeweils von einer der Parteien ernannt werden, überstellt werden, die bei der dem Wohnsitz des Versicherten am nächsten gelegenen oder von diesem bevorzugten Gemeinde mit Sitz eines Instituts für Rechtsmedizin zusammentreten.

Diese Ärzte ernennen, wenn sie zu keiner Einigung gelangen, einen dritten; anschließend werden die Entscheidungen mehrheitlich unter Freistellung von allen gesetzlichen Formalitäten getroffen und sind auch dann bindend, wenn einer der Ärzte sich weigert, das betreffende Protokoll zu unterzeichnen. Falls eine der Parteien die ihr zustehende Ernennung nicht tätigt oder falls keine Einigung für die Ernennung des dritten Arztes zustande kommt, erfolgt diese auf Beantragung der gewissenhafteren Partei durch die für den Ort des Zusammentretens dieses Ausschusses zuständige Ärztekammer (Gemeinde, Sitz eines Instituts für Rechtsmedizin, der am nächsten beim Wohnort des Versicherten liegt).

Der Ärzt Ausschuss hat die Möglichkeit, wenn dies für angemessen gehalten wird, die endgültige Feststellung auf ein vom Ausschuss selbst bestimmtes Datum zu verschieben; in diesem Fall kann der Ausschuss die Zahlung eines Vorschusses auf die Entschädigung gewähren.

Jede Partei trägt die Kosten für den von ihr ernannten Arzt, während die des dritten Arztes jeweils zur Hälfte übernommen werden.

Davon unberührt bleibt die Möglichkeit, den Gerichtsweg zu beschreiten, nachdem der obligatorische Schlichtungsversuch gemäß Art. 5 des Gesetzesvertretenden Dekrets 28/2010 bei einer zugelassenen Schlichtungsstelle vorgenommen wurde.

ABSCHNITT 4 - KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT

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

A. DECKUNG KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT



Art. 67 - Altersgrenzen

Bei Vertragsunterzeichnung muss das Alter des Versicherten zwischen 18 und 65 Jahren liegen, während es bei Ablauf der Versicherung nicht über 70 Jahren liegen darf.

Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 70. Lebensjahrs des Versicherten mit einer Frist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung für diese Person zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Art. 68 - Gegenstand der Versicherung

Im Falle von krankheitsbedingter bleibender Invalidität, welche ein Ausmaß annimmt, das die Fähigkeit des Versicherten zur Ausübung einer beliebigen Erwerbstätigkeit unabhängig vom zuvor ausgeübten Beruf dauerhaft zu einem Grad von mindestens 65% schmälert, wobei die Invalidität, unbeschadet der Wartezeiten laut nachstehendem Art. 70 „Wartezeiten“, nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und vor deren Ablauf eingetreten sein muss, zahlt der Versicherer die in der Police angegebene Deckungssumme an den Versicherten aus.

Die Regulierung der Entschädigung erfolgt auf Grundlage der Bestimmungen von Art. 74 „Festlegung der Entschädigung“.

Die Versicherung der entschädigten Person endet mit der Zahlung der Entschädigung, sodass diese nur einmal geleistet werden kann.

Art. 69 – Ausschlüsse

Von der Versicherung ausgeschlossen ist bleibende Invalidität:

1. die bereits vor dem Datum des Inkrafttretens dieser Police bestanden hat;
2. die durch Krankheiten bedingt sind, die Ausdruck oder Folge von Erkrankungszuständen sind, die ihren Ursprung vor Beginn der Laufzeit dieser Police hatten und zu jenem Zeitpunkt dem Versicherten bereits bekannt waren, da sie bereits diagnostiziert oder behandelt worden waren;
3. die durch Alkoholmissbrauch oder nichttherapeutische Anwendung von Psychopharmaka, Drogen, Halluzinogenen und ähnlichen Substanzen verursacht worden sind;
4. die auf natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlungen oder Energieausgleiche des Atoms und die Beschleunigungen von Elementarteilchen zurückzuführen sind;
5. die auf zwischenstaatliche Kriege oder Bürgerkriegszustände, bewaffnete Kämpfe und Aufstände, soziale Unruhen und terroristische Anschläge, einschließlich der direkten oder indirekten Folgen chemischer und biologischer Kontamination zurückzuführen sind;
6. die durch Erdbeben, Überschwemmungen, Sturmfluten und Vulkanausbrüche verursacht worden sind;
7. die durch Schönheitsbehandlungen, Abmagerungskuren und Diäten verursacht worden sind;
8. die auf psychische Krankheiten und Störungen allgemein oder auf Neurosen, einschließlich Angst- und/oder depressiver Syndrome, zurückzuführen ist;
9. die auf das erworbene Immunschwächesyndrom (AIDS) oder andere damit verbundene Erkrankungen zurückzuführen sind;
10. die durch willentlich vom Versicherten gegen sich selbst begangene oder an sich zugelassene Taten verursacht wird;
11. die auf Erkrankungen zurückzuführen sind, die durch elektromagnetische Einflüsse verursacht worden sind.

Art. 70 - Wartezeiten

Unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 2 - „Wirkung, Laufzeit und Kündigung des Vertrags“ erlangt die Deckung Gültigkeit um 24:00 Uhr:

- des 60. Tages ab Inkrafttreten der Versicherung für Krankheiten, die nach diesem Datum aufgetreten sind;
- des 180. Tages nach Inkrafttreten der Versicherung für Folgen von Erkrankungszuständen, die dem Versicherten nicht bekannt waren, die ihren Ursprung jedoch bereits vor Abschluss dieser Police hatten.

Falls die Police als Ersatz für andere, denselben Versicherten betreffende Policen des Versicherers ausgestellt wird, gelten vorgenannte Fristen:

- vom Tag des Inkrafttretens der Deckung laut voriger Police für den aus dieser hervorgehenden Betrag;
- vom Tag des Inkrafttretens der Deckung laut der vorliegenden Police, beschränkt auf die höheren Deckungssummen, die aus letzterer hervorgehen.

Im Falle einer Police, die als Fortsetzung einer anderen Police des Versicherers ausgestellt wird, und innerhalb der 30 Tage nach Ablauf der Vorgängerpolice gelten die Bestimmungen des vorausgehenden Absatzes.

Gleichmaßen läuft die oben genannte Frist der Wartezeiten im Falle von Änderungen, die während der Laufzeit dieses Vertrags auftreten, ab dem Datum der Änderungen für die höheren Summen oder anderen Personen oder versicherten Leistungen.



Art. 71 - Voraussetzungen und automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten

Die Risikoübernahme durch den Versicherer erfolgt auf Grundlage der Daten, die in dem im Versicherungsantrag enthaltenen Gesundheitsfragebogen bereitgestellt werden.

Ungenauere Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung gemäß Art. 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Die *Versicherung* wurde in der Form „Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten“ abgeschlossen. Die Prämien der Deckung **A. KRANKHEITSBEDINGTE BLEIBENDE INVALIDITÄT** sind in 5 Altersgruppen gegliedert.

Bei der Erstunterzeichnung des Vertrags wird jedem Versicherten die seiner Altersgruppe zum Zeitpunkt der Unterzeichnung entsprechende, in der Police angegebene Prämie zugeteilt.

Bei der jährlichen Verlängerung wird, falls der Versicherte zum Verlängerungsdatum die Altersgruppe wechselt, die Prämie angepasst, indem auf den in der Police für jeden Versicherten angegebenen Prämienbetrag der Koeffizient der prozentualen Erhöhung angewandt wird, der in nachstehender Tabelle aufgeführt ist.

Tabelle der Koeffizienten (% der Prämienerrhöhung pro Altersgruppe) für die <i>krankheitsbedingte bleibende Invalidität</i> .	
Altersgruppen	Krankheitsbedingte bleibende Invalidität
Altersgruppe 0 - 25	-
Altersgruppe 26 - 35	12,50%
Altersgruppe 36 - 45	27,78%
Altersgruppe 46 - 55	39,13%
Altersgruppe 56 - 70	95,00%

Art. 72 - Was tun im Schadensfall

Im Schadensfall haben der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger den Versicherer binnen 3 Tagen, nachdem nach ärztlichem Ermessen Anlass zur Annahme besteht, dass eine *Krankheit* die geleistete Deckung betrifft, formgerecht zu benachrichtigen. Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des *Entschädigungsanspruchs* gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen. Die Meldung muss von einem ärztlichen Attest für die vorliegende Invalidität begleitet sein.

Der Versicherte hat:

- dem Versicherer Informationen zum Krankheitsverlauf zu übermitteln, indem eine Kopie der Patientenakte etwaiger Krankenhausaufenthalte und weitere geeignete Unterlagen für eine Beurteilung der beeinträchtigenden Krankheitsfolgen bereitgestellt werden;
- sich eventuell vom Versicherer oder seinen Beauftragten angeordneten ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen zu unterziehen;
- dem Versicherer das ärztliche Attest, mit dem die Stabilisierung der Krankheitsfolgen bestätigt wird, zu übermitteln.

Nach Ablauf von 6 Monaten ab Datum des ärztlichen Attests, mit dem die Stabilisierung der Krankheitsfolgen bestätigt wird, und nicht früher als 12 Monate ab Erstmeldung (18 im Falle von Tumorerkrankungen) hat der Versicherte ein spezifisches ärztliches Attest vorzulegen, mit dem der Grad der bleibenden Invalidität bescheinigt wird, der direkt und ausschließlich durch die gemeldete Krankheit hervorgerufen worden ist.

Sollte es nach Ablauf dieser Frist nach Ermessen des behandelnden Arztes nicht möglich sein, die Stabilisierung der Krankheitsfolgen zu bescheinigen, kann der Versicherte dennoch spezifische ärztliche Dokumentation zur Bescheinigung des zum Moment des Antrags festgestellten Grads bleibender Invalidität vorlegen.

Falls der Versicherte kein Attest beibringt, wird der Versicherer seinerseits binnen maximal 24 Monaten ab Meldung für die Bestimmung des Grades der direkt und ausschließlich von der gemeldeten *Krankheit* verursachten, bleibenden Invalidität auf Grundlage der angeordneten Untersuchungen und ärztlichen Kontrollen sorgen.

Falls der Vertrag abläuft, bevor die Krankheit gemeldet werden konnte, kann diese Meldung noch binnen 2 Jahren nach Vertragsablauf eingereicht werden, vorausgesetzt dass die Krankheit noch während der Laufzeit der Police zutage getreten war.

Die Ausgaben für ärztliche Atteste und jede andere verlangte medizinische Dokumentation gehen zu Lasten des *Versicherten* mit Ausnahme der Untersuchung beim Vertrauensarzt des Versicherers, wenn verlangt.



Art. 73 - Entschädigungskriterien

Der Versicherer leistet die Entschädigung für die direkten und ausschließlichen Folgen der einzelnen gemeldeten Krankheit. Falls die Krankheit eine Person mit bereits vor Abschluss der Versicherung bestehenden Erkrankungen und/oder einer Invalidität betrifft, gelten - abgesehen von den Bestimmungen unter Art. 69 - „Ausschlüsse“ - die aus den gleichzeitig bestehenden oder mitwirkenden Beeinträchtigungen hervorgehenden größeren Beschwerden als nicht entschädigungsfähig.

Falls die Krankheit hingegen eine Person betrifft, die bereits durch eine vorausgehende *Krankheit* beeinträchtigt ist, welche während der Laufzeit der Versicherung eine bleibende Invalidität verursacht hat, die nicht entschädigt wurde, da sie unter der Selbstbehaltsgrenze lag, ist bei gemeinsamer Einwirkung der neuen Krankheit mit den zuvor festgestellten Krankheitsfolgen die Beurteilung unter Berücksichtigung der durch den bereits vorbestehenden Zustand eingetretenen größeren Beeinträchtigung vorzunehmen.

Art. 74 - Festlegung der Entschädigung

Der Grad der bleibenden Invalidität wird direkt vom Versicherer oder einem von diesem beauftragten Arzt festgestellt und mit dem Versicherungsnehmer oder einer von diesem bestimmten Person vereinbart in einem Zeitraum zwischen 6 und 18 Monaten ab Meldedatum der Krankheit auf Grundlage der ärztlichen Beurteilung des Ausmaßes von deren Stabilisierung und unter Berücksichtigung der allgemein, unabhängig vom ausgeübten Beruf, verminderten Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

Dem *Versicherten* steht keinerlei Entschädigung zu, wenn der festgestellte bleibende Invaliditätsgrad unter 65% liegt.

ABSCHNITT 5 - GESUNDHEIT

Folgende Deckungen gelten, wenn die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde.

Art. 75 - Altersgrenzen - Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters

Die Versicherung gilt für Versicherte mit:

- Maximalem Eintrittsalter: vollendetes 70. Lebensjahr;
- Maximalem Austrittsalter: vollendetes 75. Lebensjahr.

Die Parteien können bei jedem jährlichen Versicherungsablauf nach Vollendung des 75. Lebensjahrs des Versicherten mit einer Frist von mindestens 30 Tagen von der Versicherung für diese Person zurücktreten, wovon die Gültigkeit des Vertrags für den restlichen Teil unberührt bleibt.

Für Versicherungsplan B und Versicherungsplan C wird bei der jährlichen Verlängerung der Versicherung, falls der Versicherte ein Alter über 64 Jahren erreicht hat, die Prämie der jeweiligen Garantie automatisch folgendermaßen angepasst:

VERSICHERUNGSPLAN B

INDIVIDUELLE FORMEL → € 2.064

FORMEL FAMILIENGRUPPE → € 3.948 (keine Anpassung, wenn sich in der Familiengruppe bereits ein Versicherter mit Alter über 64 Jahren befindet).

VERSICHERUNGSPLAN C

INDIVIDUELLE FORMEL → € 2.712

FORMEL FAMILIENGRUPPE → € 5.196 (keine Anpassung, wenn sich in der Familiengruppe bereits ein Versicherter mit Alter über 64 Jahren befindet).

Art. 76 - Personen, die nicht versicherbar sind

Nicht versicherbar sind Personen, die unter Alkohol- oder Drogensucht, einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden.

Beim Eintreten dieser Bedingungen im Vertragsverlauf erlischt automatisch und unmittelbar die Versicherung unabhängig von der konkreten Beurteilung des Gesundheitszustands des Versicherten gemäß Art. 1898 des it. Zivilgesetzbuchs, ohne dass der Versicherer zur Leistung einer Entschädigung verpflichtet wäre. Bei Erlöschen der laufenden Versicherung erstattet der Versicherer dem Versicherungsnehmer binnen 45 Tagen nach

Außerkräfttreten den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen des Vertrags bis zum Ende der Laufzeit, für welche die Prämie ursprünglich bezahlt worden war, bezieht.

Nicht versicherbar sind ferner Personen, deren fester Hauptwohnsitz nicht in Italien, der Republik San Marino oder der Vatikanstadt liegt.

Ebenso als „nicht versicherbare Personen“ gelten all diejenigen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses:

- einen Körpermasseindex (BMI) aufweisen, der nicht zwischen 18.00-34.99 liegt (dieser Index gilt für Personen mit Alter ab 18 Jahren);
- auf eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation warten;
- bereits eine Operation gehabt oder eine Diagnose erhalten haben oder die auf die Ergebnisse von Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen warten:
 - Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome (gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen anzugeben, deren aktive Behandlung ohne Rezidive seit mehr als 10 Jahren - bzw. 5 Jahren bei Krebserkrankungen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahrs aufgetreten sind - abgeschlossen ist. Unbeschadet etwaiger späterer Änderungen und Ergänzungen der gesetzlichen Regelung, die günstiger für den Versicherten sind);
 - Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris;
 - Hirngefäßerkrankungen wie: Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma;
 - chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz;
 - chronische Virus-Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa;
 - Nephrose, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern, Diabetes (Typ 1 und 2);
 - Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematodes, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis;
- Hypercholesterinämie (über 250 mg/dL trotz Behandlung), arterielle Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierte Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion;
- denen eine Invalidität von 25% oder mehr zuerkannt wurde oder die diese beantragt haben;
- die sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen haben, wie z.B.: Magnetresonanz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben;

Traf auf den Versicherten bereits vor Abschluss der Police eine dieser Bedingungen zu, verliert diese ihre Wirkung und jegliche Gültigkeit für diesen Versicherten.

Sobald der Versicherer obige Umstände erfahren hat, wird er binnen 45 Tagen nach Außerkräfttreten der Police den Anteil der Prämie abzüglich der bereits entrichteten Steuer erstatten, der sich auf den Zeitraum ab Erlöschen der Versicherung bis zum Ende der Laufzeit, für welche die Prämie ursprünglich bezahlt worden war, bezieht.

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

Art. 77 - Voraussetzungen

Die Risikoübernahme durch den Versicherer erfolgt auf Grundlage der Daten, die in dem im Versicherungsantrag enthaltenen Gesundheitsfragebogen bereitgestellt werden, sowie auf Grundlage der Bestimmungen von Art. 76 - Personen, die nicht versicherbar sind.

Der Gesundheitsfragebogen ist von Versicherten auszufüllen, deren Alter zwischen 65 und 70 vollendeten Jahren liegt.

Ungenaue Angaben oder das Verschweigen durch den Versicherungsnehmer/Versicherten von Umständen, die sich auf die Risikobewertung auswirken, können den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs sowie das Erlöschen der Versicherung gemäß Art. 1892, 1893 und 1894 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.



Art. 78 - Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung übernimmt innerhalb der durch die Höchstbeträge und die Versicherungsbedingungen gesetzten Grenzen die vom Versicherten getragenen Ausgaben, die durch Krankheiten oder Unfälle bedingt werden, die nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit eintreten, unbeschadet der Wartezeiten gemäß Art. 82.

Wird die Versicherung vom Versicherungsnehmer mit der Formel „Familiengruppe“ abgeschlossen, gelten die Höchstbeträge der Deckungen Behandlungskosten, fachärztliche Untersuchungen sowie physiotherapeutische und Reha-Behandlungen als Gesamtgrenze für die Exposition des Versicherers bei einem oder mehreren Schadensfällen, die sich in einem Versicherungsjahr ereignet und einen oder mehrere Mitglieder der in der Police angegebenen Familiengruppe betroffen haben.

Der Versicherte kann wählen, welchen der folgenden Versicherungspläne mit den jeweils festgelegten Deckungen er erwerben möchte und diese in der Police angegebene Entscheidung bestimmt die versicherten Leistungen:

VERSICHERUNGSPLAN	DAZUGEHÖRENDE DECKUNGEN
A	„Tagegeld“ „Surgical Cash“
B	„Tagegeld“ „Surgical Cash“ „Gerätediagnostik“ „Fachärztliche Untersuchungen“
C	„Erstattung von Behandlungskosten“ „Gerätediagnostik“ „Fachärztliche Untersuchungen“ „Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“ „Prävention - Check-up“
D	„Dental“

Art. 79 - Inhalte der Deckungen

VERSICHERUNGSPLAN „A“

Deckungen für Krankenhausleistungen

A.1. Tagegeld

Diese Deckung erkennt dem Versicherten im Falle einer stationären Aufnahme mit oder ohne Operation (unter Aufenthaltstag ist ein Tag mit Übernachtung zu verstehen), einschließlich Entbindung und medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs, unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten ein Tagegeld zu.

Bei der Berechnung der Aufenthaltstage gelten der erste und letzte Tag gemeinsam als ein ganzer Tag.

Das Tagegeld wird zuerkannt, falls die stationäre Aufnahme nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Das Tagegeld wird auch im Falle von Tagesklinik / Tageschirurgie zuerkannt.

Die Krankenhausleistungen müssen erbracht werden durch:

- Eine private oder öffentliche Krankenhauseinrichtung;
- Eine über einen Rahmenvertrag mit dem Nationalen Gesundheitsdienst SSN verbundene private Krankenhauseinrichtung.

Das Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie lässt sich mit der Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash“ (A.2.) kombinieren.

Deckungssummen

Das versicherte Tagegeld ist in nachstehender Tabelle angegeben, wobei die Beträge pro Person und Versicherungsjahr gelten.



TAGEGELD (ÖFFENTLICHE UND PRIVATE EINRICHTUNG)	
Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation	€ 100 pro Tag Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung, maximal über 200 Tage
Tagesklinik / Tageschirurgie	50% der Tagesentschädigung über maximal 50 Tage

A.2. Surgical Cash

Diese Deckung erkennt dem Versicherten im Falle einer stationären Aufnahme mit Operation, bei Tageschirurgie oder ambulanter Operation unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten ein pauschales festes Tagegeld zu.

Die Entschädigung wird zuerkannt, falls das Ereignis nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Die Operationen sind einzeln definiert und in 7 Kategorien gegliedert, für welche unterschiedliche Entschädigungen je nach Komplexität des chirurgischen Eingriffs vorgesehen sind. Jeder Kategorie wird laut nachstehender zusammenfassender Tabelle eine bestimmte Entschädigung zugeteilt.

Im Laufe eines Versicherungsjahrs kann die maximale Entschädigung pro individuellem Versicherten das Doppelte einer Entschädigung der Kategorie VII nicht übersteigen.

Die von der Versicherung übernommenen chirurgischen Eingriffe sind in Anhang 2 „Einteilung der Operationen in Kategorien“ aufgelistet. Wird in dieser Liste eine Pathologie anstelle eines Operationsverfahrens genannt, so ist damit „Operation bei“ oder „Entfernung von“ gemeint. Bei einem nicht spezifisch in Anhang 2 „Einteilung der Operationen in Kategorien“ aufgeführten chirurgischen Eingriff wird die Zuteilung der Operation, deren Entschädigung beantragt wurde, auf Grundlage von Entsprechungskriterien nach ärztlicher Beurteilung seitens des Versicherers unter Bezugnahme auf die nach Erkrankung und angewandter chirurgischer Technik ähnlichste der aufgeführten Operationen festgelegt. Falls aufgrund derselben Pathologie mehrere Operationen anfallen und an demselben Organ, Gewebe oder derselben Gliedmaße erfolgen, leistet der Versicherer die vorgesehene Entschädigung ein einziges Mal im Versicherungsjahr, dem der Schadensfall zugeteilt wird.

Werden hingegen im Laufe derselben Operation zwei oder mehrere Eingriffe vorgenommen, zahlt der Versicherer eine einzige Entschädigung an den Versicherten, wobei die Operation der höchsten Kategorie zugrunde gelegt wird.

Keine Entschädigung erfolgt, falls sich die Operation auf Grundlage der vorstehend festgelegten Regeln nicht einteilen lässt.

Die Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash“ lässt sich mit dem Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie (A1) kombinieren.

Deckungssummen

Die Entschädigungen für die jeweilige Operation sind in nachstehender Tabelle angegeben und gelten pro Person und Versicherungsjahr.

SURGICAL CASH				
Stationäre Aufnahme mit Operation Tageschirurgie Ambulant durchgeführte Operation	Entschädigung anhand von 7 nach Schwierigkeitsgrad der Operation gegliederten Kategorien			
	Operationskategorie	Beispiel einer Operation	Privat (€)	SSN (€)
	I	Entfernung einer Zyste	200	100
	II	Adenoidektomie	400	200
	III	Menishektomie (in Arthroskopie) (vollständige Behandlung)	1.500	750
	IV	Reparatur bei Ruptur der Rotatorenmanschette der Schulter	2.000	1.000
	V	Mammarekonstruktion nach radikaler Mastektomie	4.000	2.000
	VI	Prothese Hüftgelenk	8.000	4.000
	VII	Lungentransplantation	15.000	7.500



VERSICHERUNGSPLAN „B“

Deckungen für Krankenhausleistungen

B.1. Tagegeld

Diese Deckung erkennt dem Versicherten im Falle einer stationären Aufnahme mit oder ohne Operation (unter Aufenthaltstag ist ein Tag mit Übernachtung zu verstehen), einschließlich Entbindung und medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs, unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten ein Tagegeld zu.

Bei der Berechnung der Aufenthaltstage gelten der erste und letzte Tag gemeinsam als ein ganzer Tag.

Das Tagegeld wird zuerkannt, falls die stationäre Aufnahme nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Das Tagegeld wird auch im Falle von Tagesklinik / Tageschirurgie zuerkannt.

Die Krankenhausleistungen müssen erbracht werden durch:

- Eine private oder öffentliche Krankenhauseinrichtung;
- Eine über einen Rahmenvertrag mit dem Nationalen Gesundheitsdienst SSN verbundene private Krankenhauseinrichtung.

Das Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie lässt sich mit der Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash“ (B2) kombinieren.

Deckungssummen

Das versicherte Tagegeld ist in nachstehender Tabelle angegeben, wobei **die Beträge pro Person und Versicherungsjahr gelten.**

TAGEGELD (ÖFFENTLICHE UND PRIVATE EINRICHTUNG)	
Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation	€ 100 pro Tag Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung, maximal über 200 Tage
Tagesklinik / Tageschirurgie	50% der Tagesentschädigung über maximal 50 Tage

B.2. Surgical Cash

Diese Deckung erkennt dem Versicherten im Falle einer stationären Aufnahme mit Operation, bei Tageschirurgie oder ambulanter Operation unabhängig von der Höhe der ggf. getragenen Kosten ein pauschales festes Tagegeld zu.

Die Entschädigung wird zuerkannt, falls die stationäre Aufnahme nach dem Datum des Inkrafttretens der Police und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Die Operationen sind einzeln definiert und in 7 Kategorien gegliedert, für welche unterschiedliche Entschädigungen je nach Komplexität des chirurgischen Eingriffs vorgesehen sind. Jeder Kategorie wird laut nachstehender zusammenfassender Tabelle eine bestimmte Entschädigung zugeteilt.

Im Laufe eines Versicherungsjahrs kann die maximale Entschädigung pro individuellem Versicherten das Doppelte einer Entschädigung der Kategorie VII nicht übersteigen.

Die von der Versicherung übernommenen chirurgischen Eingriffe sind in Anhang 1 „Einteilung der Operationen in Kategorien“ aufgelistet. Wird in dieser Liste eine Pathologie anstelle eines Operationsverfahrens genannt, so ist damit „Operation bei“ oder „Entfernung von“ gemeint. Bei einem nicht spezifisch in Anhang 1 „Einteilung der Operationen in Kategorien“ aufgeführten chirurgischen Eingriff wird die Zuteilung der Operation, deren Entschädigung beantragt wurde, auf Grundlage von Entsprechungskriterien nach ärztlicher Beurteilung seitens des Versicherers unter Bezugnahme auf die nach Erkrankung und angewandter chirurgischer Technik ähnlichste der aufgeführten Operationen festgelegt. Falls aufgrund derselben Pathologie mehrere Operationen anfallen und an demselben Organ, Gewebe oder derselben Gliedmaße erfolgen, leistet der Versicherer die vorgesehene Entschädigung ein einziges Mal im Versicherungsjahr, dem der Schadensfall zugeteilt wird.

Werden hingegen im Laufe derselben Operation zwei oder mehrere Eingriffe vorgenommen, zahlt der Versicherer eine einzige Entschädigung an den Versicherten, wobei die Operation der höchsten Kategorie zugrunde gelegt wird.

Keine Entschädigung erfolgt, falls sich die Operation auf Grundlage der vorstehend festgelegten Regeln nicht einteilen lässt.

Die Entschädigung unter der Deckung „Surgical Cash“ lässt sich mit dem Krankenhaustagegeld für Stationäre Aufnahme mit Operation oder Tageschirurgie (B1) kombinieren.

Deckungssummen

Die Entschädigungen für die jeweilige Operation sind in nachstehender Tabelle angegeben und gelten pro Person und Versicherungsjahr.



SURGICAL CASH				
Stationäre Aufnahme mit Operation Tageschirurgie Ambulant durchgeführte Operation	Entschädigung anhand von 7 nach Schwierigkeitsgrad der Operation gegliederten Kategorien			
	Operationskategorie	Beispiel einer Operation	Privat (€)	SSN (€)
	I	Entfernung einer Zyste	200	100
	II	Adenoidektomie	400	200
	III	Menishektomie (in Arthroskopie) (vollständige Behandlung)	1.500	750
	IV	Reparatur bei Ruptur der Rotatorenmanschette der Schulter	2.000	1.000
	V	Mammarekonstruktion nach radikaler Mastektomie	4.000	2.000
	VI	Prothese Hüftgelenk	8.000	4.000
	VII	Lungentransplantation	15.000	7.500

Deckungen anderer medizinischer Leistungen

B.3. Gerätediagnostik

Diese Deckung umfasst die Erstattung bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen der Ausgaben für Gerätediagnostik (einschließlich Amniozentese und Chorionzottenbiopsie bei bekannter oder vermuteter Anomalie des Fötus oder bei Schwangeren über 35 Jahren), die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Ausgeschlossen sind:

- Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft
- nicht invasive genetische Pränataldiagnostik (wie Harmony Test, Prenatal Safe)
- Untersuchungen im Vorfeld von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlungen, die nicht von einem Unfall herrühren.

Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet.

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.

GERÄTEDIAGNOSTIK (Technologische Diagnostik, Untersuchungen, Labordiagnostik)	
<u>Jährlicher Höchstbetrag</u>	€ 5,000
<u>Berechnung</u>	In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)
<u>Selbstbeteiligungen</u>	- In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)
	Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN
	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15% mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 25% Erstattung zu 100%

B.4. Fachärztliche Untersuchungen

Diese Deckung umfasst die Erstattung bis zum Höchstbetrag und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen von Ausgaben für:

- Arzthonorare für fachärztliche Untersuchungen unter Ausschluss von Kontrolluntersuchungen beim Kinderarzt sowie von Untersuchungen durch Zahnärzte und Kieferorthopäden, wenn diese nicht durch einen Unfall notwendig gemacht werden,
- Häusliche pflegerische Versorgung (bei Verordnung durch Haus- oder Facharzt),

die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit anfallen und aufgrund einer Krankheit oder



eines Unfalls erforderlich sind, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet.

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.

FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN		
<u>Jährlicher Höchstbetrag</u>		€ 1.000
Fachärztliche Untersuchungen	In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung) - In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15%
<u>Berechnung Selbstbeteiligungen</u>	Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 25%
		Erstattung zu 100%
Häusliche Pflegerische Versorgung		€ 50 pro Tag (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbsthalten)

VERSICHERUNGSPLAN „C“

Deckungen für Krankenhausleistungen

C.1. Erstattung von Behandlungskosten

Diese Deckung umfasst die Erstattung bis Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen von Behandlungskosten, die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit anfallen und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich sind, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Entbindung und medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch sind abgedeckt.

Falls ein stationärer Aufenthalt während der Laufzeit des Versicherungsschutzes begonnen hat und erst nach Ende von dessen Gültigkeit endet, übernimmt der Versicherer innerhalb der in nachstehender Tabelle aufgeführten Grenzen die Ausgaben:

- bis zum Datum der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung;
- für Leistungen, die im Zeitraum NACH dem Krankenhausaufenthalt erbracht werden, vorausgesetzt dass diese in direktem Zusammenhang damit stehen.

Unbeschadet der Bestimmungen im vorigen Absatz werden die Ausgaben für Behandlungen / Leistungen nicht anerkannt, die nach Ende der Laufzeit des Versicherungsschutzes erbracht und abgerechnet werden, auch wenn sie sich auf Erkrankungen oder Unfälle beziehen, die während der Versicherungslaufzeit diagnostiziert worden bzw. aufgetreten sind.

Nachstehend die unter dieser Deckung übernommenen Behandlungskosten:

1. Behandlungskosten für stationäre Aufnahme mit oder ohne Operation, Tagesklinik / Tageschirurgie und ambulant durchgeführte Operationen

Innerhalb der Höchstgrenze werden erstattet:

AUSGABEN VOR

Fachärztliche Untersuchungen, Geräte- und Labordiagnostik (einschließlich diesbezüglicher Arzthonorare), vorausgesetzt dass diese vor und im Zusammenhang mit der Stationären Aufnahme mit oder ohne Operation, der Behandlung in der Tagesklinik / Tageschirurgie oder der ambulanten Operation durchgeführt werden.

AUSGABEN BEI

Geräte- und Labordiagnostik, medizinische Versorgung, Pflege durch Krankenpflegepersonal und Hebammen, Therapie, physiotherapeutische und Reha-Behandlungen, Arzneimittel, Honorare des Ärzteteams (das aus dem OP-Bericht hervorgeht), OP-Material (einschließlich Endoprothesen), Benutzungsgebühr für OP-Saal, stationäre Krankenhausunterbringung (ohne Ausgaben für Konsumgüter).

Bei ambulant durchgeführten Operationen sind die Kosten für die Krankenhausunterbringung ausgeschlossen.

AUSGABEN NACH

Fachärztliche Untersuchungen, Geräte- und Labordiagnostik (einschließlich diesbezüglicher Arzthonorare), Arzneimittel, ärztliche, chirurgische und pflegerische Leistungen, physiotherapeutische und Reha-Behandlungen (nur bei Operationen), Thermalbädern bei Indikation für die Pathologie, welche die Operation erforderlich gemacht hat (unter Ausnahme der Unterbringungskosten),



vorausgesetzt dass diese nach und im Zusammenhang mit der Stationären Aufnahme mit oder ohne Operation, der Behandlung in der Tagesklinik / Tageschirurgie oder der ambulanten Operation durchgeführt werden.

2. Behandlungskosten bei natürlicher Geburt, Kaiserschnitt / medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch

Es werden die oben beschriebenen AUSGABEN VOR, BEI und NACH dem Eingriff erstattet.

Die Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten **innerhalb** des in nachstehender Tabelle angegebenen **Teil-Höchstbetrags** erstattet.

Der Teil-Höchstbetrag umfasst auch die Ausgaben für die stationäre Krankenhausunterbringung von Mutter und Neugeborenem.

3. Behandlungskosten für Refraktive Chirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeit

Im Falle von:

- Anisometropie von über 4 Dioptrien oder
- Fehlsichtigkeit pro Auge von 5 Dioptrien oder mehr

werden die oben beschriebenen AUSGABEN VOR, BEI und NACH dem Eingriff erstattet.

Die Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten **innerhalb** des in nachstehender Tabelle angegebenen **Teil-Höchstbetrags** erstattet.

Der Teil-Höchstbetrag umfasst auch etwaige Ausgaben für die stationäre Krankenhausunterbringung.

4. Behandlungskosten des Neugeborenen

Für das Neugeborene werden die oben beschriebenen AUSGABEN VOR, BEI und NACH der Geburt unter Wahrung des in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Teil-Höchstbetrags erstattet.

Damit diese Deckung wirksam wird, müssen beide Eltern versichert sein.

Das Neugeborene steht bis zur Vollendung des ersten Lebensjahrs unter dem Versicherungsschutz der Police des Elternteils, ohne dass eine zusätzliche Prämie bezahlt wird:

- für Krankenhausleistungen;
- mit den gleichen Höchstbeträgen für die Krankenhausleistungen, die für das Elternteil gelten, unbeschadet der eigens für das Neugeborene festgelegten Teil-Höchstbeträge;
- unbeschadet Selbstbeteiligungen, Selbstbehalte und Bedingungen der Police.

Mit dem für das Neugeborene geltenden Teil-Höchstbetrag werden nur Operationen für die Beseitigung oder Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und körperlichen Defekten abgedeckt, die innerhalb des ersten Lebensjahrs durchgeführt werden.

Soll der Versicherungsschutz nach Ablauf des ersten Lebensjahrs weiter für das Neugeborene erhalten bleiben, ist - falls dieses gemäß Policebedingungen versicherbar ist - die entsprechende Prämie zu entrichten.

Es werden in diesem Fall keine Wartezeiten berechnet.

5. Ersatzentschädigung

Mit Bezugnahme allein auf die stationäre Aufnahme mit oder ohne Operation (unter Aufenthaltstag ist ein Tag mit Übernachtung zu verstehen), einschließlich Entbindung und medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch, zahlt der Versicherer, falls die Leistungen vollständig vom nationalen Gesundheitsdienst SSN übernommen werden, eine Ersatzentschädigung an den Versicherten.

Diese Entschädigung wird auch im Falle von Tagesklinik / Tageschirurgie zuerkannt.

Die Ersatzentschädigung **gilt nicht** bei:

- Ambulant durchgeführter Operation;
- Refraktiver Chirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeit;
- Aufenthalt in den Räumen der Notaufnahme/im Wartezimmer, falls darauf keine stationäre Aufnahme in derselben Krankenhauseinrichtung folgt.

Falls genannte Ausgaben nur zum Teil vom nationalen Gesundheitsdienst SSN übernommen werden, kann der Versicherte zwischen Ersatzentschädigung oder Erstattung der zu seinen Lasten verbliebenen Ausgaben wählen.

Ferner werden die AUSGABEN VOR, BEI und NACH dem Eingriff wie oben beschrieben ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten zuerkannt.

Die Ersatzentschädigung wird ohne Anwendung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten zuerkannt.

6. Ausgaben für Verpflegung und Übernachtung einer Begleitperson

Die Ausgaben für Verpflegung und Übernachtung einer Begleitperson in der Krankenhauseinrichtung oder Hotelstruktur (falls direkt in der Krankenhauseinrichtung keine Unterbringungsmöglichkeit gegeben ist) werden mit der Tagesgrenze und der Höchstzahl an Tagen übernommen, die in folgender Tabelle angegeben sind.

Diese Ausgaben werden **nicht übernommen** bei:

- Ambulant durchgeführter Operation;
- Refraktiver Chirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeit;

7. Transportkosten des Versicherten

Die Transportkosten des Versicherten zur Krankenhauseinrichtung, für die Überführung von einer Krankenhauseinrichtung in eine



andere sowie für die Heimkehr in die eigene Wohnung mit medizinisch ausgerüsteten Fahrzeugen werden sowohl in Italien als auch im Ausland übernommen.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Wahl des für den Transport gewählten Verkehrsmittels allein vom Arzt der Betriebszentrale auf Grundlage des Gesundheitszustands des Patienten getroffen wird.

8. Rückführung des Leichnams

Im Falle des Ablebens des Versicherten im Ausland infolge von Krankheit oder Unfall werden die Transportkosten für die Überführung des Leichnams zum Begräbnisort in Italien übernommen.

Ausgeschlossen sind hingegen die Ausgaben für Trauerfeier und Beerdigung.

9. Behandlungskosten im Sinne von Zuzahlungen zu den vom nationalen Gesundheitsdienst erbrachten Krankenhausleistungen

Die in der Form von Zuzahlungen getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet.

Deckungssummen

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police, unbeschadet der Bestimmungen für „Behandlungskosten des Neugeborenen“ (4).

STATIONÄRE AUFNAHME - Erstattung von Behandlungskosten	
Jährlicher Höchstbetrag	€ 200.000
Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation	
Tagesklinik / Tageschirurgie	
Ambulant durchgeführte Operation	
Anwendung Selbstbeteiligungen / Selbstbehalte:	
In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)	
- Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation	Erstattung zu 100%
- Tagesklinik / Tageschirurgie und ambulant durchgeführte Operation	Erstattung zu 100%
In Nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)	
- Stationäre Aufnahme mit / ohne Operation	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 20%
- Tagesklinik / Tageschirurgie und ambulant durchgeführte Operation	mit Berechnung eines Selbstbehalts von € 200
Ausgaben VOR und NACH Eingriffen	90 Tage davor / 90 Tage danach
Teil-Höchstbeträge:	
Natürliche Entbindung (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)	€ 2.000 (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Kaiserschnitt / medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)	€ 4.000 (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Refraktive Chirurgie (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag)	€ 1.000 pro Auge (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Neugeborenes (samt stationärer Unterbringung im Teil-Höchstbetrag) Korrektur von angeborenen Fehlbildungen und körperlichen Defekten innerhalb des ersten Lebensjahrs	€ 100.000 (mit Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Grenzen für stationäre Unterbringungskosten (nur für nicht vertraglich angeschlossene Krankenhauseinrichtungen)	€ 350 pro Tag
Ersatzentschädigung	€ 150 pro Tag, maximal über 100 Tage € 75 pro Tag für Tagesklinik / Tageschirurgie
Ausgaben VOR und NACH Eingriffen, Ersatzentschädigung	90 Tage davor / 90 Tage danach (Erstattung zu 100%)
Verpflegung und Übernachtung der Begleitperson	€ 50 pro Tag über maximal 50 Tage (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen/Selbstbehalten)
Transport des Versicherten	€ 3.000 (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Rückführung des Leichnams	€ 3.000 (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbstbehalten)
Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	Erstattung zu 100%

Deckungen anderer medizinischer Leistungen

C.2. Gerätediagnostik

Diese Deckung umfasst die Erstattung bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen der Ausgaben für Gerätediagnostik (einschließlich Amniozentese und Chorionzottenbiopsie bei bekannter oder vermuteter Anomalie des Fötus oder bei Schwangeren über 35 Jahren), die nach dem Datum des Inkrafttretens der

Versicherung und während deren Laufzeit erfolgt und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich wird, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Ausgeschlossen sind:

- Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft
- nicht invasive genetische Pränataldiagnostik (wie Harmony Test, Prenatal Safe)
- Untersuchungen im Vorfeld von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlungen, die nicht von einem Unfall herrühren.

Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet.

Deckungssummen

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.

GERÄTEDIAGNOSTIK (Technologische Diagnostik, Untersuchungen, Labordiagnostik)		
<u>Jährlicher Höchstbetrag</u>		€ 5,000
<u>Berechnung Selbstbeteiligungen</u>	In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung) - In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung) Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15% mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 25% Erstattung zu 100%

C.3. Fachärztliche Untersuchungen

Diese Deckung umfasst die Erstattung bis zum Höchstbetrag und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen von Ausgaben für:

- Arzthonorare für fachärztliche Untersuchungen unter Ausschluss von Kontrolluntersuchungen beim Kinderarzt sowie von Untersuchungen durch Zahnärzte und Kieferorthopäden, wenn diese nicht durch einen Unfall notwendig gemacht werden,
- Häusliche pflegerische Versorgung (bei Verordnung durch Haus- oder Facharzt),

die nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit anfallen und aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls erforderlich sind, der während der Vertragslaufzeit aufgetreten ist, unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82.

Die als Rezeptgebühr getragenen Ausgaben werden ohne Anwendung von Selbstbeteiligung/Selbstbehalt innerhalb der geltenden Grenzen erstattet.

Deckungssummen

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.

FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN		
<u>Jährlicher Höchstbetrag</u>		€ 1.500
<u>Fachärztliche Untersuchungen</u>	In Vertragseinrichtungen (Direktzahlung) - In nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung) Zuzahlung/Rezeptgebühr bei Leistungen des SSN	mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15% mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 25% Erstattung zu 100%
<u>Berechnung Selbstbeteiligungen</u>		
Häusliche Pflegerische Versorgung		€ 50 pro Tag (ohne Berechnung von Selbstbeteiligungen / Selbsthalten)

C.4. Physiotherapeutische und Reha-Behandlungen

Diese Deckung umfasst die Erstattung bis zum Höchstbetrag und innerhalb der in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen von Ausgaben, die für physiotherapeutische und Reha-Behandlungen getragen worden sind, die bei Krankenhauseinrichtungen oder medizinischen Zentren durch einen

regulär zugelassenen Facharzt oder Physiotherapeuten oder einen Medizinberufler mit gleichwertiger, in Italien anerkannter Befähigung infolge einer Krankheit oder eines Unfalls vorgenommen worden sind.

Deckungssummen

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Höchstbeträge und Grenzen gelten pro Versicherungsjahr und pro Person oder pro Familiengruppe entsprechend Angabe in der Police.

PHYSIOTHERAPEUTISCHE UND REHA-BEHANDLUNGEN	
Jährlicher Höchstbetrag	€ 1.000 mit Berechnung einer Selbstbeteiligung von 15%

C.5. Prävention - Check-up

Diese Deckung gilt **nur für Versicherte im Alter ab 30 Jahren** und dient der Überwachung ihres Gesundheitszustands.

Das Paket Prävention - Check-up hat zu erfolgen:

- an einem einzigen Termin;
- einmal pro Jahr bei einer Vertragseinrichtung, indem im Vorfeld die Direktzahlung über die Betriebszentrale veranlasst wird.

Nachstehend werden die zum Paket Prävention - Check-up gehörenden Leistungen aufgelistet:

Für die Frau	Für den Mann
Labordiagnostik - Harnstoff - Chlorid, Natrium, Kalium - Gesamtcholesterin (LDL, HDL) - Kreatinin - Großes Blutbild - Gamma GT - Blutzucker - CRP - T3 - T4 - TSH - Transaminasen - Triglyceride - Harnsäure - Urinstatus - Pap-Test - Brustultraschall/Mammographie (letztere > 40 Jahren) - HBV-Oberflächenantigen - Anti-HBs-AK - Unterbauchultraschall	Labordiagnostik - Harnstoff - Chlorid, Natrium, Kalium - Gesamtcholesterin (LDL, HDL) - Kreatinin - Großes Blutbild - Gamma GT - Blutzucker - CRP - T3 - T4 - TSH - Transaminasen - Triglyceride - Harnsäure - Urinstatus - EKG (Elektrokardiogramm) PSA-Wert (> 40 Jahren) - HBV-Oberflächenantigen - Anti-HBs-AK - Unterbauchultraschall

VERSICHERUNGSPLAN „D“

Dental

D.1. Dental

Diese Deckung umfasst bis zur Erreichung des Höchstbetrags und innerhalb der in nachstehender Tabelle „Versicherte Zahnärztliche Leistungen“ angegebenen Grenzen die Zahnartzkosten, die - unbeschadet der Wartezeiten laut Art. 82 - nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung und während deren Laufzeit anfallen und durch eine Krankheit oder einen Unfall verursacht worden sind, der während der Vertragslaufzeit aufgetreten ist (unbeschadet dessen gilt, dass die zahnärztliche Vorsorge nicht durch Krankheit oder Unfall bedingt wird), für:

Leistungen bei Zahnärztlichem Notfall;

Leistungen für die Zahnärztliche Vorsorge.

Der Versicherer garantiert dem Versicherten die Leistungen bei „Zahnärztlichem Notfall“ sowie für die „Zahnärztliche Vorsorge“ sowohl bei Vertragseinrichtungen (Direktzahlung), indem die Direktzahlung im Voraus aktiviert wird, als auch bei nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen (nachträgliche Erstattung).

Die Leistungen, die nach Aktivierung der Direktzahlung bei den Vertragseinrichtungen in Anspruch genommen werden, sind kostenlos für den Versicherten; die Ausgaben werden mit unbeschränktem Höchstbetrag und ohne Beschränkung der

Nutzungshäufigkeit vollständig vom Versicherer getragen, mit Ausnahme der „Leistungen zahnärztliche Vorsorge“, die pro einzelner Leistungsart höchstens 2 Mal pro Versicherungsjahr und Versicherten in Anspruch genommen werden können.

Falls sich der Versicherte für nicht vertraglich gebundene Einrichtungen entscheidet (nachträgliche Erstattung):

- darf der vom Versicherer zuerkannte Höchstbetrag für jede einzelne Leistungsart nicht über dem Betrag liegen, der in der Tabelle Versicherte Zahnärztliche Leistungen in der Spalte „Behandlungen in nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen (Erstattung)“ aufgeführt ist;

- können die „Leistungen zahnärztliche Vorsorge“ für jede einzelne Leistungsart **höchstens 2 Mal pro Versicherungsjahr und Versicherten in Anspruch genommen werden;**

- **beträgt die maximale Gesamtgrenze der Übernahme durch den Versicherer € 1.000,00 pro Versicherten und Versicherungsjahr.**

Da Vertragseinrichtungen nur innerhalb des italienischen Staatsgebiets vorhanden sind, erstattet der Versicherer im Falle von Zahnbehandlungen im Ausland den vom Versicherten getragenen Betrag innerhalb der von der Deckung vorgesehenen Grenzen und Höchstbeträge.

Tabelle der Versicherten Zahnärztlichen Leistungen

Die in nachstehender Tabelle angegebenen Grenzen gelten pro Leistung.

LEISTUNGEN ZAHNÄRZTLICHER NOTDIENST				
Code	Beschreibung	Durchgeführte Behandlungen in Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)	Durchgeführte Behandlungen in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)	Wartezeiten
SD01	Örtliche Betäubung pro Zahnelement (oder Abschnitt)	Für den Versicherten kostenfreie Leistungen. Die Kosten werden von der Versicherungsgesellschaft übernommen.	€ 16,50	30 Tage
SD02	Röntgenaufnahme von 1 oder 2 benachbarten Zähnen oder intraorale Aufnahme von 2 benachbarten Elementen		€ 16,50	
SD03	Röntgenaufnahme zur Überwachung des Behandlungsverlaufs		€ 12,75	
SD12	Füllung für einfache Karies, Kavitätenklasse I und V nach Black		€ 30,00	
SD13	Füllung für tiefe Karies, Kavitätenklasse II nach Black, zwei Seitenwände		€ 52,50	
SD17	Rekonstruktion mit Zahnkrone aus Amalgam mit mehreren Höckern		€ 71,25	
SD18	Rekonstruktion mit Zahnkrone aus Kompositmaterial - farblich abgestimmt		€ 90,00	
SD30	Einfaches Ziehen von Zahn oder Wurzel		€ 22,50	
SD37	Wiedereinsetzen eines ausgeschlagenen Zahnes		€ 60,00	
SD54	Wurzelbehandlung - Entfernung des Nervs und Füllung eines Wurzelkanals		€ 52,50	
SD55	Wurzelbehandlung - Entfernung des Nervs und Füllung von zwei Wurzelkanälen		€ 82,50	
SD56	Wurzelbehandlung - Entfernung des Nervs und Füllung von drei Wurzelkanälen		€ 120,00	
SD57	Wurzelkanalspülungen und Untersuchungstermine		€ 26,25	
SD94	Reparatur von Brüchen der Acrylbasis von Teil- und Vollprothesen durch die Zahnarztpraxis, medizinische Behandlung bei Prothesenstomatitis		€ 30,00	



LEISTUNGEN ZAHNÄRZTLICHE VORSORGE				
Code	Beschreibung	Durchgeführte Behandlungen in Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)	Durchgeführte Behandlungen in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen (Erstattung)	Wartezeiten
SD00	Klinische Untersuchung (Diagnose, Prognose und Behandlungsplan)	Für den Versicherten kostenfreie Leistungen. Die Kosten werden von der Versicherungsgesellschaft übernommen.	€ 10,00	30 Tage
SD08	Zahnsteinentfernung am gesamten Gebiss mit Ultraschall oder manueller, geschlossener Kürettage; Anweisung zur korrekten Verwendung von Zahnbürste, Zahnseide, Mundhygiene		€ 41,25	
SD11	Fluoridierung des Zahnschmelzes (Politur); topische Anwendung von Spurenelementen		€ 15,00	

Art. 80 – Ausschlüsse

80.1. Ausschlüsse, die für die Deckungen „Tagegeld“, „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“, „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“ gelten.

Die Versicherung gilt nicht für:

- vorbestehende Erkrankungen laut Art. 81;
- Leistungen, die nicht in Verbindung mit der Indikation laut gesicherter oder vermuteter Diagnose und dem Datum des Auftretens stehen, es sei denn, sie fallen unter die Deckung „Prävention - Check-up“ (Art. 79 - C.5);
- Ausgaben für Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie, wenn keine bekannte oder vermutete Anomalie des Fötus vorliegt oder wenn die Schwangere nicht älter als 35 Jahre ist;
- Ausgaben für Behandlungen / Leistungen, die nach Ende der Laufzeit des Versicherungsschutzes erbracht und abgerechnet werden, auch wenn sie sich auf Erkrankungen oder Unfälle beziehen, die während der Versicherungslaufzeit diagnostiziert worden bzw. aufgetreten und während der Laufzeit gemeldet worden sind (unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 79, C.1, zweiter Absatz);
- stationäre Aufnahmen, die der Versicherte benötigt, nachdem bei ihm eine bleibende Pflegebedürftigkeit für die Verrichtung alltäglicher Handlungen eingetreten ist, sowie für Langzeitkrankenhausaufenthalte, wenn die stationäre Aufnahme vor allem aufgrund des Bedarfs an Pflegeleistungen oder physiotherapeutischer Behandlungen zur Aufrechterhaltung bestimmter Funktionen benötigt wird;
- Ausgaben für Routineleistungen und/oder Kontrolluntersuchungen (z. B.: Kontrolluntersuchung bei Frauen- oder Augenarzt), wenn diese nicht unter die Deckung „Prävention - Check-up“ (Art. 79 - C.5) fallen, Impfungen, allgemeinmedizinische und kinderärztliche Routineleistungen;
- Ausgaben für Akupunktur, Logopädie, physiotherapeutische Behandlungen (es sei denn, diese sind vom gewählten Versicherungsplan erfasst);
- Leistungen, die nicht durch eine (gesicherte oder vermutete) Diagnose begründet werden, sowie Leistungen, die aufgrund erblicher Veranlagung oder genetischer Prädisposition erbracht werden;
- Ausgaben, die durch Einrichtungen erbracht werden, die nicht gemäß Gesetz zugelassen sind, sowie Honorare von Fachärzten, die nicht bei der zuständigen Ärztekammer eingetragen sind bzw. nicht über die Berufszulassung verfügen;
- Leistungen, die nicht bei Krankenhauseinrichtungen, medizinischen Zentren oder Fachärzten erbracht werden, mit Ausnahme von krankenpflegerischen und physiotherapeutischen Leistungen;
- Arzneimittel, ärztliche und chirurgische Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der alternativen oder komplementären, nicht konventionellen oder experimentellen Medizin;
- jegliche Krankheit, die direkt oder indirekt mit einer HIV-Infektion verbunden ist, sowie sexuell übertragene Erkrankungen;
- Unfälle, Pathologien, Vergiftungen, die durch Alkoholsucht, Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen (mit Ausnahme der therapeutischen Verabreichung) oder Halluzinogenen verursacht werden;
- Unfälle, die im Zustand der Trunkenheit am Steuer von Fahrzeugen allgemein oder infolge eigener Straftaten erlitten werden;
- Leistungen, die infolge von selbst beigebrachten Verletzungen, Selbstmordversuchen oder waghalsigen Taten



erforderlich geworden sind, es sei denn, letztere werden vom Versicherten im Wege der menschlichen Solidarität oder Notwehr begangen;

16. Unfälle, die auf die Ausübung von Profisport sowie von professionellen Wettkämpfen und den damit verbundenen Testläufen und Trainingseinheiten zurückzuführen sind;
17. Unfälle, die auf die Ausübung folgender Sportarten zurückzuführen sind: Ski- oder Wasserskispringen, Freestyle-Skiing, Bob, Rugby, Gerätetauchen, American Football, Boxen oder andere Sportarten, bei denen der Einsatz eines Zahnschutzes vorgeschrieben ist, Schwerathletik, Ringen in allen Formen, Bergsteigen mit Klettern im Fels und Gletscher mit Schwierigkeitsgrad über der dritten Stufe der französischen Skala, Speläologie, Luftsportarten (einschließlich des Fliegens mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und ähnlichen), Sportarten mit Einsatz von Motorfahrzeugen und -booten (sowie deren Rennen, Wettbewerbe, Testläufe), Mountainbike und „Downhill“ sowie Profiwettbewerbe und die dazugehörenden Rennen, Wettkämpfe, Testläufe und Trainings;
18. Unfälle, die bei der Handhabung von Feuerwerkskörpern sowie bei Einsatz und Produktion von Sprengstoffen auch bei nicht beruflicher Tätigkeit auftreten;
19. Ereignisse, die infolge nuklearer, biologischer oder chemischer Kontamination auftreten, direkte oder indirekte Folgen der Umwandlung des Atomkerns, ebenso wie Strahlung, die durch die künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen - mit Ausnahme der medizinischen Anwendung - hervorgerufen wird;
20. die Folgen von Krieg, Bürgerkrieg, Aufständen, Volksunruhen, Attentaten oder gewaltsamen Handlungen, die politisch oder sozial begründet sind;
21. die Folgen jeder Art von terroristischen Anschlägen;
22. die Folgen von Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen, Sturmfluten und Tsunamis;
23. Anwendungen mit ästhetischem Zweck, Schönheitschirurgische Behandlungen/Eingriffe sowie jede Folgebehandlung (mit oder ohne psychologische Begründung), es sei denn, diese erfolgen:
 - zum Zwecke der - ggf. auch ästhetisch bedingten - Rekonstruktion für Neugeborene und Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr;
 - zum Zwecke der Rekonstruktion infolge von gemäß Police entschädigungsfähigen Unfällen;
 - zum Zwecke der Rekonstruktion infolge von gemäß Police entschädigungsfähigen, resezierenden Operationen aufgrund bösartiger Neoplasien;
24. psychotherapeutische Behandlungen und die infolge Psychischer Krankheiten getragenen Kosten, die unter Kapitel V. (PSYCHISCHE STÖRUNGEN) der 10. Überarbeitung der Internationalen Statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10-CM) der WHO aufgeführt sind. Ausdrücklich als ausgeschlossen gelten die klinischen Erscheinungen von hirnrorganischen Psychosyndromen und Psychosen allgemein, deren Komplikationen und Folgen;
25. freiwilliger Schwangerschaftsabbruch;
26. zahnärztliche Behandlungen und Diagnostik sowie Zahnprothesen und kieferorthopädische Behandlungen;
27. Behandlungen und Operationen für die Beseitigung oder Korrektur von zum Datum des Inkrafttretens der Versicherung bereits bestehenden Körperlichen Defekten oder Angeborenen Fehlbildungen sowie von damit verbundenen Pathologien, mit Ausnahme derjenigen von Säuglingen bis Vollendung des 1. Lebensjahrs, die bei der Geburt versichert waren;
28. medizinische Leistungen, Behandlungen und Operationen bei Unfruchtbarkeit, männlicher oder weiblicher Sterilität, zur künstlichen Befruchtung, bei Impotenz sowie sämtliche medizinische Leistungen und Operationen mit dem Zweck der Änderung der Geschlechtsmerkmale;
29. Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Syndrom der unkontrollierten Nahrungsaufnahme) und jede durch diese Störung erforderte Behandlung, Bariatrische Chirurgie zur Adipositasbehandlung mit Ausnahme von Fällen von Adipositas mit Grad III (mit Körpermassindex von 40 und höher);
30. Prothesen und orthopädische Vorrichtungen, Hörgeräte und therapeutische Geräte, ausgenommen Endoprothesen im Falle von Stationärer Aufnahme mit Operation und Tageschirurgie;
31. Behandlungen, die aus ärztlicher Sicht nicht notwendig sind und nicht durch Krankheit oder Unfall bedingt sind;
32. Brillengläser und -gestelle;
33. stationäre Aufnahme zum Zwecke eines klinischen Check-ups (Unnötige stationäre Aufnahme);
34. Ausgaben bei der Transplantatentnahme vom Spender, sowohl durch den Versicherten als auch durch Dritte im Falle von Transplantation;
35. Leistungen, die nicht unter den einzelnen Deckungen aufgeführt sind.

80.2. Ausschlüsse von der Deckung „Dental“

Die Versicherung gilt nicht für:



1. sämtliche Leistungen und Behandlungen, die vor dem Datum des Inkrafttretens begonnen und noch nicht vollendet worden sind;
2. Leistungen, die nach Ablaufdatum oder vorzeitigem Erlöschen der Police aus beliebigem Grund durchgeführt werden, auch wenn die Krankheit oder der Unfall während der Versicherungslaufzeit aufgetreten sind;
3. zahnärztliche Behandlungen oder Leistungen, die nicht der Definition Zahnärztlicher Notfall oder Zahnärztliche Vorsorge entsprechen und/oder nicht in der Tabelle „Versicherte Zahnärztliche Leistungen“ (Art. 79 - D.1) aufgeführt sind;
4. Ausgaben, die bei Einrichtungen erfolgen, die nicht gemäß Gesetz zugelassen sind, sowie Honorare von Ärzten, die nicht bei der Ärzte- und Zahnärztekammer eingetragen sind bzw. nicht über keine Approbation verfügen;
5. kieferorthopädische Behandlungen und Leistungen;
6. experimentelle Verfahren oder Verfahren, deren Wirksamkeit von den wichtigsten Zahnarztverbänden nicht als wissenschaftlich nachgewiesen anerkannt wird;
7. Unfälle, die auf die Ausübung folgender Sportarten zurückzuführen sind: Ski- oder Wasserskispringen, Freestyle-Skiing, Bobsport, Rugby, Gerätetauchen, American Football, Boxen oder andere Sportarten, bei denen der Einsatz eines Zahnschutzes vorgeschrieben ist, Schwerathletik, Ringen in allen Formen, Bergsteigen mit Klettern im Fels und Gletscher mit mehr als Grad 3 der französischen Schwierigkeitsskala, Speläologie, Luftsportarten (einschließlich des Fliegens mit Hängegleitern, Ultraleichtflugzeugen und ähnlichen), Sportarten mit Einsatz von Motorfahrzeugen und -booten (sowie deren Rennen, Wettbewerbe, Testläufe), Mountainbike und „Downhill“ sowie Profiwettkämpfe und die dazugehörigen Testläufe und Trainings;
8. infolge Psychischer Krankheiten getragene Kosten, die unter Kapitel V. (PSYCHISCHE STÖRUNGEN) der 10. Überarbeitung der Internationalen Statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10-CM) der Weltgesundheitsorganisation aufgeführt sind, und/oder für die Einnahme von psychotropen Arzneimitteln mit therapeutischen Zielen;
9. Leistungen, die allein für ästhetische Zwecke durchgeführt werden;
10. das Ziehen von Milchzähnen;
11. Leistungen für die Entfernung chirurgischer Implantate sowie von deren Teilen oder jede chirurgische oder andere Leistung mit dem Zweck von Korrektur, Reparatur, Ersatz oder Behandlung jeder Art von Problem, das in Verbindung mit bereits vorhandenen oder gerade eingesetzten, sowohl festen als auch abnehmbaren Implantaten steht.
12. die Behandlung bösartiger Neoplasien im Mundraum;
13. Unfälle, die im Zustand der Trunkenheit am Steuer von Fahrzeugen allgemein oder infolge eigener Straftaten erlitten werden;
14. Unfälle, Krankheiten, Vergiftungen, die durch Alkoholsucht, Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen (mit Ausnahme der therapeutischen Verabreichung) oder Halluzinogenen verursacht werden;
15. direkte oder indirekte Folgen von nuklearer Kontamination, Umwandlung des Atomkerns, ebenso wie Strahlung, die durch die künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen - mit Ausnahme medizinischer Anwendungen - erzeugt wird;
16. die Folgen von Krieg, Aufständen, Volksunruhen, Attentaten oder gewaltsamen Handlungen, die politisch oder sozial begründet sind und an denen der Versicherte freiwillig teilgenommen hat, sowie jeder Art von terroristischem Anschlag;
17. Behandlungen und Eingriffe in Verbindung mit einer HIV-Infektion sowie verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS;
18. Routinekontrollen und/oder Check-ups, unter Ausnahme der Festlegungen für die Leistungen zur „Zahnärztlichen Vorsorge“;
19. die Folgen von Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen, Sturmfluten und Tsunamis;
20. Unfälle, die auf die Ausübung von Profisport sowie von professionellen Wettkämpfen und den damit verbundenen Testläufen und Trainingseinheiten zurückzuführen sind;
21. jegliche medizinische Leistung bezüglich Zähnen, die zum Datum des Inkrafttretens der Versicherung bereits gefehlt haben;
22. Operationen, die Vollnarkose oder vollständige Sedierung erforderlich machen.

Art. 81 - Vorbestehende Erkrankungen

Die Versicherung deckt keine Invalidität verursachenden Zustände, Unfälle und allgemein Krankheiten, die bereits vor Datum des Inkrafttretens der Versicherung bekannt waren, diagnostiziert, behandelt oder weiter untersucht worden sind, sowie deren Komplikationen samt direkten und indirekten Folgen.



Für die Deckung „Dental“ sind bereits vor dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung bestehende Erkrankungen allein bezüglich der Leistungen im Rahmen des „Zahnärztlichen Notfalls“ ausgeschlossen.

Art. 82 - Wartezeiten

82.1 Deckungen „Tagegeld“, „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“, „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“

Die Leistungen sind gültig und wirksam, unbeschadet der unter vorausgehenden Art. 80 und 81 aufgelisteten Ausschlüsse, für:

- Unfälle: ab 24:00 Uhr am Datum des Inkrafttretens der Versicherung;
- Krankheiten: ab dem 30. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung;
- Entbindung: ab dem 270. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung;
- Krankheiten in Verbindung mit Schwangerschaft, Wochenbett und medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch: ab dem 60. Tag nach dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung, vorausgesetzt dass die Schwangerschaft nach Inkrafttreten der Versicherung begonnen hat.

Nur für das Neugeborene, das über die Deckung der Eltern (die beide versichert sein müssen) bis zur Vollendung des ersten Lebensjahrs mitversichert ist, läuft oben genannte 30-tägige Wartezeit ab dem Geburtsdatum unabhängig vom Anfangsdatum seines Versicherungsschutzes.

Bei Vollendung des ersten Lebensjahrs kann das Kind, falls es versicherbar ist, gegen Zahlung der entsprechenden Prämie mitversichert werden.

Falls diese Police ohne Unterbrechung der Deckung (d.h. ohne auch nur einen Tag ohne Versicherungsschutz) als Ersatz für eine andere, mit diesem Versicherer abgeschlossene Versicherung ausgestellt wird, gelten oben erwähnte Wartezeiten ab Datum des Inkrafttretens der Versicherung in Bezug auf:

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

Ausgeschlossen bleiben auch nach Ende der Wartezeit etwaige Krankheiten, die innerhalb dieser Zeit diagnostiziert worden sind und/oder ärztliche Behandlung oder Untersuchungen erforderlich gemacht haben.

82.2 - Deckung „Dental“

Die Leistungen sind gültig und wirksam, unbeschadet der unter vorausgehenden Art. 80 und 81 aufgelisteten Ausschlüsse, für:

- Unfälle: ab 24:00 Uhr am Datum des Inkrafttretens der Versicherung;
- Leistungen „Zahnärztlicher Notfall“ und „Zahnärztliche Vorsorge“: ab dem 30. Tag nach Datum des Inkrafttretens der Versicherung.

Ausgeschlossen bleiben auch nach Ende der Wartezeit etwaige Krankheiten, die innerhalb dieser Zeit diagnostiziert worden sind und/oder ärztliche Behandlung oder Untersuchungen erforderlich gemacht haben.

Art. 83 - Was tun im Schadensfall

Für die Bearbeitung und Abwicklung der Schadensfälle greift der Versicherer auf die Betriebszentrale zurück, die unter folgender Telefonnummer Anrufe aus Italien und dem Ausland entgegennimmt:

02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr für Informationen zu den Deckungen, der Vorgehensweise zur Aktivierung der Leistungen und zum Schadensfall (Meldung und Angaben zum Bearbeitungsstand).

Durch die Kontaktaufnahme zur Betriebszentrale leistet der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine von diesen beauftragte Person automatisch die Einwilligung zur Verarbeitung ihrer Daten.

Art. 84 - Haftung

Der Versicherte erkennt ausdrücklich an, dass der Versicherer und die Betriebszentrale keinerlei Haftung für die Leistungen und/oder deren Erbringung durch die Vertragseinrichtungen übernehmen.

Daher nimmt der Versicherte zur Kenntnis, dass er sich im Falle von Streitigkeiten hinsichtlich der beruflichen Leistungserbringungen ausschließlich an die medizinischen Einrichtungen (Krankenhäuser, Diagnosezentren,



Zahnarztpraxen usw.) sowie an die Ärzte, die diese Dienste erbracht haben, zu wenden hat.

Art. 85 - Schadensmeldung

85.1 Deckungen „Tagegeld“, „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“, „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“ und „Prävention - Check-up“.

Im Schadensfall hat der Versicherte dies der Betriebszentrale, sobald er die Möglichkeit dazu erhält, unter folgender Nummer für den Anruf aus Italien und dem Ausland zu melden:

02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr für Informationen zu den Deckungen, der Vorgehensweise zur Aktivierung der Leistungen und zum Schadensfall (Meldung und Angaben zum Bearbeitungsstand).

Die Meldung kann auch per E-Mail an die Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it oder im Internet unter <https://app.myassistance.eu> oder über die eigens hierfür vorgesehene App der Betriebszentrale erfolgen.

Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Anspruchs auf die Erstattung der getragenen Kosten gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Der Versicherte wird von dieser Verpflichtung befreit, wenn er sich an Vertragseinrichtungen gewandt hat und im Voraus die Genehmigung von der Betriebszentrale erhalten hat, die daraufhin die Schadensfallmeldung formell erstattet.

Das Verzeichnis der verfügbaren Vertragseinrichtungen steht auf der Website <https://app.myassistance.eu> oder über die App bereit, auf welche der Versicherte mit seinen Login-Daten zugreifen kann.

Das Verzeichnis der Vertragseinrichtungen ist auf der Website <http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.html> oder auf der hierfür vorgesehenen App der Betriebszentrale verfügbar, auf welche der Versicherte mit seinen Login-Daten zugreifen kann.

Auch bei Verwendung von Vertragseinrichtungen ist der Versicherte verpflichtet, zunächst die Betriebszentrale zu kontaktieren und die Genehmigung anzufordern.

Falls der Versicherte die Erstattung der Behandlungskosten für Leistungen in Vertragseinrichtungen im Nachhinein anfordert, erfolgt diese Erstattung unter Anrechnung etwaiger Selbstbeteiligungen und/oder Selbstbehalte, die bei Leistungen in nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen (mit Kostenerstattung) gelten.

Unterlagen, die in anderen Sprachen als Italienisch, Deutsch, Englisch, Französisch und Spanisch verfasst sind, müssen von einer Übersetzung ins Italienische begleitet sein. In Ermangelung werden etwaige Übersetzungskosten dem Versicherten in Rechnung gestellt.

Der Versicherte, seine Angehörigen oder Rechtsnachfolger haben die Untersuchung durch Ärzte der Gesellschaft und jede von diesen ggf. angeordnete Untersuchung oder Prüfung zu gestatten, wofür die Ärzte, die den Versicherten behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht befreit werden.

85.2 - Deckung Dental

Im Schadensfall hat der Versicherte dies der Betriebszentrale, sobald er die Möglichkeit dazu erhält, unter folgender Nummer für den Anruf aus Italien und dem Ausland zu melden:

02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr für Informationen zu den Deckungen, der Vorgehensweise zur Aktivierung der Leistungen und zum Schadensfall (Meldung und Angaben zum Bearbeitungsstand).

Die Meldung kann auch per E-Mail an die Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it oder im Internet unter <https://app.myassistance.eu> oder über die eigens hierfür vorgesehene App der Betriebszentrale erfolgen.

Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Anspruchs auf die Erstattung der getragenen Kosten gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Der Versicherte wird von dieser Verpflichtung befreit, wenn er sich an Vertragseinrichtungen gewandt hat und im Voraus die Genehmigung von der Betriebszentrale erhalten hat, die daraufhin die Schadensfallmeldung formell erstattet.

Das Verzeichnis der Vertragseinrichtungen ist auf der Website <http://www.myassistance.it/networks/network-odontowelfare/elenco-strutture.html> oder auf der hierfür vorgesehenen App der Betriebszentrale verfügbar, auf welche der Versicherte mit seinen Login-Daten zugreifen kann.

Auch bei Verwendung von Vertragseinrichtungen ist der Versicherte verpflichtet, zunächst die Betriebszentrale zu kontaktieren und die Genehmigung anzufordern.

Falls der Versicherte die Erstattung der Behandlungskosten für Leistungen in Vertragseinrichtungen im Nachhinein



anfordert, kann diese Erstattung nicht höher ausfallen als der Betrag in der Tabelle „Versicherte Zahnärztliche Leistungen“ (Art. 79 - D.1).

Unterlagen, die in anderen Sprachen als Italienisch, Deutsch, Englisch, Französisch und Spanisch verfasst sind, müssen von einer Übersetzung ins Italienische begleitet sein. In Ermangelung werden etwaige Übersetzungskosten dem Versicherten in Rechnung gestellt.

Der Versicherte, seine Angehörigen oder Rechtsnachfolger haben die Untersuchung durch Ärzte der Gesellschaft und jede von diesen ggf. angeordnete Untersuchung oder Prüfung zu gestatten, wofür die Ärzte, die den Versicherten behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht befreit werden.

Art. 86 - Verwaltung des Schadensfalls

86.1 Deckungen „Tagegeld“, „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“, „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“

Der Antrag auf Erstattung wird von der Betriebszentrale binnen 10 Werktagen ab Empfangsdatum der vom Versicherten gesandten Unterlagen bearbeitet.

Die Unterlagen müssen auf den Namen des Versicherten oder eines Begünstigten lauten und die Erstattung erfolgt an den Versicherten oder Bezugsberechtigten.

Die Erstattung erfolgt stets nach Abschluss der Behandlung und in Euro.

Eine Direktzahlung des Versicherers an die Vertragseinrichtungen befreit ersteren sowohl diesen gegenüber als auch gegenüber dem Versicherten von seinen Verpflichtungen, ohne dass letzterer oder seine Erben jedwede Ansprüche aus demselben Grund geltend machen können, auch nicht im Wege der Ergänzung zu dem, was die Gesellschaft bereits bezahlt hat.

Die Direktzahlung bewirkt keine Schmälerung des Anspruchs des Versicherers, etwaige Einwände gegenüber dem Versicherten geltend zu machen, insbesondere falls ungenaue Angaben gemacht oder Sachverhalte verschwiegen worden sind.

Alle versicherten Leistungen sind durch Fachärzte oder Fachpersonal auf der Grundlage einer entsprechenden Diagnose (festgestellte oder vermutete Erkrankung) zu erbringen und von der Krankenhauseinrichtung, der Arztpraxis, dem Facharzt, dem Zahnarzt oder der Zahnklinik abzurechnen.

Krankenpflegeleistungen sowie physiotherapeutische und Reha-Behandlungen können die einen von Pflegefachkräften und die anderen von Gesundheitsberuflern mit Abschluss in Physiotherapie oder einem gleichwertigen in Italien anerkannten Abschluss abgerechnet werden.

Auf Rechnungen, die von Arztpraxen oder Fachärzten ausgestellt werden, muss die Fachrichtung des Arztes klar und deutlich lesbar angegeben sein, die mit der attestierten Diagnose übereinzustimmen hat.

Zur Beurteilung des Schadensfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, mithilfe der Betriebszentrale weitere ärztliche Dokumentation oder die Befunde von Gerätediagnostik einzufordern, falls diese für notwendig erachtet werden.

Der Versicherer hat stets die Möglichkeit, für die eingehende Beurteilung des Schadensfalls oder die Überprüfung der Stichhaltigkeit der Unterlagen auch die Vorlage der zugesandten Dokumentation im Original zu verlangen.

86.2 - Deckung „Dental“

Der Antrag auf Erstattung wird binnen 20 Werktagen ab Empfangsdatum der vom Versicherten eingesandten Unterlagen bearbeitet.

Die Unterlagen müssen auf den Namen des Versicherten oder eines Begünstigten lauten und die Erstattung erfolgt an den Versicherten oder Bezugsberechtigten.

Die Erstattung erfolgt stets nach Abschluss der Behandlung und in Euro.

Eine Direktzahlung des Versicherers an die Vertragseinrichtungen befreit ersteren sowohl diesen gegenüber als auch gegenüber dem Versicherten von seinen Verpflichtungen, ohne dass letzterer oder seine Erben jedwede Ansprüche aus demselben Grund geltend machen können, auch nicht im Wege der Ergänzung zu dem, was die Gesellschaft bereits bezahlt hat.



Die Direktzahlung bewirkt keine Schmälerung des Anspruchs des Versicherers, etwaige Einwände gegenüber dem Versicherten geltend zu machen, insbesondere falls ungenaue Angaben gemacht oder Sachverhalte verschwiegen worden sind.

Alle versicherten Leistungen sind durch einen Zahnarzt oder eine Zahnklinik zu erbringen.

Zur Beurteilung des Schadensfalls behält sich der Versicherer das Recht vor, mithilfe der Betriebszentrale weitere ärztliche Dokumentation oder die Befunde von Gerätediagnostik einzufordern, falls diese für notwendig erachtet werden.

Der Versicherer hat stets die Möglichkeit, für die eingehende Beurteilung des Schadensfalls oder die Überprüfung der Stichhaltigkeit der Unterlagen auch die Vorlage der zugesandten Dokumentation im Original zu verlangen.

Art. 87 - Rückerstattung fälschlich gezahlter Summen

Bei Genehmigung einer Direktzahlung wird der Versicherer, falls sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass die Police nicht gültig war oder dass Bedingungen oder Elemente vorlagen, welche Anwendbarkeit oder Wirksamkeit der Versicherung verhindern, dies dem Versicherten schriftlich mitteilen, der daraufhin alle vom Versicherer fälschlicherweise an die Krankenhauseinrichtung gezahlten Beträge zurückzuerstatten, falls die Zahlungen bereits vom Versicherer an die Vertragseinrichtung bzw. den Vertragsarzt geleistet worden sind, bzw. er hat andernfalls selbst für diese aufzukommen.

Falls der Versicherte diesem nicht innerhalb der genannten Fristen nachkommt, behält sich der Versicherer das Recht vor, gerichtlich gegen ihn vorzugehen, um die Rückerstattung der ohne bestehende Berechtigung erfolgten Zahlungen zu bewirken.

Art. 88 - Dokumentation zur Einsendung im Schadensfall

Nachstehend werden die Unterlagen beschrieben, die im Schadensfall für die jeweilige Deckung einzusenden sind, die aus dem gewählten, in der Police angegebenen Versicherungsplan ersichtlich wird.

Deckungen für Krankenhausleistungen

1. Tagegeld

Nach Abschluss der Behandlung erkennt der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge zu, nachdem folgende Unterlagen in Fotokopie eingereicht wurden:

- komplette Krankenakte und Entlassungsbrief im Falle von Stationärer Aufnahme mit oder ohne Operation auch in der Form von Tagesklinik / Tageschirurgie;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten entweder über den eigenen geschützten Website-Bereich, die hierfür bestimmte App der Betriebszentrale oder die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it einzusenden.

Die Leistungen bei Stationärer Aufnahme ohne Operation und ohne ärztliches Attest für Fälle, die nicht durch die klinische Situation eines Akutfalles gerechtfertigt sind („Unnötige Stationäre Aufnahme“) werden ausschließlich im Rahmen der anderen medizinischen Leistungen erstattet, falls diese vom erworbenen Versicherungsplan abgedeckt werden.

2. Surgical Cash

Der Versicherte kann:

- beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung bei der Betriebszentrale auswählt (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein);
- die Erstattung von in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen getragenen Kosten beantragen.

2.1 Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Die Direktzahlung erfolgt unter der Bedingung, dass der Versicherte Vertragseinrichtungen bei der Betriebszentrale (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein) in Anspruch nimmt und dass er bei letzterer die Genehmigung der Direktzahlung mindestens zwei Werktage im Voraus beantragt hat; andernfalls ist dieser Service nicht verfügbar.

Von der Voranmeldung kann allein bei Notfällen abgesehen werden.

Der Versicherte hat die vom Hausarzt oder Facharzt ausgefüllte Überweisung, die folgende Angaben zu enthalten hat, an die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden:

- Vor- und Nachname des Versicherten, der die Leistung in Anspruch nehmen soll;
- diagnostizierte oder vermutete Krankheit mit Angabe des Datums des Krankheitsbeginns;
- Stationäre Aufnahme mit Operation, Tageschirurgie oder Ambulante Operation: Art der erforderlichen Operation;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).



Zu Lasten des Versicherten verbleiben der Betrag, der ggf. die von der Zuteilungskategorie der Operation vorgesehene Entschädigung laut Anhang 2 „Einteilung der Operationen in Kategorien“ übersteigt, sowie Leistungen, die nicht vom Versicherungsplan garantiert werden und von der Betriebszentrale nicht genehmigt worden sind.

2.2. Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)

Nach Abschluss der Behandlung erstattet der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge, nachdem folgende Unterlagen in Fotokopie eingereicht wurden:

- komplette Krankenakte und Entlassungsbrief im Falle von Stationärer Aufnahme mit oder ohne Operation auch in der Form von Tageschirurgie;
- detaillierter fachärztlicher Befund, mit dem die Art der Erkrankung und die erbrachte Leistung im Falle einer ambulant durchgeführten Operation attestiert werden;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten an die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

3. Erstattung von Behandlungskosten

Der Versicherte kann:

- beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung bei der Betriebszentrale auswählt (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein);
- die Erstattung von bei nicht vertraglich gebundenen Einrichtungen getragenen Kosten beantragen.

3.1. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Die Direktzahlung erfolgt unter der Bedingung, dass der Versicherte Vertragseinrichtungen bei der Betriebszentrale (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein) in Anspruch nimmt und dass er bei letzterer die Genehmigung der Direktzahlung mindestens zwei Werktage im Voraus beantragt hat; andernfalls ist dieser Service nicht verfügbar.

Von der Voranmeldung kann allein bei Notfällen abgesehen werden.

Der Versicherte hat die vom Hausarzt oder Facharzt ausgefüllte Überweisung, die folgende Angaben zu enthalten hat, an die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden:

- Vor- und Nachname des Versicherten, der die Leistung in Anspruch nehmen soll;
- diagnostizierte oder vermutete Krankheit mit Angabe des Datums des Krankheitsbeginns;
- Stationäre Aufnahme mit Operation, Tageschirurgie oder Ambulante Operation: Art der erforderlichen Operation;
- Stationäre Aufnahme ohne Operation oder Tagesklinik: zwecks Diagnose oder Behandlung;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Zu Lasten des Versicherten verbleiben jene Summen, die die Höchstbeträge übersteigen, etwaige von der Police vorgesehene Selbstbehalte/Selbstbeteiligungen sowie Leistungen, die von der gewählten Option nicht abgedeckt werden.

Die Leistungen bei Stationärer Aufnahme ohne Operation und ohne ärztliches Attest für Fälle, die nicht durch die klinische Situation eines Akutfalls gerechtfertigt sind („Unnötige Stationäre Aufnahme“), werden ausschließlich im Rahmen der anderen medizinischen Leistungen erstattet.

3.2. Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)

Nach Abschluss der Behandlung erstattet der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge, nachdem die ordnungsgemäß quitierten Rechnungen oder Ausgabenbelege in Fotokopie eingereicht worden sind samt:

- Kompletter Krankenakte und Entlassungsbrief im Falle von Stationärer Aufnahme mit oder ohne Operation auch in der Form von Tagesklinik / Tageschirurgie;
- detaillierter fachärztlicher Befund, mit dem die Art der Erkrankung und die erbrachte Leistung im Falle einer ambulant durchgeführten Operation attestiert werden;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten an die E-Mail-Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

Deckungen anderer medizinischer Leistungen

4. „Gerätediagnostik“, „fachärztliche Untersuchungen“ und „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“

Der Versicherte kann:

- beim Versicherer anfordern, die Kosten direkt zu übernehmen, indem er eine Vertragseinrichtung bei der Betriebszentrale auswählt (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein);
- die Erstattung von in nicht vertraglich angeschlossenen Einrichtungen getragenen Kosten beantragen.



4.1. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Die Direktzahlung erfolgt unter der Bedingung, dass der Versicherte Vertragseinrichtungen bei der Betriebszentrale (Krankenhauseinrichtung und Arzt müssen beide vertraglich gebunden sein) in Anspruch nimmt und dass er bei letzterer die Genehmigung der Direktzahlung mindestens zwei Werktage im Voraus beantragt hat; andernfalls ist dieser Service nicht verfügbar.

Von der Voranmeldung kann allein bei Notfällen abgesehen werden.

Der Versicherte hat die vom Hausarzt oder Facharzt ausgefüllte Überweisung, die folgende Angaben zu enthalten hat, an die E-Mail-Adresse sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden:

- Vor- und Nachname des Versicherten, der die Leistung in Anspruch nehmen soll;
- diagnostizierte oder vermutete Krankheit mit Angabe des Datums des Krankheitsbeginns;
- Art der Leistung (z.B. Orthopädische Untersuchung, Ultraschall des Abdomens usw.);
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall oder die Krankheit objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

Zu Lasten des Versicherten verbleiben Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen oder die Höchstbeträge übersteigende Summen.

4.2 Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)

Nach Abschluss der Behandlung erstattet der Versicherer dem Versicherten die laut Police geschuldeten Beträge, nachdem die ordnungsgemäß quittierten Rechnungen oder Ausgabenbelege in Fotokopie eingereicht worden sind samt:

- vom Hausarzt oder Facharzt ausgestellte Überweisung, auf der die Art der Leistung, die diagnostizierte oder vermutete Krankheit und das Datum des Auftretens angegeben sind; allein für fachärztliche Untersuchungen darf anstelle der Überweisung der Befund des Facharztes eingereicht werden;
- in der Notaufnahme erstellter Befund oder andere Unterlagen, die den erlittenen Unfall objektiv dokumentieren (z.B. Röntgenaufnahme, klinische Befunde usw.).

5. Dental

Der Versicherte kann:

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

5.1. Vertragseinrichtungen (Direktzahlung)

Der Versicherte ist verpflichtet, zunächst die Betriebszentrale unter der in Art. 75 angegebenen Telefonnummer zu kontaktieren und die Genehmigung der Direktzahlung anzufordern.

Die Betriebszentrale wird den Termin bei der Vertragseinrichtung für den Versicherten vereinbaren.

Bei der erstmaligen Aktivierung der Police hat der Zahnarzt ein Odontogramm anzufertigen, mit dem der Gesundheitszustand des Gebisses des Versicherten festgehalten wird.

Während der ersten Untersuchung wird der Versicherte ferner dazu aufgefordert, gemeinsam mit dem Zahnarzt ein Budget seiner zahnärztlichen Versorgung (BZV) für die Genehmigung der im Versicherungsplan enthaltenen Leistungen zu unterzeichnen. Nicht im Versicherungsplan enthaltene Leistungen werden direkt dem Versicherten berechnet.

Das Odontogramm und das BZV werden von der Vertragseinrichtung direkt an die Betriebszentrale übermittelt.

Falls aufgrund eines Unfalls eine Leistung notwendig wird, hat der Versicherte der Betriebszentrale den Befund der Notaufnahme oder andere Unterlagen zu übermitteln, in denen der erlittene Unfall dokumentiert wird (z.B. Panorama-Röntgenaufnahme, andere Röntgenbilder).

5.2 Nicht vertraglich angeschlossene Einrichtungen (Erstattung)

Nach Abschluss der Behandlung hat der Versicherte den Erstattungsantrag mit folgenden Anhängen einzusenden:

- vollständig - ggf. mit Unterstützung durch den Zahnarzt - ausgefülltes und vom Versicherten unterzeichnetes Erstattungsformular;
- Kopie der steuergültigen Rechnung mit Detailangabe der erbrachten Leistungen, deren Kosten und jeweiligem Ausführungsdatum;
- falls aufgrund eines Unfalls Leistungen notwendig werden, sind der Befund der Notaufnahme oder andere Unterlagen zu übermitteln, in denen der erlittene Unfall dokumentiert wird (z.B. Panorama-Röntgenaufnahme, andere Röntgenbilder).

Oben genannte Dokumentation ist vom Versicherten per E-Mail an die Adresse: sinistri.netinsurance@myassistance.it zu senden.

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

Die Zahlung der Entschädigung im Schadensfall wird vom Versicherer bei Empfang der gesamten, vollständigen Dokumentation zuerkannt und erfolgt, falls sich der Schadensfall im Untersuchungsverfahren als gemäß Police entschädigungsfähig ergibt.



ABSCHNITT 6 - BEISTAND FÜR PERSONEN

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

Die Organisation der Beistandsleistung mit nachstehend aufgeführten Einzelleistungen wurde vom Versicherer der Gesellschaft **Europ Assistance Italia S.p.A.** (nachstehend Europ Assistance) anvertraut.

Es steht dem Versicherer frei, ohne Veränderungen von Umfang und Grenzen des Beistands die Erbringung dieses Services einer anderen zugelassenen Gesellschaft anzuvertrauen. In diesem Fall wird dem Versicherungsnehmer die neue Servicegesellschaft mitgeteilt, ohne dass dies als Grund für eine Vertragskündigung herangezogen werden kann.

Die Beistandsleistungen folgen den Entwicklungen der vorliegenden Police, deren fester Bestandteil sie sind. Daher werden auch sie unwirksam, falls es zu einer Aufhebung, Annullierung oder einem anderen Wirkungsverlust der Police kommen sollte.

Der Beistand kann direkt vom Versicherten/Versicherungsnehmer oder einem Mitglied seiner Kernfamilie beantragt werden.

A. DECKUNG BEISTAND FÜR DIE PERSON

Art. 90 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer stellt ausschließlich über die Organisationsstruktur in den Fällen Unfall oder Krankheit versicherter Personen diesen den Service Beistand zur Verfügung, der folgende Einzelleistungen umfasst:

LEISTUNGEN

Die Leistungen können pro Typ höchstens dreimal im Laufe eines Versicherungsjahrs erbracht werden. Innerhalb der Grenzen der vorgesehenen Höchstbeträge werden die unter nachstehenden Artikeln aufgeführten Leistungen erbracht unter Ausschluss jener Kosten, die der Versicherte ohnehin hätte tragen müssen, die zu seinen Lasten verbleiben.

ÄRZTLICHE BERATUNG

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit eine telefonische ärztliche Beratung benötigt, kann er sich rund um die Uhr und sieben Tage die Woche mit den Ärzten der Organisationsstruktur in Verbindung setzen, die den gewünschten Rat erteilen.

Es wird darauf verwiesen, dass angesichts der Art und Weise der Leistungserbringung diese nicht als Diagnose gelten darf und ausschließlich auf Grundlage der vom Versicherten gegebenen Informationen erfolgt.

MYCLINIC

MyClinic Europ Assistance ist eine rund um die Uhr aktive digitale Serviceplattform für die medizinische Fernversorgung, die als MyClinic Europ Assistance bezeichnet wird und über Internet zugänglich ist.

Für den Zugang zur Plattform ist folgendermaßen vorzugehen:

Zunächst wird die Website <https://netinsurance.myclinic.europassistance.it> aufgerufen, wo anschließend der Zugriff auf den persönlichen Bereich mit den per E-Mail erhaltenen Login-Daten erfolgt.

Sie dürfen die Plattform nur verwenden, wenn Sie volljährig sind und ihre Nutzungsbedingungen akzeptieren.

Leistungen:

1. BEURTEILUNG VON SYMPTOMEN ÜBER DIE PLATTFORM MYCLINIC

Über den Zugang zu Ihrem persönlichem Bereich können Sie völlig eigenständig ein Programm für die Beurteilung Ihrer Symptome verwenden, das Hinweise zu den wahrscheinlichen Ursachen und dem in diesem Fall empfehlenswerten Verhalten erteilt. Im Anschluss an diese eigenständige Beurteilung der Symptome kann der Versicherte nähere Nachforschungen zu seinem Gesundheitszustand anstellen, indem er eine Ärztliche Beratung anfordert.

Das Ergebnis dieser eigenständigen Beurteilung ist keine Diagnose, daher dürfen Sie nie vergessen, dass für eine korrekte Beurteilung Ihres Gesundheitszustands immer ein Arzt hinzugezogen werden muss.

2. ÄRZTLICHE BERATUNG ÜBER DIE PLATTFORM MYCLINIC

Im Anschluss an die Beurteilung der Symptome können Sie zur genaueren Einschätzung Ihres Gesundheitszustands Ihren persönlichen Bereich aufrufen und rund um die Uhr eine ALLGEMEINMEDIZINISCHE BERATUNG bei den Ärzten der Organisationsstruktur per Telefon- oder Videogespräch anfordern. Ferner können Sie eine eigene Gesundheitsakte anlegen, um Ihre Daten während der ärztlichen Beratung zu teilen.

Vergessen Sie dabei nicht, dass auch die ärztliche Fernberatung keine Diagnose darstellt und dass für eine korrekte Beurteilung Ihres Gesundheitszustands immer ein Arzt aufgesucht werden sollte.

3. GESUNDHEITSAKTE ÜBER DIE PLATTFORM MYCLINIC

In Ihrem persönlichen Bereich auf der Website können Sie Ihre gesamte Anamnese sowie aktuelle Gesundheitsdaten archivieren, die Ergebnisse von Untersuchungen und Befunde anhängen, Messungen verschiedener Parameter (Blutdruck, Blutzucker, Herzfrequenz, Gewicht, Temperatur) speichern, deren Entwicklung nachverfolgen und eingenommene Medikamente hinzufügen.



Die Gesundheitsakte steht Ihnen in völliger Sicherheit und jederzeit zur eigenständigen Einsichtnahme bzw. zum Herunterladen der Daten zur Verfügung. Ferner können Sie eine eigene Gesundheitsakte anlegen, um Ihre Daten während der ärztlichen Beratung zu teilen.

4. GESUNDHEITSPASS ÜBER DIE PLATTFORM MYCLINIC

Falls sich bei der ärztlichen Beratung die Notwendigkeit ergibt, Ihre Daten an einen Facharzt im Ausland weiterzuleiten, können Sie ausgehend von der Gesundheitsakte einen Gesundheitspass erstellen, in dem automatisch Ihre Daten in eine der verfügbaren Sprachen übersetzt werden.

HAUSBESUCH EINES ALLGEMEINMEDIZINERS

(Nur für Italien gültige Leistung)

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit **zwischen 20 Uhr und 8 Uhr oder an Feiertagen** einen Hausbesuch benötigt und selbst keinen Arzt ausfindig machen kann, sorgt die Organisationsstruktur nach Prüfung der Notwendigkeit dieser Leistung für die Entsendung eines der Vertragsärzte und übernimmt die betreffenden Kosten.

Falls ein persönlicher Hausbesuch durch einen Vertragsarzt nicht möglich sein sollte, sorgt die Organisationsstruktur ersatzweise für die Überführung des Versicherten im Krankenwagen in die nächstgelegene, geeignete medizinische Einrichtung.

AUSKUNFT

(Von Montag bis Freitag von 9 Uhr bis 18 Uhr, außer an Feiertagen, bereitstehende Leistung)

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit Informationen über die medizinische Versorgung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst und/oder private Versorgungsträger benötigt, kann er sich telefonisch an die Organisationsstruktur wenden, die sämtliche Informationen bereitstellen wird hinsichtlich:

- den Ansprüchen unterschiedlicher Patientenkategorien (Freiberufler, Beamte und Beschäftigte der Privatwirtschaft, Rentner usw.);
- Standort der verschiedenen Einrichtungen der Lokalen Gesundheitsbehörden sowie der Krankenhauseinrichtungen;
- nationaler und internationaler medizinischer Einrichtungen mit etwaiger Fachrichtung;
- Ratschlägen für die Abwicklung von Anträgen, Beibringung von Unterlagen und zuständigen Stellen;
- der medizinischen Versorgung im Ausland, Gegenseitigkeitsabkommen mit EU- und Außer-EU-Ländern;
- Privatkliniken, Krankenhäusern, Notaufnahmen;
- Fachärzten;
- Arzneimitteln.

TRANSPORT IM KRANKENWAGEN

(Nur für Italien gültige Leistung)

Falls der Versicherte infolge eines - von der Organisationsstruktur festgestellten - Unfalls bzw. einer Krankheit einen Transport im Krankenwagen zur nächstgelegenen Krankenhauseinrichtung benötigt, wird dieser unter Kostenübernahme organisiert. Sollte gemäß geltender Gesetzgebung der öffentliche Rettungsdienst für den Transport zuständig sein, sorgt die Organisationsstruktur dafür, den Notruf an letztere zu übermitteln, um die Anforderung von deren Einsatz zu erleichtern.

ABHOLUNG VON DER NOTAUFNAHME

(Nur für Italien gültige Leistung)

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit nach seiner Aufnahme bei einer Notaufnahme einen Krankentransport benötigt, sorgt die Organisationsstruktur für die Entsendung eines Krankenwagens unter Übernahme der Kosten **bis zu einer Grenze von 300 km** Gesamtfahrstrecke (Hin-/Rückfahrt).

ÜBERFÜHRUNG IN EIN FACHKRANKENHAUS

(Nur für Italien gültige Leistung)

Sollte der - durch Kontakte zwischen den Ärzten der Organisationsstruktur und dem behandelnden Arzt nachgeprüfte - Zustand des Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Krankheit die Verlegung in ein Fachkrankenhaus erforderlich machen, da eine angemessene Behandlung im Rahmen der Krankenhausorganisation der Wohnregion nicht möglich ist, sorgt die Organisationsstruktur unter Übernahme der Kosten dafür:

- ein für die Behandlung der spezifischen Verletzungen oder Erkrankungen des Versicherten geeignetes Fachkrankenhaus ausfindig zu machen und dort ein Bett zu belegen;
- die Überführung des Versicherten mit dem für seinen Gesundheitszustand geeignetsten Transportmittel zu organisieren;
- den Versicherten während des Transports durch Arzt- oder Pflegepersonal betreuen zu lassen, falls dies von den Ärzten der Organisationsstruktur für notwendig befunden wird.

Unter die Leistungen gemäß diesem Artikel fallen nicht die Überführungen für Rehabilitationsbehandlungen oder Transporte, die zu einer Verletzung von nationalen oder internationalen Normen im medizinischen Bereich führen.

HEIMKEHR AUS DEM KRANKENHAUS

(Leistung mit Gültigkeit bei Entfernung von über 50 km vom Wohnort des Versicherten)



Falls der Versicherte bei der Entlassung aus der Krankenhauseinrichtung infolge eines stationären Aufenthalts wegen Unfall oder Krankheit nicht in der Lage ist, mit dem anfangs vorgesehenen Transportmittel an seinen Wohnort zurückzukehren, sorgt die Organisationsstruktur unter Übernahme der Kosten für den Transport mit dem für den Gesundheitszustand angemessenen Transportmittel. Falls dies von der Ärzten der Organisationsstruktur für notwendig befunden wird, umfasst der Transport auch die Betreuung durch Arzt- oder Pflegepersonal (eine Person).

HAUSBESUCH EINES PHYSIOTHERAPEUTEN

(Nur für Italien gültige Leistung)

Falls der Versicherte infolge von Traumata oder einfachen Frakturen und/oder für die grundlegende Herz-Kreislauf-Rehabilitation infolge eines Schadensfalls die Unterstützung durch einen Physiotherapeuten bei sich zuhause benötigt, sorgt die Organisationsstruktur dafür, unter Übernahme der Kosten die häusliche Betreuung des Versicherten durch einen Physiotherapeuten **bis zu einem Maximum von 10 Sitzungen pro Schadensfall** zu organisieren.

Etwaige darüber hinausgehende Leistungen werden direkt zwischen dem Versicherten und dem von der Organisationsstruktur entsendeten Physiotherapeuten zu den vergünstigten mit der Organisationsstruktur vereinbarten Bedingungen abgerechnet.

ENTSENDUNG EINER HAUSHALTSHILFE

(Nur für Italien gültige Leistung)

Sollte der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit nicht in der Lage sein, die wichtigsten Haushaltstätigkeiten zu verrichten, vermittelt die Organisationsstruktur in Vereinbarkeit mit dem vor Ort verfügbaren Personal den Namen einer Haushaltshilfe im Wohngebiet des Versicherten und übernimmt deren Bezahlung **bis maximal 10 Stunden pro Schadensfall**, zur Nutzung innerhalb von **maximal 5 Tagen**.

Etwaige darüber hinausgehende Leistungen werden direkt zwischen dem Versicherten und der von der Organisationsstruktur entsendeten Haushaltshilfe zu den vergünstigten mit der Struktur vereinbarten Bedingungen abgerechnet.

INTEGRIERTE HÄUSLICHE PFLEGE NACH STATIONÄREM KRANKENHAUSAUFENTHALT

(Nur für Italien gültige Leistung)

Sollte der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit, die einen stationären Krankenhausaufenthalt nach sich gezogen haben, eine Fortsetzung der Pflege in häuslicher Form entsprechend Verordnung durch den behandelnden Arzt benötigen, kann er sich an die Organisationsstruktur wenden. Die Vorgehensweise für Zugang zu und Erbringung dieser Dienstleistung wird, nach Prüfung von deren Notwendigkeit, von den Ärzten der Organisationsstruktur im Einvernehmen mit den behandelnden Ärzten des Versicherten festgelegt mit Einsatz eigenen Arzt- und Pflegepersonals über einen unteilbaren Zeitraum von **maximal 7 aufeinanderfolgenden Tagen** nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Um die Erbringung dieser Dienstleistung organisieren zu können, sind der Kontakt zum behandelnden Arzt und eine Voranmeldung bei der Organisationsstruktur von mindestens 48 Stunden erforderlich.

INTERNATIONALE ZWEITMEINUNG

Hierbei handelt es sich um eine Leistung, die für ein breites Spektrum von Erkrankungen die Einholung einer klinisch-diagnostischen Beurteilung in Fällen ermöglicht, in denen Zweifel hinsichtlich Diagnose und/oder Behandlung bestehen. Die Leistung wird von einem Netzwerk international renommierter Fachärzte und Klinikzentren erbracht. Die Leistung setzt einen ersten klinischen Ansatz durch den behandelnden Arzt voraus, demzufolge die Notwendigkeit besteht, die Meinung eines international anerkannten Spezialisten der betreffenden Fachrichtung einzuholen. Die Leistung wird von der Organisationsstruktur erbracht, die dafür sorgt, die zuvor vom Versicherten eingesandten klinisch-diagnostischen Daten an internationale Experten zu übermitteln.

Für kompliziertere klinische Fälle kann die Organisationsstruktur eine Echtzeit-Beratung zwischen internationalen Spezialisten, den Ärzten der Organisationsstruktur und den behandelnden Ärzten des Versicherten organisieren.

Leistungserbringung

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit, für die bereits eine Diagnose erstellt oder ein Behandlungsansatz gewählt worden ist, eine Vertiefung oder eine zweite klinisch-diagnostische Beurteilung wünscht, kann er sich an die Organisationsstruktur wenden, die im Anschluss an den telefonischen Kontakt mit dem Versicherten diesem die Möglichkeit bieten wird, die benötigte fachärztliche Beratung nebst Erteilung einer ärztlichen Zweitmeinung zu erhalten, indem auf die Erfahrung qualifizierter medizinischer Zentren zurückgegriffen wird. Die Ärzte der Organisationsstruktur beurteilen die Anforderung des Versicherten, nehmen gemeinsam mit ihm eine Einordnung des Falls vor, indem sie sich ggf. mit den behandelnden Ärzten in Verbindung setzen, holen die erforderlichen klinischen und diagnostischen Unterlagen ein und erarbeiten die Fragestellung, welche anschließend den Fachärzten unterbreitet wird. Alle klinischen Daten werden an das angesprochene internationale medizinische Zentrum übermittelt. Nach Vornahme der geeigneten klinischen und diagnostischen Erwägungen und Einholung der fachärztlichen Meinungen formuliert das angesprochene internationale medizinische Zentrum rasch eine schriftliche Antwort, die zurück an die Organisationsstruktur gesandt wird, welche sie weiter an den Versicherten übermittelt und diesen ggf. bei der Auslegung unterstützt.

Verpflichtungen des Versicherten

Der Versicherte hat sich telefonisch bei der Organisationsstruktur zu melden, um den klinischen Fall zu erklären, für den die Zweitmeinung angefordert wird.



Art. 91 - AUSSCHLÜSSE

Ausgeschlossen sind Leistungen infolge von:

- a. Unfällen, Krankheiten, Fehlbildungen, körperlichen Defekten und Erkrankungszuständen, die vor Vertragsabschluss diagnostiziert worden sind;
- b. Beteiligung des Versicherten an Vorsatzdelikten;
- c. Erkrankungszuständen in Verbindung mit HIV-Infektion;
- d. Psychischen Krankheiten und Störungen allgemein, einschließlich hirnorganischen Psychosyndroms, schizophrenen und paranoiden Störungen, manisch-depressiven Formen und deren Folgen/Komplikationen;
- e. Unfällen und Krankheiten, die auf Missbrauch bzw. nichttherapeutische Anwendung von Alkohol, Halluzinogenen, Psychopharmaka oder Drogen zurückzuführen sind;
- f. freiwilligem Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische Indikation;
- g. Unfällen infolge strafbarer Handlungen des Versicherten; abgedeckt sind hingegen Unfälle, die aufgrund von - ggf. auch grober - Unvorsichtigkeit oder Nachlässigkeit des Versicherten erlitten werden;
- h. Unfällen, die auf Flugsport und die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen sowie deren Testläufen und Trainings zurückzuführen sind, es sei denn, es handle sich um Gleichmäßigkeitsprüfungen;
- i. Unfällen, die auf Aktivitäten zurückzuführen sind oder durch diese verursacht werden, bei denen Schusswaffen zum Einsatz kommen;
- j. Kriegen und Aufständen, Erdbeben, Vulkanausbrüchen und Überschwemmungen;
- k. natürlich auftretenden oder künstlich erzeugten Umwandlungen oder Energieausgleichen des Atoms, Beschleunigung von Elementarteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.);
- l. Aufenthalt in Thermalkurhäusern, spezialisierten Kurheimen für Nervenleiden und Tuberkuloseerkrankungen, in Wohn- und Genesungsheimen, Altersheimen (auch wenn diese als Krankenhauseinrichtungen gelten);
- m. ferner alles, was nicht ausdrücklich unter den Einzelleistungen aufgeführt ist.

Art. 92 - Wie der Beistand für die Person aktiviert wird

Zur Inanspruchnahme der oben aufgeführten einzelnen Beistandsleistungen kann sich der Versicherte unter folgenden Rufnummern an die Organisationsstruktur mit 24/7-Bereitschaft wenden:

- in Italien unter der Rufnummer: 800 542 009
- aus dem Ausland unter der Nummer: +39.02.58.28.65.49
- Besteht keine Möglichkeit für einen telefonischen Kontakt, senden Sie bitte ein Telegramm oder ein Einschreiben an:
EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Via del Mulino 4
20057 Assago (MI)
- oder ein Fax an die Nummer: +39.02.58.47.72.01

Auf jeden Fall hat der Versicherte genau anzugeben:

1. Die Art der benötigten Beistandsleistung
2. Nach- und Vorname
3. Die Nummer der Police, der das Kürzel NIPT vorauszugehen hat
4. Anschrift seines momentanen Aufenthaltsortes
5. Eine Telefonnummer, über welche sich die Organisationsstruktur im Verlauf der Beistandsleistung an ihn wenden kann.

VERPFLICHTUNGEN DES VERSICHERTEN IM SCHADENSFALL

Im Schadensfall hat der Versicherte umgehend Kontakt zur Organisationsstruktur aufzunehmen, es sei denn dies ist ihm objektiv und nachweisbar nicht möglich. In diesem Fall hat der Versicherte die Organisationsstruktur zu kontaktieren, sobald es ihm möglich ist und auf jeden Fall, bevor er selbst eigene Initiativen ergreift.

Für die Leistung HÄUSLICHE PFLEGE hat sich der Versicherte im Schadensfall mindestens 48 Stunden vor Aktivierung der angeforderten Dienste an die Organisationsstruktur zu wenden.

Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den Verlust des Leistungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Die Organisationsstruktur kann vom Versicherten jede weitere zur Durchführung der Beistandsleistung für erforderlich gehaltene Dokumentation verlangen, und dieser ist zur vollständigen Beibringung verpflichtet. Auf jeden Fall sind der Organisationsstruktur die ORIGINALE (nicht Fotokopien) aller Ausgabenbelege, Rechnungen und Quittungen zuzusenden.

Der Eingriff ist stets bei der Organisationsstruktur zu beantragen, die entweder direkt tätig wird oder die Durchführung ausdrücklich genehmigen muss.



ABSCHNITT 7 - REISEBEISTAND

Die nachstehend aufgeführten Leistungen gelten nur, wenn in der Police die Deckung A. REISEBEISTAND TRAVEL genannt ist, die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde und der Versicherte sich auf Dienstreise befindet.

Die Organisation des Beistands mit nachstehend aufgeführten Einzelleistungen wurde vom Versicherer der Gesellschaft **Europ Assistance Italia S.p.A.** anvertraut. (**Europ Assistance**).

Es steht dem Versicherer frei, ohne Veränderungen von Umfang und Grenzen des Beistands die Erbringung dieses Services einer anderen zugelassenen Gesellschaft anzuvertrauen. In diesem Fall wird dem Versicherungsnehmer die neue Servicegesellschaft mitgeteilt, ohne dass dies als Grund für eine Vertragskündigung herangezogen werden kann.

Die Beistandsleistungen folgen den Entwicklungen der vorliegenden Police, deren fester Bestandteil sie sind. Daher werden auch sie unwirksam, falls es zu einer Aufhebung, Annullierung oder einem anderen Wirkungsverlust der Police kommen sollte.

Die unter dem Absatz Leistungen aufgelisteten Beistandsleistungen, zu deren Erbringung über die Organisationsstruktur sich Europ Assistance für den Fall verpflichtet, dass der Versicherte infolge von im Verlauf der Reise auftretenden Schadensfällen in Schwierigkeiten gerät, werden pro Typ bis zu dreimal während der Laufzeit der Police erbracht.

Europ Assistance garantiert Eingreifen und Erbringung der Leistungen im Falle von Terroranschlägen, die den Versicherten direkt betreffen, vorausgesetzt dass dieser sich nicht in einem Gebiet befindet, in dem politische und militärische Geschehnisse oder Maßnahmen der Behörden Europ Assistance daran hindern, die vorgesehenen Leistungen in vollem Maße zu erbringen.

Sollte die Gefahr bestehen, dass die eigenen Mitarbeiter Situationen ausgesetzt werden, in denen es entweder zu schweren körperlichen Schäden oder zur Verletzung von Gesetzen und/oder Verordnungen kommen kann, haftet Europ Assistance nicht im Falle jeglicher Nichterfüllung bei der Leistungserbringung.

Sollte ein Ereignis mehrere mit derselben Police oder mit unterschiedlichen, vom Versicherten abgeschlossenen Policen versicherte Personen betreffen, kann der Gesamtbetrag - Katastrophengrenze - zu Lasten des Versicherers vereint mit den Deckungen laut vorliegendem Abschnitt 6 - Reisebeistand Travel und nachstehendem Abschnitt 7 - Reisebeistand Travel Gold die Obergrenze von € 5.000.000,00 pro Ereignis nicht überschreiten.

Sollten die Kosten laut Deckung unter Abschnitt 6 und 7 die oben genannten Beträge überschreiten, werden die jedem am Schadensfall beteiligten Versicherten zustehenden Entschädigungen proportional reduziert und den jeweils vorgesehenen Höchstbeträgen zugeteilt, sodass am Ende die Summe sämtlicher Entschädigungen/Erstattungen/übernommenen Kosten die genannte Katastrophengrenze nicht überschreitet.

Glossar

Reise: geschäftliche/dienstliche Fahrten/Flüge des Versicherten. Bei Flug-, Zug-, Bus- oder Schiffsreisen ist darunter der Weg vom Ausgangs- zum Ankunftspunkt (Flug- oder Seehafen, Bus- bzw. Zugbahnhof) der Reise in Italien zu verstehen. Bei Reisen im Pkw oder mit anderen Verkehrsmitteln als Schiff, Flugzeug oder Bus, ist jede Ortschaft in mehr als 50 km Entfernung vom Wohnort des Versicherten in Italien gemeint.

Gültigkeitsgebiet: Die Versicherung gilt für alle Länder der Welt **unter Ausschluss folgender geografischer Gebiete:** Afghanistan, Antarktis, Kokosinseln, Südgeorgien, Heard und McDonaldinseln, Bouvetinsel, Weihnachtsinsel, Pitcairnsinseln, Chagos-Archipel, Falklandinseln, Marshallinseln, Kleinere Amerikanische Überseeinseln, Salomonen, Wallis und Futuna, Kiribati, Mikronesien, Nauru, Niue, Palau, Westsahara, Samoa, St. Helena, Somalia, Französische Süd- und Antarktisgebiete, Westtimor, Osttimor, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

A. DECKUNG BEISTAND WÄHREND DER REISE

Art. 93 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer garantiert dem Versicherten im Falle von Unfall oder Krankheit folgende Beistandsleistungen, vorausgesetzt dass diese in der Police aufgeführt sind und die betreffende Prämie entrichtet worden ist:

LEISTUNGEN

Die Leistungen können pro Typ höchstens dreimal im Laufe eines Versicherungsjahrs erbracht werden. Innerhalb der Grenzen der vorgesehenen Höchstbeträge werden die unter nachstehenden Artikeln aufgeführten Leistungen erbracht unter Ausschluss jener Kosten, die der Versicherte ohnehin hätte tragen müssen, die zu seinen Lasten verbleiben.

1. EMPFEHLUNG EINES FACHARZTES IM AUSLAND

Sollte der Versicherte im Anschluss an die erfolgte Ärztliche Beratung eine fachärztliche Untersuchung benötigen, wird ihm die Organisationsstruktur - in Vereinbarkeit mit der Verfügbarkeit vor Ort - den Namen des nächstgelegenen Facharztes nennen.



2. KRANKENRÜCKTRANSPORT

Falls der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit nach Ermessen der Ärzte der Organisationsstruktur und in Absprache mit dem behandelnden Arzt vor Ort einen Transport in eine Krankenhauseinrichtung in Italien oder an seinen Wohnort benötigt, wird Europ Assistance mit Übernahme der Kosten für die Organisation seiner Rückreise mit den Transportmitteln sorgen, die von den Ärzten der Organisationsstruktur in Absprache mit dem behandelnden Arzt vor Ort für geeignet gehalten werden.

Dabei kann es sich um Folgende handeln:

- Rettungsflugzeug;
- Linienflug in Economy Class, erforderlichenfalls mit Platz für Krankenliege;
- Zug erster Klasse und ggf. Schlafwagen;
- Krankenwagen (ohne Kilometerbegrenzung).

Der Krankenrücktransport aus außereuropäischen Ländern erfolgt ausschließlich mit Linienflug in Economy Class.

Für die Rückkehr aus Ländern des Mittelmeerraums kann abweichend von obiger Bestimmung auch das Rettungsflugzeug verwendet werden.

Der Transport wird gänzlich von der Organisationsstruktur organisiert und umfasst die Versorgung durch Arzt oder Pflegekräfte während der Reise, falls die Ärzte der Organisationsstruktur dies für erforderlich halten.

Der Organisationsstruktur steht es frei, beim Versicherten das ggf. nicht verwendete Rückreiseticket einzufordern. Bei Ableben des Versicherten organisiert die Organisationsstruktur den Rücktransport des Leichnams bis zur Beerdigungsstätte im Heimatland mit Kostenübernahme durch Europ Assistance.

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind:

- Beeinträchtigungen oder Läsionen, die nach Urteil der Ärzte der Organisationsstruktur vor Ort behandelt werden können bzw. den Versicherten nicht an der Fortsetzung der Reise hindern;
- Infektionskrankheiten, falls der Transport zu einer Verletzung von nationalen oder internationalen Normen im medizinischen Bereich führen würde;
- Ausgaben für die Bestattungsfeierlichkeiten, die Personenfahndung und/oder etwaige Bergung des Leichnams sowie alle Ausgaben, die sich nicht auf deren Transport beziehen;
- alle Fälle, in denen der Versicherte oder dessen Angehörige entgegen der Empfehlung der Ärzte der Krankenhauseinrichtung, in welcher der Versicherte stationär untergebracht ist, die Haftungsübernahme für die vorzeitige Entlassung unterzeichnet haben.

3. VERLEGUNG IN GEEIGNETES FACHKRANKENHAUS

Sollte der Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Krankheit an einer Erkrankung leiden, die auf Grundlage objektiver, von den Ärzten der Organisationsstruktur festgestellter Merkmale in der Krankenhauseinrichtung, in welche der Versicherte eingewiesen wurde, nicht angemessen behandelt werden kann, sorgt die Organisationsstruktur nach Prüfung des klinischen Zustands und in Absprache mit dem behandelnden Arzt für seine Verlegung in das nächstgelegene geeignete Fachkrankenhaus mit den von den Ärzten der Organisationsstruktur für geeignet erachteten Verkehrsmitteln und zum von diesen entschiedenen Zeitpunkt.

Dabei kann es sich um Folgende handeln:

- Rettungsflugzeug;
- Linienflug in Economy Class, erforderlichenfalls mit Platz für Krankenliege;
- Zug erster Klasse und ggf. Schlafwagen;
- Krankenwagen (ohne Kilometerbegrenzung).

Der Transport wird gänzlich von der Organisationsstruktur organisiert und umfasst die Versorgung durch Arzt oder Pflegekräfte während der Reise, falls die Ärzte der Organisationsstruktur dies für erforderlich halten.

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind:

- Beeinträchtigungen oder Läsionen, die nach Urteil der Ärzte der Organisationsstruktur vor Ort behandelt werden können;
- Infektionskrankheiten, falls der Transport zu einer Verletzung von nationalen oder internationalen Normen im medizinischen Bereich führen würde;
- alle Fälle, in denen der Versicherte oder dessen Angehörige entgegen der Empfehlung der Ärzte der Krankenhauseinrichtung, in welcher der Versicherte stationär untergebracht ist, die Haftungsübernahme für die vorzeitige Entlassung unterzeichnet haben;
- alle vom Versicherten getragenen Ausgaben, falls dieser die erfolgte Krankenhauseinweisung oder Behandlung in der Notaufnahme nicht direkt oder über Dritte bei Europ Assistance gemeldet hat;
- die Ausgaben für Behandlung oder Behebung körperlicher Defekte oder angeborener Fehlbildungen, für



Anwendungen ästhetischer Art, für Pflege, Krankengymnastik, Thermal- oder Abmagerungskuren, Zahnbehandlungen (mit Ausnahme der oben angegebenen Behandlungen infolge von Unfällen).

Keine Leistung erfolgt bei Beeinträchtigungen, die nach Ermessen der Ärzte bei der Krankenhauseinrichtung in der Wohnregion des Versicherten behandelt werden können, bei Reha-Behandlungen sowie bei Infektionskrankheiten, falls der Transport eine Verletzung nationaler oder internationaler Normen im Gesundheitsbereich mit sich bringen würde.

4. HEIMREISE MIT EINEM VERSICHERTEN BEGLEITER

Falls im Rahmen der Leistung Krankenrücktransport (siehe Leistung 2) nach Ermessen der Ärzte der Organisationsstruktur auf der Rückreise zum Wohnort oder zu einer Krankenhauseinrichtung in Italien keine medizinische Versorgung des Versicherten erforderlich ist, jedoch ein versicherter Mitreisender ihn begleiten möchte, sorgt die Organisationsstruktur dafür, dass dieser mit demselben vom Versicherten verwendeten Verkehrsmittel reisen kann.

Der Organisationsstruktur steht es frei, das ggf. nicht für die Heimreise des Begleiters verwendete Rückreiseflightticket einzufordern.

Höchstbetrag: Der Versicherer übernimmt die Kosten:

- bis zum Höchstbetrag von Euro 200,00 pro versicherter Person, wenn die Rückreise in Italien erfolgt;
- bis zum Höchstbetrag von Euro 400,00 pro versicherter Person, wenn die Rückreise aus dem Ausland erfolgt;

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind die Ausgaben für den Aufenthalt des Reisebegleiters.

5. RÜCKREISE DER ANDEREN VERSICHERTEN

Falls im Anschluss an die Leistung Krankenrücktransport (siehe Leistung 2) die gemeinsam mit dem Versicherten reisenden, weiteren versicherten Personen objektiv nicht in der Lage sind, mit den anfänglich vorgesehenen und/oder benutzten Verkehrsmitteln zu ihrem Wohnort zurückzureisen, stellt die Organisationsstruktur diesen ein Zugticket erster Klasse oder ein Flugticket in Economy Class zu Verfügung.

Europ Assistance steht es frei, das ggf. nicht verwendete Rückreiseflightticket einzufordern.

Höchstbetrag: Der Versicherer übernimmt die Kosten für Tickets:

- bis zum Höchstbetrag von Euro 200,00 pro versicherter Person, wenn die Rückreise in Italien erfolgt;
- bis zum Höchstbetrag von Euro 400,00 pro versicherter Person, wenn die Rückreise aus dem Ausland erfolgt;

6. ANREISE EINES ANGEHÖRIGEN

Falls der Versicherte länger als 7 Tage in eine Krankenhauseinrichtung eingewiesen wird, stellt Europ Assistance auf eigene Kosten ein Zugticket erster Klasse oder ein Flugticket in Economy für die Hin- und Rückreise einer von diesem bestimmten, in Italien wohnhaften Person zur Verfügung.

Die Organisationsstruktur sorgt ferner für die Reservierung eines Hotels vor Ort für die Person, die von dem im Krankenhaus eingewiesenen Versicherten genannt wurde.

Höchstbetrag: Der Versicherer übernimmt die Hotelkosten (Übernachtung und Frühstück) bis zum Maximalbetrag von Euro 250,00.

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind die anderen Hotelkosten außer Übernachtung und Frühstück.

7. RÜCKREISE DES GENESENEN VERSICHERTEN

Falls der Versicherte aufgrund eines Krankenhausaufenthalts nicht in der Lage sein sollte, mit dem ursprünglich vorgesehenen Verkehrsmittel zu seinem Wohnort zurückzureisen, besorgt Europ Assistance mit Übernahme der Kosten ein Zugticket erster Klasse oder ein Flugticket in Economy Class.

8. DOLMETSCHER IM AUSLAND

Sollte der Versicherte im Ausland in eine Krankenhauseinrichtung eingewiesen werden und aufgrund mangelnder Kenntnis der lokalen Sprache Verständigungsschwierigkeiten mit den Ärzten haben, stellt die Organisationsstruktur einen Dolmetscher zur Verfügung.

Höchstbetrag: Der Versicherer übernimmt die Dolmetscherkosten für maximal 8 Arbeitsstunden.

Art. 94 – Ausschlüsse mit Gültigkeit für alle Leistungen

Ausgeschlossen sind Schadensfälle durch oder wegen:

- Auto-, Motorrad- oder Motorbootrennen sowie damit verbundene Probeläufe und Training;
- Überschwemmungen, Sturmfluten, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Witterungsereignisse mit Eigenschaft von Naturkatastrophen, Unfälle mit Umwandlung des Atomkerns, Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen hervorgerufen wird;
- Krieg, Streik, Revolution, Aufstände oder Aufruhr, Unruhen, Plünderung, Vandalismus;
- Vorsatz des Versicherten oder grobe Fahrlässigkeit;
- psychischer Krankheiten und Störungen allgemein, einschließlich hirnorganischen Psychosyndroms,



- schizophrenen und paranoiden Störungen, manisch-depressiven Formen und deren Folgen/Komplikationen;
- f. Erkrankungen, die von einer Schwangerschaft nach der 26. Schwangerschaftswoche und vom Wochenbett abhängig sind;
- g. chronischer Erkrankungen;
- h. Krankheiten/Unfällen, die bereits bei der Abreise vorhanden waren;
- i. Organspende und/oder -transplantation, wobei auf jeden Fall jede Reise ausgeschlossen ist, die zum Zwecke von medizinisch-chirurgischen Untersuchungen und/oder Behandlungen unternommen wurde;
- j. Krankheiten und Unfällen infolge oder aufgrund von Missbrauch von Alkohol, Psychopharmaka, Drogen und Halluzinogenen;
- k. Selbstmordversuch oder Selbstmord;
- l. Profisport bzw. nicht auf Amateurebene betriebener Sport (einschl. Wettkämpfe, Testläufe und Training);
- m. Führen und Benutzen von Flugdrachen und anderen Ultraleichtflugzeugen; Fallschirmspringen; Ballonfahrten; Paragliding und vergleichbare Flugmittel; Flugsport im Allgemeinen; Bobsport; Skeleton; Skiakrobatik; Schanzensprünge mit Skiern oder Wasserskiern; Alpinismus mit Felsklettern oder Gletscherbegehung; Freeclimbing; Kitesurfen; Tauchen mit unabhängigem Tauchgerät; Sport mit Einsatz von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen; Boxen; Ringen in verschiedener Form; Kampfsport im Allgemeinen; Schwerathletik; Rugby; American Football; Höhlenforschung; mutwillige Handlungen. Für den Bobsport, das Kitesurfen und Tauchen mit unabhängigem Tauchgerät ist der oben genannte Ausschluss nicht wirksam, wenn es sich um rein freizeitliche und gelegentliche Aktivitäten handelt.
- n. Teilnahme an Wettkämpfen/Rennen, bei denen es zu extremem und waghalsigem Verhalten kommt, einschließlich Laufsportwettkämpfe;
- o. sämtliche berufliche Tätigkeiten, bei denen Minen, Waffen und/oder Gefahrstoffe verwendet, Bergwerke, Gruben und/oder Ausgrabungsstätten betreten werden, bzw. die Abbau- und Fördertätigkeit an Land und im Meer umfassen;
- p. alles, was nicht ausdrücklich unter den Einzelleistungen genannt ist;
- q. Epidemien oder Pandemien gemäß Erklärung der Weltgesundheitsorganisation. Die Leistungen werden ferner nicht erbracht in Ländern, die sich im erklärten oder faktischen Kriegszustand befinden. Als solche gelten die Länder, die auf der Website <https://www.europassistance.it/paesi-in-stato-di-belligeranza> aufgeführt sind, in denen ein Risikograd von 4.0 oder höher herrscht. Ebenso als Land mit erklärtem oder faktischem Kriegszustand, gelten Länder, deren Kriegszustand öffentlich bekannt gegeben worden ist. Die Leistungen werden ferner nicht erbracht in Ländern, in denen zum Zeitpunkt der Meldung des Schadensfalls und/oder der Anforderung von Beistand Volksunruhen herrschen.

Art. 95 - Wie der Reisebeistand Travel aktiviert wird

Zur Inanspruchnahme der oben aufgeführten einzelnen Beistandsleistungen kann sich der Versicherte unter folgenden Rufnummern an die Organisationsstruktur mit 24/7-Bereitschaft wenden:

- in Italien unter der Rufnummer: 800 542 009
- aus dem Ausland unter der Nummer: +39.02.58.28.65.49
- Besteht keine Möglichkeit für einen telefonischen Kontakt, senden Sie bitte ein Telegramm oder ein Einschreiben an:
EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Via del Mulino 4
20057 Assago (MI)
- oder ein Fax an die Nummer: +39.02.58.47.72.01

Auf jeden Fall hat der Versicherte genau anzugeben:

1. Die Art der benötigten Beistandsleistung
2. Nach- und Vorname
6. Die Nummer seiner Police, der das Kürzel **NILV** vorauszugehen hat
3. Anschrift seines momentanen Aufenthaltsortes
4. Eine Telefonnummer, über welche sich die Organisationsstruktur im Verlauf der Beistandsleistung an ihn wenden kann.

VERPFLICHTUNGEN DES VERSICHERTEN IM SCHADENSFALL

Im Schadensfall hat der Versicherte umgehend Kontakt zur Organisationsstruktur aufzunehmen, es sei denn dies ist ihm objektiv und nachweisbar nicht möglich. In diesem Fall hat der Versicherte die Organisationsstruktur zu kontaktieren, sobald es ihm möglich ist und auf jeden Fall, bevor er selbst eigene Initiativen ergreift.

Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den Verlust des Leistungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.



Die Organisationsstruktur kann vom Versicherten jede weitere zur Durchführung der Beistandsleistung für erforderlich gehaltene Dokumentation verlangen, und dieser ist zur vollständigen Beibringung verpflichtet. Auf jeden Fall sind der Organisationsstruktur die ORIGINALS (nicht Fotokopien) aller Ausgabenbelege, Rechnungen und Quittungen zuzusenden.

Der Eingriff ist stets bei der Organisationsstruktur zu beantragen, die entweder direkt tätig wird oder die Durchführung ausdrücklich genehmigen muss.

ABSCHNITT 8 - REISEBEISTAND TRAVEL GOLD

Die nachstehend aufgeführten Leistungen gelten nur, wenn in der Police die Deckung A. REISEBEISTAND TRAVEL GOLD genannt ist, die diesbezügliche Prämie entrichtet wurde und der Versicherte sich auf Dienstreise befindet.

Die Organisation des Beistands mit nachstehend aufgeführten Einzelleistungen wurde vom Versicherer der Gesellschaft Europ Assistance Italia S.p.A. anvertraut. (Europ Assistance).

Es steht dem Versicherer frei, ohne Veränderungen von Umfang und Grenzen des Beistands die Erbringung dieses Services einer anderen zugelassenen Gesellschaft anzuvertrauen. In diesem Fall wird dem Versicherungsnehmer die neue Servicegesellschaft mitgeteilt, ohne dass dies als Grund für eine Vertragskündigung herangezogen werden kann.

Die Beistandsleistungen folgen den Entwicklungen der vorliegenden Police, deren fester Bestandteil sie sind. Daher werden auch sie unwirksam, falls es zu einer Aufhebung, Annullierung oder einem anderen Wirkungsverlust der Police kommen sollte.

Die unter dem Absatz Leistungen aufgelisteten Beistandsleistungen, zu deren Erbringung über die Organisationsstruktur sich Europ Assistance für den Fall verpflichtet, dass der Versicherte infolge von im Verlauf der Reise auftretenden Schadensfällen in Schwierigkeiten gerät, werden pro Typ bis zu dreimal während der Laufzeit der Police erbracht.

Europ Assistance garantiert Eingreifen und Erbringung der Leistungen im Falle von Terroranschlägen, die den Versicherten direkt betreffen, vorausgesetzt dass dieser sich nicht in einem Gebiet befindet, in dem politische und militärische Geschehnisse oder Maßnahmen der Behörden Europ Assistance daran hindern, die vorgesehenen Leistungen in vollem Maße zu erbringen.

Sollte die Gefahr bestehen, dass die eigenen Mitarbeiter Situationen ausgesetzt werden, in denen es entweder zu schweren körperlichen Schäden oder zur Verletzung von Gesetzen und/oder Verordnungen kommen kann, haftet Europ Assistance nicht im Falle jeglicher Nichterfüllung bei der Leistungserbringung.

Sollte ein Ereignis, mehrere mit derselben Police oder mit unterschiedlichen, vom Versicherten abgeschlossenen Policen versicherte Personen betreffen, kann der Gesamtbetrag - Katastrophengrenze - zu Lasten des Versicherers vereint mit den Deckungen laut diesem Abschnitt 7 - Reisebeistand Travel Gold und vorigem Abschnitt 6 - Reisebeistand Travel die Obergrenze von € 5.000.000,00 pro Ereignis nicht überschreiten.

Sollten die Kosten laut Deckung unter Abschnitt 6 und 7 die oben genannten Beträge überschreiten, werden die jedem am Schadensfall beteiligten Versicherten zustehenden Entschädigungen proportional reduziert und den jeweils vorgesehenen Höchstbeträgen zugeteilt, sodass am Ende die Summe sämtlicher Entschädigungen/Erstattungen/übernommenen Kosten die genannte Katastrophengrenze nicht überschreitet.

Glossar

Fahrzeug: Pkw, Motorrad, Kleinkraftad entsprechend Definition der Straßenverkehrs- und Zulassungsordnung (unter Ausschluss von Kraftfahrzeugen anderer Klassen).

Reise: geschäftliche/dienstliche Fahrten/Flüge des Versicherten. Bei Flug-, Zug-, Bus- oder Schiffsreisen ist darunter der Weg vom Ausgangs- zum Ankunftspunkt (Flug- oder Seehafen, Bus- bzw. Zugbahnhof) der Reise in Italien zu verstehen. Bei Reisen im Pkw oder mit anderen Verkehrsmitteln als Schiff, Flugzeug oder Bus, ist jede Ortschaft in mehr als 50 km Entfernung vom Wohnort des Versicherten in Italien gemeint.

Gültigkeitsgebiet: Die Versicherung gilt für alle Länder der Welt unter Ausschluss folgender geografischer Gebiete: Afghanistan, Antarktis, Kokosinseln, Südgeorgien, Heard und McDonaldinseln, Bouvetinsel, Weihnachtsinsel, Pitcairnsinseln, Chagos-Archipel, Falklandinseln, Marshallinseln, Kleinere Amerikanische Überseeinseln, Salomonen, Wallis und Futuna, Kiribati, Mikronesien, Nauru, Niue, Palau, Westsahara, Samoa, St. Helena, Somalia, Französische Süd- und Antarktisgebiete, Westtimor, Osttimor, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

A. DECKUNG REISEBEISTAND GOLD

LEISTUNGEN

Die Leistungen können pro Typ höchstens dreimal im Laufe eines Versicherungsjahrs erbracht werden. Innerhalb der Grenzen der vorgesehenen Höchstbeträge werden die unter nachstehenden Artikeln aufgeführten Leistungen erbracht unter Ausschluss jener Kosten, die der Versicherte ohnehin hätte tragen müssen, die zu seinen Lasten verbleiben.



Art. 96 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer garantiert dem Versicherten im Schadensfall folgende Beistandsleistungen, vorausgesetzt dass diese in der Police aufgeführt sind und die betreffende Prämie entrichtet worden ist:

1. PANNENHILFE FÜR DAS FAHRZEUG ZUR ERREICHUNG DES AUSGANGSORTS DER DIENSTREISE IN ITALIEN (See- oder Flughafen, Bahnhof):

Sollte das Fahrzeug aufgrund von Panne, Unfall, Brand, partiellem Diebstahl, Verlust und/oder Bruch der Schlüssel, Reifenpanne, Batteriepanne oder allgemein Störungen beim Anlassen auf der Anfahrsstrecke zum Abfahrtsort der Reise oder des Aufenthalts liegen bleiben, kann der Versicherte die Organisationsstruktur telefonisch verständigen und die Entsendung der Pannenhilfe anfordern, die:

- das Fahrzeug vom Ort der Panne zur nächstgelegenen Servicestelle des Fahrzeugherstellers oder zur nächstgelegenen Werkstatt abschleppt;

oder

- wenn möglich, die Reparatur vor Ort vornimmt.

Höchstbetrag: Europ Assistance übernimmt die Kosten der Pannenhilfe:

- bis zum Höchstbetrag von Euro 150,00 pro Schadensfall in Italien;

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind:

- Ausgaben für Ersatzteile und alle anderen Reparaturkosten;

- die Ausgaben für den Einsatz besonderer Fahrzeuge oder Maschinen, wenn diese zum Abschleppen des Fahrzeugs benötigt werden;

- die Abschleppkosten, falls das Fahrzeug auf Fahrten außerhalb des öffentlichen Straßennetzes oder gleichwertiger Flächen (z.B. bei Geländefahrten) einen Unfall oder eine Panne erfahren hat.

2. BEISTAND FÜR ANGEHÖRIGE FÜR DIE DAUER DER REISE

Im Falle von Unfall und/oder plötzlicher Krankheit eines mit dem Versicherten zusammenlebenden und zuhause gebliebenen Angehörigen (Eltern, zusammenlebende Kinder, Gatte) während der Reise des Versicherten erbringt die Organisationsstruktur folgende Leistungen für den Angehörigen des Versicherten:

a) Telefonische Beratung mit den Ärzten der Organisationsstruktur zur Beurteilung des Gesundheitszustands.

b) Entsendung eines Arztes für einen Hausbesuch (diese Leistung wird von 20 Uhr bis 8 Uhr von Montag bis Freitag sowie rund um die Uhr am Samstag, Sonntag und an Feiertagen erbracht). Sollte sich im Anschluss an die medizinische Beratung die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung ergeben, sorgt die Organisationsstruktur mit Kostenübernahme durch Europ Assistance dafür, einen ihrer Vertragsärzte für einen Hausbesuch zu entsenden. Falls ein Hausbesuch durch einen Vertragsarzt nicht möglich sein sollte, sorgt die Organisationsstruktur für die Überführung des Angehörigen im Krankenwagen in die nächstgelegene, geeignete medizinische Einrichtung.

c) Entsendung eines Krankenwagens zur Wohnung. Sollte bei einer ärztlichen Beratung des Angehörigen die Notwendigkeit eines Krankentransports zur nächstgelegenen, geeigneten, medizinischen Einrichtung festgestellt werden, organisiert die Organisationsstruktur dessen Überführung im Krankenwagen.

Der Versicherer übernimmt die Kosten bis maximal Euro 500,00 während des Gültigkeitszeitraums der Police mit der Obergrenze von Euro 250,00 pro Schadensfall.

3. VORZEITIGE HEIMKEHR

Sollte die Heimreise des im Ausland weilenden Versicherten vor dem ursprünglich geplanten Rückreisedatum erforderlich werden aufgrund des Todes (mit durch standesamtliche Sterbeurkunde belegtem Datum) oder der Krankenhauseinweisung mit unmittelbarer Lebensgefahr eines folgender Angehörigen: Gatte/eheähnlicher Lebenspartner, Kinder, Geschwister, Eltern oder Schwiegereltern, besorgt die Organisationsstruktur unter Übernahme der Kosten ein Zugticket erster Klasse oder ein Flugticket in Economy für die Rückreise.

Sollte es dem Versicherten nicht möglich sein, sein eigenes Fahrzeug für die vorgezogene Heimreise zu verwenden, stellt ihm die Organisationsstruktur später ein weiteres Ticket, um das Fahrzeug nachzuholen.

Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind Leistungen in Fällen, in denen der Versicherte nicht in der Lage ist, der Organisationsstruktur angemessene Informationen zu den Gründen seiner vorgezogenen Heimkehr zu erteilen.

Verpflichtungen des Versicherten

Der Versicherte hat binnen 15 Tagen ab Schadensfall die Sterbeurkunde und alle anderen von ihm verlangten Unterlagen einzureichen.



4. VORSCHUSS FÜR NOTEINKÄUFE

Sollte der Versicherte unvorhergesehene Ausgaben tätigen müssen und aufgrund von: Unfall, Krankheit, Diebstahl, Raub, Handtaschenraub oder nichterfolgter Gepäckausgabe, nicht direkt und unmittelbar dafür aufkommen können, schießt die Organisationsstruktur die Zahlung von Rechnungen bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt Euro 250,00 an seiner Stelle vor.

Die Leistung wird auch für höhere Beträge aktiviert, sobald Europ Assistance in Italien geeignete Sicherheiten erhalten hat. Der Gesamtbetrag der von Europ Assistance vorgeschossenen Rechnungen kann auf keinen Fall Euro 5.000,00 übersteigen.

Ausschlüsse

Von dieser Leistung ausgeschlossen sind:

- Geldüberweisungen ins Ausland, welche eine Verletzung von einschlägigen Bestimmungen in Italien oder im Aufenthaltsland des Versicherten mit sich bringen würden;
- Fälle, in denen der Versicherte nicht in der Lage ist, in Italien geeignete Sicherungsleistungen für die Rückzahlung an Europ Assistance zu stellen.

Verpflichtungen des Versicherten

Der Versicherte hat den Grund der Anforderung, den erforderlichen Betrag, seine Kontaktdaten und die Angabe von Referenzen mitzuteilen, damit Europ Assistance die Versicherungsbedingungen für die Rückerstattung der vorgeschossenen Summe prüfen kann.

Der Versicherte hat die vorausgezahlte Summe binnen einem Monat ab Datum des Vorschusses zurückzuerstatten, ansonsten werden zuzüglich zum Betrag die momentan geltenden gesetzlichen Zinsen fällig.

5. NACHSENDEN VON ERSATZGEPÄCK

Falls der Versicherte:

- aufgrund (von der Fluggesellschaft belegter) nichterfolgter Rückgabe des aufgegebenen Gepäcks am ausländischen Flughafen;
 - aufgrund von Diebstahl/Einbruch, Raub, Handtaschenraub, Verlust oder Beschädigung des Gepäcks im Ausland;
- Kleidung benötigen sollte, um die geplante Reise oder den Aufenthalt komfortabel fortsetzen zu können, sorgt die Organisationsstruktur auf dem schnellsten Wege für die Nachsendung von Gepäck, das von einem Angehörigen des Versicherten vorbereitet wird.

Die Übergabe erfolgt zollfrei am nächstgelegenen Flughafen des Aufenthaltsorts binnen 24 Stunden, falls der Versand in Italien erfolgt, binnen 3 Tagen in Europa und binnen 7 Tagen im Rest der Welt.

Die Übergabefrist läuft ab dem Moment, in dem das Gepäck bei der Organisationsstruktur abgegeben wird.

Für Fall a) übernimmt der Versicherer die Transportkosten.

Für Fall b) übernimmt der Versicherer die betreffenden Kosten bis maximal Euro 776,00 pro Jahr mit der Obergrenze von Euro 259,00 pro Schadensfall.

Ausschlüsse

Die Leistung laut a) gilt nicht, wenn das aus dem Flugticket hervorgehende Rückreisedatum des Versicherten vor dem Ablauf der - laut obiger Angabe - für die Nachsendung erforderlichen Frist liegt.

Verpflichtungen des Versicherten

Der Versicherte hat den Grund der Anforderung, die Adresse des Angehörigen, der für die Vorbereitung des Gepäcks sorgen wird, und eine erreichbare Telefonnummer mitzuteilen. Der Versicherte hat ferner der Organisationsstruktur bei der Anforderung per Fax zu übermitteln: im Fall a) eine Kopie der Reklamation bei der Fluggesellschaft, oder im Fall b) eine beglaubigte Kopie der bei der zuständigen Polizeibehörde erstatteten Anzeige, aus der die Umstände des Schadensfalls, eine Liste der verlorenen oder gestohlenen Gegenstände und die Namen der Versicherten, die den Schaden erlitten haben, hervorgehen.

Art. 97 – Ausschlüsse mit Gültigkeit für alle Leistungen

Ausgeschlossen sind Schadensfälle durch oder wegen:

- Auto-, Motorrad- oder Motorbootrennen sowie diesbezügliche Probeläufe und Training;
- Überschwemmungen, Sturmfluten, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Witterungsereignisse mit Eigenschaft von Naturkatastrophen, Unfälle mit Umwandlung des Atomkerns, Strahlung, die durch künstliche Beschleunigung von Elementarteilchen erzeugt wird;
- Krieg, Streik, Revolution, Aufstände oder Aufruhr, Unruhen, Plünderung, Vandalismus;
- Vorsatz des Versicherten oder grobe Fahrlässigkeit;
- psychischen Krankheiten und Störungen allgemein, einschließlich hirnerkrankungsähnlicher Psychosyndroms, schizophrenen und paranoiden Störungen, manisch-depressiven Formen und deren Folgen/Komplikationen;
- Erkrankungen, die von einer Schwangerschaft nach der 26. Schwangerschaftswoche und vom Wochenbett abhängig sind;



- g. chronischer Erkrankungen;
- h. Krankheiten/Unfällen, die bereits bei der Abreise vorhanden sind;
- i. Organspende und/oder -transplantation, wobei auf jeden Fall jede Reise ausgeschlossen ist, die zum Zwecke von medizinisch-chirurgischen Untersuchungen und/oder Behandlungen unternommen wurde;
- j. Krankheiten und Unfällen infolge oder aufgrund von Missbrauch von Alkohol, Psychopharmaka, Drogen und Halluzinogenen;
- k. Selbstmordversuch oder Selbstmord;
- l. Profisport bzw. nicht auf Amateurebene betriebener Sport (einschl. Wettkämpfe, Testläufe und Training);
- m. Führen und Benutzen von Flugdrachen und anderen Ultraleichtflugzeugen; Fallschirmspringen; Ballonfahrten; Paragliding und vergleichbare Flugmittel; Flugsport im Allgemeinen; Bobsport; Skeleton; Skiakrobatik; Schanzensprünge mit Skiern oder Wasserskiern; Alpinismus mit Felsklettern oder Gletscherbegehung; Freeclimbing; Kitesurfen; Tauchen mit unabhängigem Tauchgerät; Sport mit Einsatz von motorbetriebenen Land- oder Wasserfahrzeugen; Boxen; Ringen in verschiedener Form; Kampfsport im Allgemeinen; Schwerathletik; Rugby; American Football; Höhlenforschung; mutwillige Handlungen. Für den Bobsport, das Kitesurfen und Tauchen mit unabhängigem Tauchgerät ist der oben genannte Ausschluss nicht wirksam, wenn es sich um rein freizeitliche und gelegentliche Aktivitäten handelt.
- n. Teilnahme an Wettkämpfen/Rennen, bei denen es zu extremem und waghalsigem Verhalten kommt, einschließlich Laufsportwettkämpfe;
- o. sämtlicher beruflicher Tätigkeiten, bei denen Minen, Waffen und/oder Gefahrstoffe verwendet, Bergwerke, Gruben und/oder Ausgrabungsstätten betreten werden, bzw. die Abbau- und Fördertätigkeit an Land und im Meer umfassen;
- p. ferner alles, was nicht ausdrücklich unter den Einzelleistungen aufgeführt ist;
- q. Epidemien oder Pandemien gemäß Erklärung der Weltgesundheitsorganisation. Die Leistungen werden ferner nicht erbracht in Ländern, die sich im erklärten oder faktischen Kriegszustand befinden. Als solche gelten die Länder, die auf der Website <https://www.europassistance.it/paesi-in-stato-di-belligeranza> aufgeführt sind, in denen ein Risikograd von 4.0 oder höher herrscht. Ebenso als Land mit erklärtem oder faktischem Kriegszustand, gelten Länder, deren Kriegszustand öffentlich bekannt gegeben worden ist. Die Leistungen werden ferner nicht erbracht in Ländern, in denen zum Zeitpunkt der Meldung des Schadensfalls und/oder der Anforderung von Beistand Volksunruhen herrschen.

Art. 98 - Wie der Reisebeistand Travel Gold aktiviert wird

Zur Inanspruchnahme der oben aufgeführten einzelnen Beistandsleistungen kann sich der Versicherte unter folgenden Rufnummern an die Organisationsstruktur mit 24/7-Bereitschaft wenden:

- in Italien unter der Rufnummer: 800 542 009
- aus dem Ausland unter der Nummer: +39.02.58.28.65.49
- Besteht keine Möglichkeit für einen telefonischen Kontakt, senden Sie bitte ein Telegramm oder ein Einschreiben an:
EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Via del Mulino 4
20057 Assago (MI)
- oder ein Fax an die Nummer: +39.02.58.47.72.01

Auf jeden Fall hat der Versicherte genau anzugeben:

1. Die Art der benötigten Beistandsleistung
2. Nach- und Vorname
3. Die Nummer seiner Police, der das Kürzel **NILG** vorauszugehen hat
4. Anschrift seines momentanen Aufenthaltsortes
5. Eine Telefonnummer, über welche sich die Organisationsstruktur im Verlauf der Beistandsleistung an ihn wenden kann.

Art. 99 - Verpflichtungen des Versicherten im Schadensfall

Im Schadensfall hat der Versicherte umgehend Kontakt zur Organisationsstruktur aufzunehmen, es sei denn dies ist ihm objektiv und nachweisbar nicht möglich. In diesem Fall hat der Versicherte die Organisationsstruktur zu kontaktieren, sobald es ihm möglich ist und auf jeden Fall, bevor er selbst eigene Initiativen ergreift.

Wird diese Verpflichtung nicht erfüllt, kann dies den Verlust des Leistungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Die Organisationsstruktur kann vom Versicherten jede weitere zur Durchführung der Beistandsleistung für erforderlich gehaltene Dokumentation verlangen, und dieser ist zur vollständigen Beibringung verpflichtet. Auf jeden Fall sind der Organisationsstruktur



die ORIGINALE (nicht Fotokopien) aller Ausgabenbelege, Rechnungen und Quittungen zuzusenden.

Der Eingriff ist stets bei der Organisationsstruktur zu beantragen, die entweder direkt tätig wird oder die Durchführung ausdrücklich genehmigen muss.

BEREICH VERMÖGENSRISIKEN

B. SEKTOR VERMÖGEN

ABSCHNITT 9 - HAFTPFLICHT

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

Art. 100 - Gegenstand der Versicherung - Änderungen des Risikos - Andere Beschäftigten- und/oder Bettenzahlen als angegeben

Die Prämie der Deckung Haftpflicht wird auf Grundlage der vom Versicherungsnehmer/Versicherten in der Police erklärten Beschäftigten- und Bettenzahlen (bei Hotel, Pension, B&B, Ferien auf dem Bauernhof) festgelegt. Falls sich bei Eintreten eines Schadensfalls die Gesamtzahl der Beschäftigten und/oder Betten als höher erweist als angegeben, wird die vom Versicherer geschuldete Entschädigung - mit einer Toleranz von zwei Beschäftigten und/oder Betten - im Verhältnis zur Differenz zwischen der vereinbarten Prämie und der Prämie reduziert, die angewandt worden wäre, wenn der tatsächliche Stand der Dinge bekannt gewesen wäre.

Falls zum Moment des Schadensfalls die Anzahl der Beschäftigten oder Betten die angegebene Zahl um mehr als zwei Einheiten übersteigt, gelten die Bestimmungen laut Art. 1892 oder 1893 des it. Zivilgesetzbuchs, unbeschadet der Verpflichtung des Versicherungsnehmers/Versicherten, jede Änderung umgehend beim Versicherer zu melden und die entsprechend geschuldete höhere Prämie zu begleichen.

Die Anzahl der in der Police angegebenen Beschäftigten hat die beim Versicherten angestellten Arbeitsleistenden (einschließlich Mitarbeiter mit Vertrag auf Abruf, Arbeitsplatzteilungsvertrag, Teilzeitvertrag, Lehrlinge, gelegentliche Aushilfskräfte, Arbeitsförderungsvertrag gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10.09.2003), die Inhaber, die Gesellschafter und mithelfende Familienmitglieder sowie Mitarbeiter zu umfassen, die im Rahmen eines Projekt-, Leiharbeits- oder Überlassungsvertrags gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10.09.2003 beschäftigt sind und die alle vom Versicherten unter Einhaltung der gesetzlichen Normen bei der Ausübung der in der Police beschriebenen Tätigkeit genutzt werden. Dazu gehören auch Kursteilnehmer, Stipendiaten und Praktikanten.

Der Versicherer hat das Recht, jederzeit Überprüfungen und Kontrollen vorzunehmen, bei denen der Versicherte die benötigten Erklärungen und Unterlagen bereitzustellen hat, insbesondere Lohnbuchhaltung und Register.

A. DECKUNG HAFTPFLICHT

1. Betriebshaftpflicht

Der Versicherer verpflichtet sich dazu, den Versicherten schadlos zu halten, wenn dieser gemäß der gesetzlichen Haftpflicht Ersatz (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) für unabsichtlich bei Dritten verursachte Schäden zu leisten hat für:

- Tod,
- Personenschäden,
- Zerstörung oder Beschädigung von Sachen,
- die infolge zufälliger Vorfälle in Verbindung mit der in der Police genannten Tätigkeit aufgetreten sind.

Die Deckung gilt auch für die Haftpflicht, die dem Versicherten durch vorsätzliche Taten von Personen (einschließlich mitarbeitender Angehöriger) entstehen mag, deren Beschäftigung gemäß geltender Gesetzgebung zulässig ist und von dieser geregelt wird, vorausgesetzt dass der Umstand auf den diesen vom Versicherten anvertrauten Aufgabenbereich zurückzuführen ist. Falls die Deckung für mehrere Versicherte geleistet wird, gilt der Höchstbetrag, der in der Police für den Schaden, auf den sich die Schadensersatzforderung bezieht, angegeben ist, in jeder Hinsicht nur einmalig, auch wenn eine gemeinsame Haftung mehrerer Versicherter bestehen sollte.

Die Deckung gilt für die ganze Welt unter Ausschluss von USA und Kanada.

Die Betriebshaftpflicht wird mit einem festen Selbstbehalt für Sachschäden von Euro 250,00 geleistet, unbeschadet der Fälle, in denen spezifische Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind.



Bezüglich der Kategorie Bauwesen in der Branche Industrie und Handwerk werden die Deckungen mit Anwendung eines Selbstbehalts von € 1.500,00 pro Schadensfall mit Sachschaden geleistet, unbeschadet der Fälle in denen spezifische Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind.

Vorbehaltlich der Angaben unter Art. 102 - „Ausschlüsse“, sind - mit reinem Beispielswert und ohne Anspruch auf Vollständigkeit - die nachstehend aufgelisteten Ereignisse garantiert:

a. Haftung des Versicherten für nicht fest angestellte Arbeitskräfte

Als eingeschlossen gilt die Haftpflicht, die dem Versicherten - gleich auf Grundlage welchen Anspruchs - für Schäden gebührt, die Dritten durch Personen verursacht worden sind, die er ausnahmsweise in gelegentlichen Einzelsituationen für die Durchführung von Aktivitäten, die Gegenstand der Versicherung sind, in Anspruch nimmt. **Die Deckung wird unter der Bedingung geleistet, dass bei Arbeitsverhältnis bzw. Arbeitsleistung die einschlägige Gesetzgebung eingehalten wird.**

b. Haftung des Versicherten bei der Weitervergabe von Arbeitsaufträgen

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die Dritten durch Subunternehmer (einschließlich deren Beschäftigten) verursacht werden, während diese Arbeiten im Auftrag des Versicherten durchführen. **Die Deckung wird unter der Bedingung geleistet, dass die weitervergebenen Arbeiten in Verbindung mit der in der Police genannten Tätigkeit stehen und insgesamt 20% des Umsatzes der gesamten Tätigkeit des Versicherten nicht überschreiten und dass sie von einem - dem Vertrag des Auftraggebers entsprechenden - regulären Subunternehmervertrag geregelt werden.**

c. Teilnahme an Ausstellungen, Besichtigungen und Demonstrationen, Kongressen, betrieblichem Freizeitangebot

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die durch seine Teilnahme an Ausstellungen, Messen, Modenschauen, Märkten oder betrieblichem Freizeitangebot sowie der Organisation von Besichtigungen des Unternehmens und Produktdemonstrationen entstehen, einschließlich der Gefahren durch die Vorgänge beim Auf- und Abbau der Stände.

Mit dazu gehört ferner die Teilnahme des Versicherten an beruflichen Fortbildungskursen, Kongressen, Konferenzen, Seminaren, Betriebsausflügen sowie betrieblichem Freizeitangebot.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 20% mit mindestens € 1.500,00 geleistet.

d. Bei Dritten durchgeführte Arbeiten

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die er an Sachen verursachen kann, die aufgrund ihrer Größe und ihres Gewichts nicht entfernt werden können und sich in den Räumlichkeiten Dritter befinden, in denen er Arbeiten für Installation, Montage, Verlegen oder Bau allgemein durchführt, welche zu seiner in der Police angegebenen Berufstätigkeit gehören, einschließlich der Vorgänge im Rahmen der Abholung, Übergabe oder Lieferung von Waren.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- an Sachen, an denen die Arbeiten durchgeführt werden, und an Werken, die direkt Gegenstand von Reparatur- oder Wartungsarbeiten sind;
- an Sachen, die angesichts ihres geringfügigen Gewichts und Volumens hätten entfernt werden können.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 20% mit mindestens € 1.500,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 150.000,00 pro Schadensfall geleistet.

e. Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden:

- an Sachen Dritter, die zum Zwecke des Auf- oder Abladens gehoben werden, vorausgesetzt dass der betreffende Schaden durch den Sturz der gehobenen Sachen entstanden ist;
- an Sachen Dritter, die auf dem Gelände der Betriebsstätten des Versicherten und/oder Dritter befördert werden;
- an Sachen, die transportiert oder geschleppt werden, **unter Ausschluss von Schäden, die an den Fahrzeugen verursacht werden, auf welche genannte Sachen aufgeladen bzw. von denen sie abgeladen werden.**

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 500,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall geleistet.

f. Kfz-Haftung im Rahmen der Betriebshaftpflicht

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten gemäß Art. 2049 des it. Zivilgesetzbuchs für Schäden, die unbeabsichtigt durch seine Beschäftigten oder Beauftragten, die über regulären Führerschein verfügen, am Steuer von Personenkraftwagen, Kleinkrafträdern oder Motorrädern bei Dritten verursacht werden, **vorausgesetzt dass genannte Fahrzeuge nicht Eigentum des Versicherten sind, nicht auf ihn zugelassen sind noch ihm zur Nutzung oder in Leasing überlassen worden sind.** Mit dazu gehören Schäden der transportierten Personen.

Diese Deckung gilt erst nach Inanspruchnahme jeder anderen Deckung oder Garantie, deren Begünstigte der Eigentümer



und/oder Fahrer des schadensverursachenden Kfz ist, insbesondere nach vollständiger Inanspruchnahme des Höchstbetrags der obligatorischen Kfz-Haftpflichtversicherung, welche als Versicherung für das Erstrisiko gilt.

Diese Deckung gilt ausschließlich für Italien.

g. Schäden an Fahrzeugen auf Firmenparkplätzen

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden - **unter Ausschluss von Schäden durch Diebstahl und Brand** -, die an den Fahrzeugen von Dritten und/oder Personal entstehen, während diese auf hierfür vorgesehenen Bereichen des Betriebsgeländes geparkt sind. **Ausgeschlossen sind Schäden, die an Sachen verursacht werden, die sich in oder auf den Fahrzeugen befinden und die durch Fahrzeuge, die der Kfz-Haftpflicht unterliegen, verursacht werden.**

h. Schäden durch Betriebsunterbrechung

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die durch die vollständige oder partielle Unterbrechung bzw. Aufhebung der industriellen, beruflichen, geschäftlichen, handwerklichen, landwirtschaftlichen oder Dienstleistungstätigkeit entstehen, **vorausgesetzt dass diese Folgen eines gemäß Police entschädigungsfähigen Schadensfalls sind.**

Für jeden Schadensfall wird diese Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Schadensfall geleistet.

i. Fehler bei der Verarbeitung personenbezogener Daten

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten gemäß den Normen des Datenschutzgesetzes in der durch das Gesetzesvertretende Dekret 101/2018 in Umsetzung der Europäischen Verordnung 679/2016 (sog. DSGVO) angepassten Fassung für Vermögensverluste, die bei Dritten - einschließlich Kunden und/oder Beschäftigten - infolge von fehlerhafter Verarbeitung (Erhebung, Aufzeichnung, Bearbeitung, Speicherung, Verwendung, Weiterleitung und Verbreitung) von deren personenbezogenen Daten entstanden sind, vorausgesetzt dass diese die Folge eines Angriffs auf das Informationssystem bzw. unbeabsichtigter Umstände sind und nicht auf kontinuierliches und absichtliches rechtswidriges Verhalten des Versicherten zurückzuführen sind.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung eines Selbstbetrags von Euro 1000,00 pro Schadensfall und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Schadensfall und von Euro 150.000,00 pro Versicherungsjahr geleistet.

j. Zufällige Umweltverschmutzung

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die auf die Verschmutzung von Luft, Wasser und Boden zurückzuführen sind, welche durch zufälligen Bruch von Heizungs- und anderen technischen Anlagen der Gebäude verursacht werden, in denen die versicherte Tätigkeit abgewickelt wird, **unter Ausschluss von denen, die durch übermäßiges Alter der Teile und mangelnde Wartung verursacht werden. Ausgeschlossen sind Schäden, die auf jeden anderen Grund zurückzuführen sind, der zu:**

- **Verschmutzung von Wasser, Luft und Boden;**
- **Unterbrechung, Versiegen oder Umleitung von Quellen und Wasserläufen;**
- **Beeinträchtigung oder Versiegen von Grundwasser, Erzvorkommen und allgemein nutzbaren Bodenschätzen führt.**

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens € 2.500,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 25.000,00 pro Schadensfall und von Euro 250.000,00 pro Versicherungsjahr geleistet.

k. Eigentum und Nutzung von Schildern, Werbetafeln und Bannern

Darunter versteht sich die Haftpflicht, die sich aus Besitz, Gebrauch und Wartung von regulär auf italienischem Staatsgebiet installierten Leucht- und normalen Schildern, Ausrüstung, Werbetafeln und -bannern ergibt, die dazu bestimmt sind, auf das versicherte Unternehmen hinzuweisen bzw. für dieses zu werben.

Ausgeschlossen sind Schäden an Bauwerken und Sachen, an denen die Schilder, Tafeln und Banner angebracht sind, sowie Schäden, die bei deren Installation verursacht werden.

l. Besitz und Gebrauch von Waffen durch den Firmeninhaber

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, die unbeabsichtigt und versehentlich Dritten durch die **ausschließlich zur persönlichen Verteidigung** erfolgte Verwendung von gemäß geltender Gesetzgebung rechtmäßig besessenen Waffen verursacht werden. **Die Jagd ist davon ausgeschlossen.**

Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 100.000,00 pro Schadensfall geleistet.

m. Halten von Wachhunden

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten im Falle des gemäß Gesetz erfolgenden Haltens von Wachhunden im Bereich der Gebäude und des Betriebsgeländes des versicherten Unternehmens.

n. Erweiterung der Definition als Dritte auch auf Inhaber und Beschäftigte anderer Firmen, Berater und Freiberufler



Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, aus denen Tod oder schwere bis schwerste Verletzungen gemäß Art. 583 des it. Strafgesetzbuchs hervorgehen, die erlitten werden von:

- Inhabern und Beschäftigten anderer Firmen, die Reinigungs- oder Wartungsarbeiten in den Räumen des Versicherten durchführen oder die gelegentlich dort an die versicherungsgegenständliche Tätigkeit ergänzenden Arbeiten teilnehmen, sowie Kunden, die gelegentlich an Auf- und Abladevorgängen teilnehmen;
- Ingenieuren, Planern, Bauleitern, Assistenten, verwaltungstechnischen Beratern, Rechtsbeiständen und anderen Freiberuflern allgemein;
- Inhabern und Beschäftigten von Firmen, denen der Versicherte Unterbeauftragungen erteilt hat, während sie diese Arbeiten durchführen. Diese Deckungserweiterung wird unter der Bedingung geleistet, dass die weitervergebenen Arbeiten insgesamt 20% des Umsatzes der gesamten Betriebstätigkeit des Versicherten nicht überschreiten. Wird dieser Prozentsatz überschritten, entschädigt der Versicherer den Schaden im Verhältnis zur geringeren eingenommenen Prämie.

o. Haftung für Brandschäden

Sie umfasst die Haftpflicht des Versicherten für direkte Sachschäden, die an den Sachen Dritter verursacht werden durch nicht von Sprengkörpern verursachte Brände, Explosionen, Implosion und Bersten am Gebäude, in dem die in der Police beschriebene Tätigkeit abgewickelt wird, sowie an dessen Bestand, der Eigentum des Versicherten ist.

Die Deckung wird bis zum Betrag von Euro 300.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr mit einem Selbstbehalt von Euro 1.000,00 geleistet.

Dazu gehören auch Schäden, die durch die vollständige oder partielle Unterbrechung bzw. Sperrung der Nutzung von Gütern sowie der industriellen, handwerklichen, beruflichen, geschäftlichen, landwirtschaftlichen oder Dienstleistungstätigkeit infolge von gemäß Police entschädigungsfähigen Schadensfällen entstehen. Bezüglich der Schäden durch Unterbrechung oder Sperrung **erfolgt die Zahlung der Entschädigung pro individuellem Schadensfall abzüglich eines Selbstbehalts von Euro 1.000,00 und in keinem Fall zahlt der Versicherer pro individuellem Schadensfall eine Summe über Euro 50.000,00.**

p. Eigenständig betriebener bewaffneter Sicherheitsdienst auch mit Wachpersonal

q. **Haftpflicht für Schäden durch Bewirtschaftung und Nutzung des Gebäudes, das für die Abwicklung der in der Police genannten Tätigkeit bestimmt ist.**

2. Arbeitgeberhaftpflicht

a. **Arbeitgeberhaftpflicht gegenüber Arbeitsleistenden, für welche Versicherungspflicht bei INAIL (Nationales Institut für die Arbeitsunfallversicherung) besteht**

Vorausgesetzt dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Schadensfalls die gesetzlichen Versicherungsvorschriften erfüllt, verpflichtet sich der Versicherer dazu, diesen bis zur Erreichung des in der Police angegebenen Höchstbetrags für die Beträge (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) schadlos zu halten, für welche dieser zu haften hat:

- 1) gemäß Art. 10 und 11 des Dekrets des Präsidenten der Republik (DPR) Nr. 1124 vom 30.06.1965 i.d.g.F. und Art. 13 des Gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 38 vom 23.02.2000 i.d.g.F. (Regressklagen von INAIL) für Unfälle, die von bei dem Unternehmen fest angestellten Beschäftigten sowie von Projektarbeitskräften, die für die in der Police angegebenen Betriebstätigkeit zuständig sind, entsprechend Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10.09.2003 erlitten werden;
- 2) gemäß Zivilgesetzbuch zum Ersatz von Schäden, die nicht unter die Regelung des o.a. DPR 1124/1965 und Gesetzesvertretenden Dekrets 38/2000 fallen und zu Lasten von Arbeitskräften gemäß vorstehendem Punkt a) verursacht werden mit Tod und Personenschäden durch Unfall, die eine **bleibende Invalidität von mindestens 6% verursacht haben, welche auf Grundlage der „Tabelle der Behinderungen“ gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 38 vom 23.02.2000 berechnet wurde.**

Falls der Versicherte zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht alle Vorschriften hinsichtlich der obligatorischen Unfallversicherung INAIL bezüglich der unter Punkt 1) aufgeführten Arbeitskräfte, die einen Arbeitsunfall erlitten haben, erfüllt, **gilt die Deckung dennoch, wenn der Pflichtverstoß auf belegt unabsichtliche, fehlerhafte oder ungenaue Auslegung der einschlägigen Gesetzesvorschriften zurückzuführen ist.**

b. **Arbeitgeberhaftpflicht für Arbeitsleistende, für welche keine Versicherungspflicht bei INAIL (Nationales Institut für die Arbeitsunfallversicherung) besteht**

Der Versicherer verpflichtet sich dazu, den Versicherten innerhalb der Grenzen des in der Police festgelegten Höchstbetrags schadlos zu halten für den Betrag, den dieser als zivilrechtlich Haftender als Ersatz (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) für Schäden zu zahlen hat, die von für die Betriebstätigkeit zuständigen, bei dem Unternehmen fest angestellten Beschäftigten sowie von Projektarbeitskräften erlitten werden, für welche keine Unfallversicherungspflicht bei INAIL besteht, für Tod oder Personenschäden durch Unfall, die eine **bleibende Invalidität von mindestens 6% verursacht haben, welche auf Grundlage der „Tabelle der Behinderungen“ gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 38 vom 23. Februar 2000 berechnet wurde.**

c. **Von anderen Firmen überlassene oder Leiharbeitskräfte mit entsprechendem Vertrag gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10.09.2003**

Der Versicherer verpflichtet sich dazu, den Versicherten innerhalb der Grenzen des in der Police festgelegten Höchstbetrags



schadlos zu halten für den Betrag, den dieser als zivilrechtlich Haftender als Ersatz (Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben) für Schäden zu zahlen hat, die von überlassenen oder Leiharbeitskräften erlitten werden, für Tod oder Personenschäden durch Unfall, die eine **bleibende Invalidität von mindestens 6% verursacht haben, welche auf Grundlage der „Tabelle der Behinderungen“ gemäß Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 38 vom 23.02.2000 berechnet wurde. Die Deckung gilt unter der Bedingung, dass die Arbeitsleistenden, auf welche sich diese Regelung bezieht, unter Einhaltung der Normen von Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 276 vom 10. September 2003 bereitgestellt und verwendet werden.** Die Deckung gilt auch für etwaige Rückgriffsklagen, die von den Unternehmen, welche die Arbeitskräfte überlassen oder verliehen haben, oder vom Unfallversicherungsinstitut INAIL gemäß Zivilgesetzbuch angestrengt werden.

Die Deckung **Arbeitgeberhaftpflicht** gilt auch für Regressklagen des Sozialversicherungsträgers INPS gemäß Art. 14 von Gesetz Nr. 222 vom 12. Juni 1984.

Erweiterung auf Berufskrankheiten

Die Deckung **Arbeitgeberhaftpflicht** gemäß vorliegendem Artikel wird auch auf das Risiko der von INAIL tabellarisch erfassten und entschädigten Berufskrankheiten erweitert, wenn deren Verursachung durch die Berufstätigkeit belegt wird. Die Erweiterung wird unter der Bedingung wirksam, **dass die Erkrankung während des Versicherungszeitraums aufgetreten ist und dass sie Folge fahrlässiger Handlungen ist, die zum ersten Mal während des Versicherungszeitraums aufgetreten sind. Die Erweiterung gilt nicht:**

- 1) **für jene Beschäftigten, bei denen ein Rückfall einer bereits in der Vergangenheit entschädigten oder entschädigungsfähigen Krankheit aufgetreten ist;**
- 2) **für Berufskrankheiten infolge von:**
 - **absichtlicher Missachtung der gesetzlichen Vorschriften durch die gesetzlichen Vertreter des Unternehmens;**
 - **absichtlich unterlassener Schadensverhütung aufgrund unterlassener Reparaturen oder Nachrüstungen von Vorrichtungen, die zur Vorbeugung oder Begrenzung von gesundheitsschädlichen Faktoren bestimmt sind, durch die gesetzlichen Vertreter des Unternehmens.**

Dieser unter Punkt 2) der vorliegenden Klausel aufgeführte Ausschluss tritt außer Kraft für Schäden, die auftreten, nachdem Vorkehrungen zur Behebung der Situation getroffen worden sind, die als verhältnismäßig für die vorliegenden Umstände eingeschätzt werden können.

- 3) **für Berufskrankheiten, die später als sechs Monate nach Ablaufdatum der Versicherung oder Enddatum des Arbeitsverhältnisses auftreten;**
- 4) **für Asbestose, Silikose und AIDS.**

Der Versicherer hat das Recht, jederzeit Inspektionen zum Zwecke der Überprüfung und/oder Kontrolle des Zustands der Betriebsstätten des Versicherten vorzunehmen. Bei diesen Inspektionen hat der Versicherte freien Zugang zu gewähren und die erforderlichen Informationen und Unterlagen bereitzustellen.

Unbeschadet - wo vereinbar - der Normen bezüglich der Meldung von Schadensfällen, hat der Versicherte die Pflicht, dem Versicherer unverzüglich das Auftreten einer unter die Deckung fallenden Berufskrankheit zu melden und im Anschluss daran umgehend die entsprechenden Informationen, Unterlagen und Akten des gemeldeten Falls zu übermitteln.

Die Deckung gilt bis zum Erreichen von 50% des Höchstbetrags, der für die Deckung Arbeitgeberhaftpflicht versichert ist. Dieser Höchstbetrag stellt die maximale Leistung des Versicherers für einen oder mehrere Schadensfälle dar, auch wenn diese zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Laufe der Gültigkeit der Police auftreten sollten und auch wenn diese durch die gleiche Art von aufgetretener Berufskrankheit verursacht werden sollten.

B. DECKUNG HAUS- UND GRUNDBESITZERHAFTPFLICHT

Der Versicherer garantiert den Versicherten für Schäden Dritter, die durch sein Eigentum an den in der Police angegebenen Gebäuden abzuleiten sind. Vorbehaltlich der Angaben unter Art. 102 - „**Ausschlüsse**“, sind - mit reinem Beispielswert und ohne Anspruch auf Vollständigkeit - die nachstehend aufgelisteten Ereignisse garantiert:

1. Schäden durch das Auslaufen von Wasser, nur wenn diese die Folge zufälligen Bruchs (auch wegen Frost) von Regenrinnen, Fallrohren, Wasserleitungen, Sanitär- und Heizungsanlagen oder Haushaltsgeräten sind; **ausgeschlossen sind hingegen Schäden, die Folgen von Verschleiß oder anomaler bzw. mangelnder Instandhaltung oder Reinigung sind;**
2. Beauftragung von planmäßigen und außerplanmäßigen Wartungsarbeiten (unter Ausschluss von denjenigen, die unter den Anwendungsbereich von Gesetzesvertretendem Dekret Nr. 81/08 i.d.g.F., zuvor G.v.D. 494/96 fallen) und eigenständige Ausführung von planmäßigen Wartungsarbeiten, vorausgesetzt dass diese die Gebäude betreffen, die zur in der Police genannten Betriebstätigkeit gehören.
3. Schäden, die auf das Eigentum der Photovoltaikanlage und/oder Solarwärmanlage zurückzuführen sind;
4. durch Brand verursachte Schäden an Sachen Dritter entsprechend der Regelung unter Punkt o. „Haftung für Brandschäden“



der Betriebshaftpflicht laut Art. 100 - „Gegenstand der Versicherung“.

Wo nichts anderes festgelegt ist, wird die Deckung mit einem Selbstbehalt für Sachschäden von Euro 250,00 geleistet.

Art. 101 - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen

Bezüglich der **Betriebshaftpflicht** gemäß Art. 100 - „Gegenstand der Versicherung“ gelten diese Erweiterungen jeweils für die in der Police angegebene Zugehörigkeitsbranche:

A. BRANCHE LANDWIRTSCHAFT

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich der Landwirtschaft bezieht (einschließlich Ferien auf dem Bauernhof), umfasst die **Haftpflicht**:

1. Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden Dritter, die durch den Einzelhandel und die Abgabe von Lebensmitteln (auch aus eigener Erzeugung des Versicherten und auch bei Verarbeitung durch diesen) im Bereich des landwirtschaftlichen Betriebs oder des Ferienbetriebs sowie bei der Teilnahme an Messen, Ausstellungen und Märkten verursacht werden, **vorausgesetzt dass die Schäden innerhalb eines Jahrs ab Verkauf oder Abgabe und auf jeden Fall innerhalb des Gültigkeitszeitraums dieses Vertrags auftreten. Ausgeschlossen sind Schäden, die durch einen ursprünglichen Produktmangel hervorgerufen werden, es sei denn es handle sich um Lebensmittel aus eigener Erzeugung.**

2. Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, für welche dieser aufzukommen hat gegenüber Gästen des an den Bauernhof angegliederten Ferienbetriebs gemäß Art. 1783, 1784 und 1785-bis des it. Zivilgesetzbuchs aufgrund von Entwendung, Zerstörung oder Beschädigung der mitgebrachten und eventuell dem Inhaber anvertrauten Sachen.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **die durch Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht werden, sowie Schäden durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge;**
- **an Sachen, die in Land- oder Wasserfahrzeugen verwahrt sind;**
- **an Wertsachen, Schmuck und Wertgegenständen, die nicht dem Hotelleiter anvertraut worden sind, es sei denn diese wurden in Wandtresoren aufbewahrt, die in den Zimmern für die Gäste bereitgestellt sind, und vorausgesetzt dass die Entwendung durch belegtes Aufbrechen dieser Vorrichtung erfolgt ist.**

Die Deckung wird unter Anwendung eines Selbstbehalts von € 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Jahr mit einem Höchstbetrag pro individuellem geschädigtem Gast von Euro 5.000,00 in Verbindung mit anvertrauten Sachen und von Euro 1.500,00 für nicht anvertraute Sachen geleistet.

3. Eigentum und Betrieb von Sportanlagen und -ausrüstung, Schwimmbädern und zusätzliches Serviceangebot des angegliederten Ferienbetriebs

Darunter versteht sich die Haftung, die der Versicherte aufgrund des Eigentums und/oder der Bewirtschaftung von Schwimmbädern und Sportanlagen sowie aufgrund zusätzlichen Serviceangebots durch den dem Bauernhof angegliederten Ferienbetrieb zu tragen hat, wie: Restaurant, Café, Wäscherei, Friseursalon, Wellnesscenter, Geschäfte, Räumlichkeiten für Kongresse und anderes im Rahmen von Freizeit- und Kulturangeboten. Mit dazu gehört ferner die Haftpflicht aufgrund der Organisation von nicht dem Profisport zugeordneten sportlichen Aktivitäten, der Bereitstellung von Material und Ausrüstung für Sport und Spiel, der Didaktik mit Ausrichtung auf das Erlernen landwirtschaftlicher Tätigkeiten. Dazu gehört die Aktivität des Reitens **unter Ausschluss derjenigen Schäden, die von Gästen erfahren werden, die Tiere reiten oder führen.**

Ausgeschlossen sind Schäden, die durch Brand bzw. Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht werden, sowie Schäden durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge.

4. Haftung des Haushaltsvorstands

Falls der Betriebsinhaber seine gewöhnliche Wohnung im Innern des landwirtschaftlichen Betriebs bzw. des Ferienbetriebs eingerichtet hat, verpflichtet sich der Versicherer dazu, den Inhaber sowie die Mitglieder seiner Kernfamilie von Zahlungen schadlos zu halten, die diese auf Grundlage ihrer gesetzlichen Haftpflicht für zufällige Umstände in Verbindung mit dem Privatleben zu leisten haben.

Mit reinem Beispielswert und ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden folgende typische Risiken genannt:

- die Bewirtschaftung der bewohnten Immobilie;
- das Ausüben von Amateursport;
- das Eigentum von Haustieren und die Nutzung von Reittieren, die nicht Eigentum der Versicherten sind;
- Eigentum oder Gebrauch von Fahrrädern oder fahrradähnlichen Gefährten allgemein, einschließlich der Nutzung von Kinderwagen, Buggys und Einkaufswagen;
- Eigentum und Verwendung von Windsurfbooten, Ruderbooten, Segelbooten bis 6 m Länge und Motorbooten **mit weniger als**



3 PS, die von den Auflagen gemäß Gesetz 990 vom 24.12.1969 i.d.g.F. ausgeschlossen sind;

- das Anlassen und Fahren von Kraftfahrzeugen durch die minderjährigen Kinder ohne Führerschein, das ohne das Wissen der Eltern geschieht, vorausgesetzt dass die Fahrzeuge über eine eigene Verkehrshaftpflichtversicherung verfügen.

Nicht als Dritte gelten:

- die Ehegatten untereinander, die Eltern von Versicherten und deren Ehegatten, die Kinder des Versicherten, Lebensgefährten, eingetragene Lebenspartner, Personen, die im Familienstand des Versicherten eingetragen sind, sowie alle anderen mit ihm zusammenlebenden Verwandten oder Verschwägerten;

Abweichend von obigen Festlegungen gelten die minderjährigen Kinder des Versicherten untereinander als Dritte, wenn die Geschwister einander unbeabsichtigt körperliche Verletzungen zufügen, die eine bleibende Invalidität nach sich ziehen; **die Entschädigung wird bis Euro 50.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr und unter Anwendung eines Selbstbehalts von € 1.500,00 pro Schadensfall geleistet.** Medizinische Ausgaben, die infolge der erlittenen Verletzungen getragen werden, fallen nicht unter die Deckung.

Falls eine andere Versicherung bestehen sollte (z.B. die Police für die Haftung des Haushaltsvorstands), wird diese Deckung auf zweites Risiko für Beträge geleistet, die über die Höchstbeträge der anderen Versicherung hinausgehen.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- die auf den Besitz von Reittieren zurückzuführen sind;
- die im Verlauf von Sportwettbewerben und beim diesbezüglichen Training auftreten, wenn diese nicht auf Amateurebene stattfinden oder den Einsatz von Kraftfahrzeugen beinhalten; die beim Ausüben von Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen und Flugsportarten allgemein aufgetreten sind;
- die auf die Nichterfüllung von vertraglichen oder steuerlichen Auflagen zurückzuführen sind;
- gegenüber nicht alle gesetzlichen Vorschriften erfüllenden Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter);
- die von nicht alle gesetzlichen Vorschriften erfüllenden Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter) verursacht werden;
- die durch eigenhändige Ausführung von außerplanmäßigen Wartungsarbeiten verursacht werden.

Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 300.000,00 pro Schadensfall und Jahr geleistet.

5. Einsatz von landwirtschaftlichen Maschinen

- Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten, die dem Betrieb von landwirtschaftlichen Maschinen und deren Motoren entspringt, **vorausgesetzt dass diese für landwirtschaftliche Arbeiten in Eigenregie oder Drittauftrag verwendet werden und unter Ausschluss der Fälle gemäß Gesetz 990 vom 24.12.1969 i.d.g.F.**

6. Viehwirtschaft

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten, die aus der (nicht industriell betriebenen) Zucht und Haltung von Vieh im Betriebsbereich entspringt, einschließlich Deckbetrieb für den Eigenbedarf oder im Drittauftrag (einschließlich in diesem Fall die ggf. von Tieren Dritter erlittenen Schäden), sowie die Überführung und das Verweilen des Viehs auf Weiden und Märkten **unter Ausschluss der Risiken des mit der Viehwirtschaft verbundenen Kraftfahrzeugverkehrs.**

Die Deckung wird bis zum Betrag von Euro 100.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr mit einem Selbstbehalt von Euro 1.500,00 geleistet.

B. BRANCHE INDUSTRIE UND HANDWERK

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich von Industrie und Handwerk bezieht, umfasst die **Haftpflcht:**

1. Baugewährleistungsversicherung für Verlege-, Installations-, Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten, die sich aus seiner Eigenschaft als Installateur, Wartungs- oder Reparaturfachkraft von Anlagen, Ausrüstung und Sachen allgemein ergibt, für Schäden, die durch die Anlagen, Ausrüstung und Sachen allgemein nach Fertigstellung der Arbeiten bei Dritten, einschließlich Auftraggeber, verursacht werden. Die Deckung gilt für Schäden, die während des Gültigkeitszeitraums der Versicherung **spätestens 1 Jahr nach Fertigstellung der Arbeiten auftreten und vom Versicherten spätestens 6 Monate nach Vertragsende gemeldet werden.**

Die Deckung wird auch für Tätigkeiten gemäß Art. 1 des Dekrets Nr. 37 vom 22.01.2008 des Ministeriums für Wirtschaftliche Entwicklung (Installation von Anlagen im Innern von Gebäuden unabhängig von deren Zweckbestimmung) geleistet, **vorausgesetzt dass der Versicherte über die laut Art. 3 des o.a. Ministerialdekrets verlangte Zulassung verfügt, und unter Ausschluss der Tätigkeiten im Rahmen von Installation, Wartung und Reparatur von Personen- und Lastaufzügen, Rolltreppen und gleichartigen.**



Ausgeschlossen sind Schäden:

- an den installierten, reparierten oder gewarteten Anlagen, Ausrüstungen oder Sachen selbst sowie jedwede Ausgabe für deren Ersatz oder Reparatur;
- durch Nichteignung oder mangelnde Funktionstüchtigkeit der Anlagen für den bestimmungsgemäßen Gebrauch oder durch ursprüngliche Mängel oder Defekte der von beliebigen Herstellern gefertigten Produkte;
- durch nichterfolgte oder verspätete Wartungsmaßnahmen;
- durch Unterbrechung oder Sperrung der Tätigkeit;
- durch Straßenarbeiten;
- die von gekühlten Waren aufgrund mangelnder oder fehlerhafter Wartung erfahren werden, sowie durch daraus folgenden Nutzungsausfall oder Unterbrechung des Services.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens Euro 1.500,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

2. Diebstahlschäden, die durch Gerüste von Baufirmen begünstigt worden sind

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Diebstahlschäden, die Dritten durch Personen verursacht werden, die zur Umsetzung ihrer verbrecherischen Absichten die Gerüste verwendet haben, die vom Versicherten errichtet bzw. genutzt worden sind.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens Euro 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

3. Schäden an Kleidungsstücken des Kunden (Friseure)

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden an von Kunden getragenen Kleidungsstücken, die auf die Anwendung von Färbemitteln, Entfärbern, Haarsprays und Dauerwellenprodukten zurückzuführen sind.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 1.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

4. Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien)

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden an bearbeiteten Sachen.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 1.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

C. BRANCHE HANDEL

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich des Handels bezieht, umfasst die **Haftpflcht**:

1. Schäden aus dem Verkauf von Produkten

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden Dritter, die durch im Geschäft selbst verkaufte, übergebene oder abgegebene Produkte verursacht werden, **vorausgesetzt dass die Schäden innerhalb 1 Jahres ab Verkauf, Übergabe oder Abgabe und auf jeden Fall innerhalb des Gültigkeitszeitraums dieses Vertrags auftreten.**

Ausgeschlossen sind:

- Schädigung Dritter durch ursprüngliche Produktmängel, unter Ausnahme von Lebensmittelprodukten aus der eigenen Erzeugung und von selbst erzeugten Artikeln, die in Apotheken und Drogerien abgegeben oder verkauft werden (beispielsweise gehören dazu - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - galenische und homöopathische Produkte, Kosmetika sowie Produkte aus Kräutern und Heilpflanzen).
- Schäden an den Produkten selbst, Ausgaben für deren Reparatur oder Ersatz und Schäden, die auf Nutzungsausfall oder Nichtverfügbarkeit zurückzuführen sind.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 500,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 100.000,00 pro Schadensfall geleistet.

2. Schädigung Dritter durch die Ausübung von ambulantem Handel

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten gemäß Gesetz in seiner Eigenschaft als ambulanter Händler, der über die reguläre Zulassung gemäß den geltenden gesetzlichen Vorschriften verfügt.

Dazu gehören Schäden, die bei den Vorgängen im Rahmen von Aufbau, Betrieb und Abbau der Stände in dem Bereich auftreten, der dem Versicherten zugewiesen wurde, **mit Einschränkung auf die in der Police erklärte Tätigkeit.**

Die Deckung wird auf die Ausübung der Tätigkeit auf Fahrzeugen ausgeweitet, **vorausgesetzt dass diese ausdrücklich für diesen Zweck bestimmt sind, ausgenommen Verkehrsrisiken.**



D. BRANCHE FREMDENVERKEHR UND GASTSTÄTTENGEWERBE

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich von Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe bezieht, umfasst die **Haftpflcht**:

1. Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schädigungen Dritter, die durch den Einzelhandel und die Abgabe von Lebensmitteln (auch aus eigener Erzeugung des Versicherten und auch bei Verarbeitung durch diesen) im Bereich des Hotels, der Pension, des B&B oder der Gaststätte verursacht werden, **vorausgesetzt dass die Schäden innerhalb eines Jahrs ab Verkauf oder Abgabe und auf jeden Fall innerhalb des Gültigkeitszeitraums dieses Vertrags auftreten. Ausgeschlossen sind Schäden, die durch einen ursprünglichen Produktmangel hervorgerufen werden, mit Ausnahme von Lebensmitteln aus eigener Erzeugung.**

2. Sachen, die von Gästen des Hotels, der Pension, des B&B mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden

Darunter versteht sich die Haftung des Versicherten für Schäden, für welche dieser gemäß Art. 1783, 1784 und 1785-bis des it. Zivilgesetzbuchs aufzukommen hat gegenüber Gästen des Hotels, der Pension oder des B&B aufgrund von Entwendung, Zerstörung oder Beschädigung der mitgebrachten und eventuell der Leitung des Gastbetriebs anvertrauten Sachen.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **die durch Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht werden, sowie Schäden durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge;**
- **an Sachen, die in Land- oder Wasserfahrzeugen verwahrt sind;**
- **an Wertsachen, Schmuck und Wertgegenständen, die nicht dem Hotelleiter anvertraut worden sind, es sei denn diese wurden in Wandtresoren aufbewahrt, die in den Zimmern für die Gäste bereitgestellt sind, und vorausgesetzt dass die Entwendung durch belegtes Aufbrechen dieser Vorrichtung erfolgt ist.**

Die Deckung wird unter Anwendung eines Selbstbehalts von € 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von Euro 50.000,00 pro Jahr mit einem Höchstbetrag pro einzeltem geschädigtem Gast von Euro 5.000,00 in Verbindung mit anvertrauten Sachen und von Euro 1.500,00 für nicht anvertraute Sachen geleistet.

3. Eigentum und Betrieb von Sportanlagen und -ausrüstung, Schwimmbädern und zusätzliches Serviceangebot des Hotels, der Pension, des B&B

Darunter versteht sich die Haftung, die der Versicherte aufgrund des Eigentums und/oder der Bewirtschaftung von Schwimmbädern und Sportanlagen sowie aufgrund zusätzlichen Serviceangebots des Hotels, der Pension, des B&B zu tragen hat, wie: Restaurant, Bar, Wäscherei, Friseursalon, Wellnesscenter, Geschäfte, Räumlichkeiten für Kongresse und anderes im Rahmen von Freizeit- und Kulturangeboten. Mit dazu gehört ferner die Haftpflcht aufgrund der Organisation von nicht dem Profisport zugeordneten sportlichen Aktivitäten, aufgrund der Bereitstellung von Material und Ausrüstung für Sport und Spiel sowie aufgrund der Ausübung des Reitsports, **unter Ausschluss von Schäden, die den Gästen beim Reiten oder Führen von Tieren entstehen.**

Ausgeschlossen sind Schäden, die durch Brand bzw. Verbrennung aufgrund des Kontakts mit Heiz- oder Bügelgeräten verursacht werden, sowie Schäden durch Waschen, Fleckbeseitigung oder ähnliche Vorgänge.

4. Haftung des Haushaltsvorstands

Falls der Betriebsinhaber seine gewöhnliche Wohnung im Innern des Hotels, der Pension oder des B&B eingerichtet hat, verpflichtet sich der Versicherer dazu, den Inhaber sowie die Mitglieder seiner Kernfamilie von Zahlungen schadlos zu halten, die diese auf Grundlage ihrer gesetzlichen Haftpflcht für zufällige Umstände in Verbindung mit dem Privatleben zu leisten haben.

Mit reinem Beispielswert und ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden folgende typische Risiken genannt:

- die Bewirtschaftung der bewohnten Immobilie;
- das Ausüben von Amateursport;
- das Eigentum von Haustieren und die Nutzung von Reittieren, die nicht Eigentum der Versicherten sind;
- Eigentum oder Gebrauch von Fahrrädern oder fahrradähnlichen Gefährten allgemein, einschließlich der Nutzung von Kinderwagen, Buggys und Einkaufswagen;
- Eigentum und Verwendung von Windsurfbrettern, Ruderbooten, Segelbooten bis 6 m Länge und Motorbooten **mit weniger als 3 PS, die von den Auflagen gemäß Gesetz 990 vom 24.12.1969 i.d.g.F. ausgeschlossen sind;**
- das Anlassen und Fahren von Kraftfahrzeugen durch die minderjährigen Kinder ohne Führerschein, das ohne das Wissen der Eltern geschieht, vorausgesetzt dass die Fahrzeuge über eine eigene Verkehrshaftpflichtversicherung verfügen.

Nicht als Dritte gelten:

- **die Ehegatten untereinander, die Eltern von Versicherten und deren Ehegatten, die Kinder des Versicherten,**



Lebensgefährten, eingetragene Lebenspartner, Personen, die im Familienstand des Versicherten eingetragen sind, sowie alle anderen mit ihm zusammenlebenden Verwandten oder Verschwägerten;

Abweichend von obigen Festlegungen gelten die minderjährigen Kinder des Versicherten untereinander als Dritte, wenn die Geschwister einander unbeabsichtigt körperliche Verletzungen zufügen, die eine bleibende Invalidität nach sich ziehen; **die Entschädigung wird bis Euro 50.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr und unter Anwendung eines Selbstbehalts von € 1.500,00 pro Schadensfall geleistet. Medizinische Ausgaben, die infolge der erlittenen Verletzungen getragen werden, fallen nicht unter die Deckung.**

Falls eine andere Versicherung bestehen sollte (z.B. die Police für die Haftung des Haushaltsvorstands), wird diese Deckung auf zweites Risiko für Beträge geleistet, die über die Höchstbeträge der anderen Versicherung hinausgehen.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **die auf den Besitz von Reittieren zurückzuführen sind;**
- **die im Verlauf von Sportwettbewerben und beim diesbezüglichen Training auftreten, wenn diese nicht auf Amateurebene ausgeübt werden oder den Einsatz von Kraftfahrzeugen beinhalten;**
- **die beim Ausüben von Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen und Flugsportarten allgemein aufgetreten sind;**
- **die auf die Nichterfüllung von vertraglichen oder steuerlichen Auflagen zurückzuführen sind;**
- **gegenüber nicht alle gesetzlichen Vorschriften erfüllenden Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter);**
- **die von nicht alle gesetzlichen Vorschriften erfüllenden Haushaltshilfen (einschließlich Pflegepersonal und Babysitter) verursacht werden;**
- **die durch eigenhändige Ausführung von außerplanmäßigen Wartungsarbeiten verursacht werden.**

Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 300.000,00 pro Schadensfall und Jahr geleistet.

FOLGENDE ARTIKEL GELTEN FÜR DEN GESAMTEN ABSCHNITT 9 - HAFTPFLICHT.

Art. 102 – Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind Schäden:

1. **die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder Versicherten verursacht werden;**
2. **durch Nichteinhaltung von Verpflichtungen, die der Versicherte ausschließlich per Vertrag übernommen hat;**
3. **an Sachen, die dem Versicherten anvertraut oder zur Verwahrung übergeben worden sind bzw. sich anderweitig in seinem Gewahrsam befinden, sowie an Sachen, die sich im Bereich der Arbeitsausführung befinden (unter Ausnahme derer, die angesichts ihres Gewichts oder Volumens nicht entfernt werden können), an transportierten, geschleppten oder gehobenen Sachen, an Sachen, für welche der Versicherte gemäß Art. 1783, 1784, 1785, 1785-bis, -ter, -quater, -quinqües und 1786 des it. Zivilgesetzbuchs haftet, unbeschadet der Bestimmungen: von Art. 100/e „Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden“, von Art. 101.A.2 „Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden“, von Art. 101.D.2 „Sachen, die von Gästen des Hotels, der Pension, des B&B mitgebracht und/oder der Leitung anvertraut werden“, von Art. 101.B.3 „Schäden an Kleidungsstücken des Kunden (Friseure)“, von Art. 101.B.4 „Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien)“;**
4. **durch Krane, Schwebbahnen, Seilrutschen und ähnliches;**
5. **durch die Ausübung der Jagd;**
6. **an Sachen, an denen die Arbeiten durchgeführt werden, an Werken, die direkt Gegenstand von Reparatur- oder Wartungsarbeiten sind, an Werken, die sich in Bau befinden, an Anbauflächen, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 101.B.4 „Schäden an bearbeiteten Sachen (Reinigungen und Wäschereien) und Art. 100/d „Bei Dritten durchgeführte Arbeiten“;**
7. **durch Werke und Installationen allgemein nach Abschluss der Arbeiten, durch Reparatur-, Wartungs- und Verlegevorgänge, die nach der Ausführung der Arbeiten oder der Übergabe an Dritte auftreten, unbeschadet der Bestimmungen zur Deckungserweiterung laut Art. 101.B.1 „Baugewährleistungsversicherung für Verlege-, Installations-, Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen“;**
8. **durch Waren, Produkte und Sachen allgemein nach der Übergabe an Dritte, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 101.D.1 „Verkauf und/oder Abgabe von Lebensmittelprodukten“ und von Art. 101.C.1 „Schäden aus dem Verkauf von Produkten“;**



9. durch Diebstahl, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 101.B.2 „Diebstahlschäden, die durch die Gerüste von Baufirmen gefördert worden sind“;
10. verursacht durch und/oder erfahren von Wasserfahrzeugen und Flugzeugen und/oder ihrem Inhalt und/oder den beförderten Personen; verursacht durch Motorfahrzeuge jeglicher Art, Förderwagen und selbstfahrende Arbeitsmaschinen, wenn der Schadensfall in Bereichen aufgetreten ist, die der Regelung des Gesetzes Nr. 990 vom 24.12.1969 unterstehen, vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. 100/f „Kfz-Haftung im Rahmen der Betriebshaftpflicht“ und von Art. 100/g „Schäden an Fahrzeugen auf Firmenparkplätzen“;
11. die bei Auf- und Abladevorgängen bzw. während des Wartens an Transportmitteln und darauf geladenen Sachen verursacht werden, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 100/e „Schäden an Sachen Dritter, die gehoben, auf- oder abgeladen, befördert, transportiert oder geschleppt werden“;
12. die durch den Einsatz von Sprengstoffen an fest installierten Sachen verursacht werden, die sich im Umkreis von 200 m von der Explosionsstelle befinden;
13. die durch Eigentum, Nießbrauch oder Nutzung von Gebäuden und deren fest installierten Anlagen verursacht werden, die nicht mit denen übereinstimmen, in denen die in der Police erklärte Tätigkeit gewöhnlich abgewickelt wird, bzw. nicht die Wohnung des Versicherten sind, unbeschadet der Bestimmungen von Art. 100/k „Eigentum von Schildern, Werbetafeln und Bannern“;
14. durch die Verwendung von Stoffen, deren Gebrauch gesetzlich verboten ist;
15. die durch Produktion, Verwahrung oder Verwendung von radioaktiven Stoffen oder Geräten für die Teilchenbeschleunigung verursacht werden, ebenso wie Schäden, die in Verbindung mit versicherten Risiken durch die natürlich auftretende oder künstlich erzeugte Umwandlung oder Reaktion des Atoms (Kernspaltung und Kernfusion, Teilchenbeschleuniger) hervorgerufen werden;
16. die der Haftung zuzuschreiben sind, welche auf Vorhandensein, Gebrauch, Kontamination, Abbau, Manipulation, Bearbeitung, Verkauf, Vertrieb und/oder Lagerung von Asbest und/oder asbesthaltigen Produkten zurückzuführen sind;
17. die auf Aktivitäten im Bereich von Biotechnologie, Gentechnik und Produkten, die aus Materialien und/oder Substanzen menschlichen Ursprungs und gentechnisch veränderte Organismen (GVO) gewonnen werden, zurückzuführen sind;
18. durch die Abstrahlung von elektromagnetischen Wellen und Feldern;
19. an erdverlegten Leitungen und Anlagen;
20. an Sachen aufgrund von Senkungen, Einbrüchen, Rutschen und Vibrationen des Erdreichs;
21. durch das Auslaufen von Wasser oder das Überquellen der Kanalisation, es sei denn dieses erfolgt aufgrund von zufälligen Rohr- oder Leitungsbrüchen, sowie Schäden, die einzig auf Feuchtigkeit, Tropfleckage und allgemein ungesundes Raumklima zurückzuführen sind;
22. direkt oder indirekt verursacht durch: Krieg, Invasion, Feindseligkeiten (mit oder ohne Kriegserklärung), Bürgerkrieg, Rebellion, Revolution, Aufstand, Machtusurpation, militärische Besetzung, Beschlagnahme, Verstaatlichung, Requisition, Einziehung, von Behörden angeordnete Zerstörung, Volksaufuhr, Streiks, Aussperrungen, Unruhen;
23. mit Ausnahme der Bestimmungen für die Deckung „Fehler bei der Verarbeitung personenbezogener Daten“, jeder Art, verursacht durch fehlerhafte Aufzeichnung oder Löschung von Daten, mangelnde, fehlerhafte oder unzureichende Funktion von EDV-Systemen und/oder jeder Art von elektronischer Maschine, Anlage, Gerät, Komponente, Firmware, Software und Hardware hinsichtlich des Zeitmanagements (Uhrzeit und Datum) oder infolge des Angriffs oder der Infektion durch Computerviren sowie infolge von Download-, Installations- und/oder Änderungsvorgängen an Programmen, vorausgesetzt dass diese keine Brände, Explosion oder Bersten hervorrufen, sowie Schäden, die auf die Entmagnetisierung, fehlerhafte Aufzeichnung oder Löschung von Daten und versehentliches Verwerfen zurückzuführen sind;
24. verursacht durch jedes Risiko, dessen Standort im Meer liegt und keine Verbindung zum Ufer durch Erddämme oder Landzungen aufweist;
25. verursacht durch Untersee-Pipelines, in denen Fluide für die Energieerzeugung unter Druck befördert werden sowie Unterseekabel allgemein;
26. durch den Einsatz von Motorfahrzeugen, Maschinen oder Anlagen, die von einer nicht normgemäß befähigten Person gefahren oder betätigt werden, unbeschadet der Bestimmungen laut Deckungserweiterung „Haftung des Haushaltsvorstands“;
27. verursacht durch die Ansteckung von Krankheiten durch Tiere;
28. infolge von Verschmutzung der Luft, des Wassers oder des Bodens, Unterbrechung, Versiegung oder Umleitung von Quellen und Wasserläufen, Veränderung oder Versiegung von Grundwasservorkommen, Erzlagerstätten und nutzbaren unterirdischen Vorkommen im Allgemeinen, vorbehaltlich der Bestimmungen



von Art. 100/j „Zufällige Umweltverschmutzung“;

29. verursacht am Straßenbelag durch landwirtschaftliche Maschinen mit Raupenketten oder nicht gummierten Rädern;
30. verursacht durch den Einsatz von Phytopharmaka, die ganz oder teils aus Chemikalien bestehen, deren Einsatz vom Gesetz verboten ist, auch wenn er unverschuldet oder unfreiwillig erfolgt;
31. an lebendem oder totem Inventar des Anwesens, mit Ausnahme der Schäden am Inventar Dritter (auch wenn dieses dem Versicherten übergeben oder anvertraut wurde), die durch vollständige oder partielle Baufälligkeit der vorhandenen Immobilien verursacht werden;
32. verursacht durch das Eigentum der in der Police angegebenen Gebäude, es sei denn, es wurde die Deckung Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht erworben;
33. durch die Ausübung geistiger Berufe gemäß Art. 2229 des it. Zivilgesetzbuchs.

Art. 103 - Personen, die nicht als Dritte gelten

Nicht als Dritte gelten:

1. die Ehegatten untereinander, die Eltern von Versicherten und deren Ehegatten, die Kinder des Versicherten, Lebensgefährten, eingetragene Lebenspartner, Personen, die im Familienstand des Versicherten eingetragen sind, sowie alle anderen mit ihm zusammenlebenden Verwandten oder Verschwägerten;
2. Personen, die in einem Beschäftigungs- oder Lohnverhältnis zum Versicherten stehen und den Schaden bei ihrer Arbeit oder Dienstleistung erfahren. Als Dritte gelten jedoch für erlittene körperliche Schäden die Beschäftigten, die keine Versicherungspflicht bei der Unfallversicherung INAIL haben, vorausgesetzt dass sie nicht an Arbeiten teilnehmen, für welche diese Versicherung obligatorisch ist;
3. Personen, die - gleich in welcher Beziehung sie zum Versicherten stehen - Schäden bei ihrer Teilnahme an Arbeiten erleiden, die Gegenstand der Betriebstätigkeit sind, für welche die Deckungen gelten, mit Ausnahme von körperlichen Schäden, die von Subunternehmern und deren Beschäftigten erlitten werden, falls der vom Versicherten abgetretene Anteil der Arbeiten 30% des Gesamtwerts der letzterem anvertrauten Werke nicht übersteigt;
4. falls der Versicherte keine natürliche Person ist: die Geschäftsführer, die gesetzlichen Vertreter und Gesellschafter mit unbeschränkter Haftung;
5. Gesellschaften oder Körperschaften, die - gegenüber dem Versicherten - als abhängige, herrschende oder verbundene Gesellschaft gemäß Art. 2359 des it. Zivilgesetzbuchs gelten.

Art. 104 - Verpflichtungen im Schadensfall

Der Versicherte hat die Pflicht, den Versicherer innerhalb von 3 Tagen nach Eintreten des Schadenfalls bzw. nachdem er davon Kenntnis erlangt hat, gemäß Art. 1913 ital. Zivilgesetzbuchs unter Angabe einer Beschreibung des Vorfalls, der aufgetretenen Folgen, des Namens der Geschädigten und möglichst auch der Zeugen, sowie des Datums, des Orts und der Ursachen des Schadenfalls schriftlich zu informieren. Er hat ferner so bald wie möglich die den Schadensfall betreffenden Nachrichten, Dokumente, Polizei- und Gerichtsakten nachzureichen, sich dabei um die Erhebung von Elementen zu seiner Verteidigung zu bemühen und sich jeder Aussage zur eigenen Verantwortung zu enthalten.

Werden oben genannte Verpflichtungen nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

ABSCHNITT 10 - RECHTSSCHUTZ

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

Vorwort

Für die Verwaltung und Abwicklung der Schadensfälle greift der Versicherer zurück auf:

ARAG SE

Allgemeine Vertretung und Generaldirektion für Italien (nachstehend ARAG)

Viale del Commercio 59 - 37135 Verona

Hauptkontakte:

Telefonzentrale: 045.8290411

Faxnummer für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: 045 8290557



E-Mail-Adresse für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: denunce@ARAG.it,

Faxnummer für die anschließende Übermittlung von Unterlagen für die Abwicklung des Schadensfalls 045.8290449

an welche sich der Versicherte direkt wenden kann.

Art. 105 - Gegenstand der Versicherung

Wird der Versicherte in einen Rechtsstreit verwickelt, übernimmt der Versicherer innerhalb der in der Police festgelegten Grenzen folgende Ausgaben:

- Anwaltshonorare für die außergerichtliche und gerichtliche Abwicklung des Rechtsstreits
- Anwaltshonorare für Strafanträge und Anzeigen, nur **wenn in deren Folge tatsächlich ein Strafverfahren gegen die andere Partei eingeleitet wird**
- Honorare des Anwalts, der die Zustellungsanschrift stellt, **wenn von ARAG benannt**
- Gerichts- und Anwaltskosten zu Lasten des Versicherten, wenn dieser im Verfahren unterliegt
- Kosten der Zwangsvollstreckung für **maximal zwei Fälle pro Schadensfall**
- Kosten der Schlichtungsstelle **bei obligatorischer Schlichtung**
- Kosten des Schiedsverfahrens, sowohl für den Rechtsbeistand als auch für die Schiedsrichter
- Vergütung der Gutachter
- Gerichtskosten
- Ermittlungskosten für die Verteidigung im Strafprozess

Es werden die für jede Instanz anfallenden Kosten für einen einzigen Rechtsanwalt gedeckt.

Art. 106 - Eintreten des Schadensfalls

Als Datum des Schadensfall gilt der Tag, an dem das Ereignis eingetreten ist, das schließlich zum Rechtsstreit führt.

Je nach Art von Rechtsstreit gilt als Ereignis:

- der vom Versicherten erlittene oder verursachte - tatsächliche oder mutmaßliche - außervertragliche Schaden;
- die tatsächliche oder mutmaßliche Vertragsverletzung;
- die tatsächliche oder mutmaßliche Gesetzesverletzung;

Im Bereich der Ersitzung entspricht das Ereignisdatum des Schadensfalls dem Tag der ersten Vorbringung des Antrags auf Eigentumserwerb durch Ersitzung, vorausgesetzt dass dieser während der Laufzeit des Vertrags eingereicht wurde.

Im Falle des Vorliegens mehrerer gleichartiger Schadensereignisse gilt als Ereignisdatum des Schadensfall das Datum, an dem das erste Schadensereignis eingetreten ist.

Eines oder mehrere Schadensereignisse, die miteinander zusammenhängen oder aufeinander folgen oder auf denselben Zusammenhang zurückzuführen sind, gelten, auch wenn sie mehrere Personen betreffen, als ein einziger Schadensfall und als Ereignisdatum gilt das des ersten Schadensereignisses.

Falls mehrere Versicherte in denselben Schadensfall verwickelt sind, wirkt die Deckung mit einem einzigen Höchstbetrag, der unabhängig von den von jedem einzelnen getragenen Summen gerecht unter allen Versicherten aufgeteilt wird. Falls zum Moment der Definition des Schadensfalls der Höchstbetrag pro Schadensfall nicht erreicht wurde, wird der Restbetrag zu gleichen Teilen unter den Versicherten verteilt, denen die Ausgaben nur partiell erstattet worden sind.

Abgedeckt sind Schadensfälle, die sich ereignet haben:

- ab Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes für den tatsächlichen oder mutmaßlichen außervertraglichen Schaden und die tatsächliche oder mutmaßliche Verletzung von straf- oder verwaltungsrechtlichen Normen;
- nach Ablauf von 3 (drei) Monaten ab Inkrafttreten des Versicherungsschutzes für alle anderen Sachverhalte; falls der Vertrag ohne Unterbrechung der Deckung für dasselbe Risiko an einen vorausgehenden Vertrag anknüpft, gilt diese Dreimonatsfrist nur für jene Deckungen, die im vorigen Vertrag nicht enthalten waren.

Art. 107 - Fristen für die Meldung von Schadensfällen und die Beibringung von Beweismitteln

1. **Der Versicherte hat, seiner Sorgfaltspflicht als Vertragspartei entsprechend, dem Versicherer und/oder ARAG jeden Schadensfall umgehend in dem Moment zu melden, in dem er davon erfährt, spätestens jedoch unter Einhaltung der Verjährungsfrist seiner auf diese Versicherung gestützten Ansprüche.**
2. **Die Meldung des Schadensfalls hat beim Versicherer und/oder ARAG binnen 24 (vierundzwanzig) Monaten nach Datum des Außerkrafttretens der Versicherung einzugehen. Falls diese Police ohne Unterbrechung der Versicherungsdeckung gegenüber einer Vorläuferpolice des Versicherers ausgestellt wird, läuft die Meldefrist für die Schadensfälle für alle Policen ab dem Ablaufdatum der jüngsten Police.**
3. **Der Versicherte hat den Versicherer und/oder ARAG vollständig und wahrheitsgemäß über alle Einzelheiten des Schadensfalls unter Angabe der Beweismittel, Dokumente und etwaiger anderer Versicherungsverträge zu informieren und diese auf Aufforderung zur Verfügung zu stellen.**
4. **In Ermangelung dessen kann der Versicherer und/oder ARAG nicht für etwaige Verspätungen bei der Beurteilung der Versicherungsdeckung oder der Verwaltung des Schadensfalls sowie für etwaige Verjährungen oder das Verwirken von Ansprüchen wegen Fristablaufs verantwortlich gemacht werden.**



Art. 108 - Verwaltung des Schadensfalls, freie Wahl des Rechtsbeistands

Nach Erhalt der Schadensmeldung prüft ARAG die Versicherungsdeckung und Stichhaltigkeit der Gründe des Versicherten.

Die außergerichtliche Phase wird von ARAG betreut, welche sich für die Beilegung des Rechtsstreits durch ein Übereinkommen der Parteien aktiviert und sich vorbehält, die Abwicklung an einen Rechtsanwalt ihres Vertrauens abzugeben.

Zur Beurteilung der Versicherungsdeckung der Ausgaben in der gerichtlichen Phase, einschließlich etwaiger Rechtsmittel, **prüft ARAG im Voraus die Eignung der Beweise und angeführten Argumente, welche vom Versicherten beizubringen sind.**

In der gerichtlichen Phase hat der Versicherte das Recht, einen Rechtsbeistand auszuwählen, der im Verzeichnis der **Anwaltskammer eingetragen ist:**

- bei dem für den Rechtsstreit zuständigen Gerichtsbezirk;
- am eigenen Wohnort oder Sitzungssitz; im Falle der Wahl einer Zustellungsanschrift benennt ARAG die betreffende Anwaltskanzlei.

Die Beauftragung des Anwalts oder Gutachters, die im Interesse ihrer Mandanten handeln, wird direkt vom Versicherten erteilt, daher haftet ARAG nicht für deren Handeln.

Art. 109 - Zahlung der Ausgaben

Die Ausgaben für finanzielle Übereinkommen zwischen Versichertem und Anwalt, für den Vergleich des Rechtsstreits und für die Leistungen von Gutachtern oder freien Sachverständigen werden nur abgedeckt, wenn sie im Voraus von ARAG genehmigt worden sind.

ARAG kann deren Vergütungen direkt bezahlen, nachdem der geschuldete Betrag festgelegt wurde. Die Zahlung erfolgt in Ausführung des Versicherungsvertrags und ohne dass ARAG direkte Verpflichtungen gegenüber dem Leistungserbringer eingeht.

Falls stattdessen der Versicherte den Leistungserbringer direkt bezahlt, erstattet ARAG die Vorauszahlung nach Erhalt der entsprechenden Belegunterlagen.

Die Zahlung der garantierten Ausgaben erfolgt binnen 30 (dreißig) Tagen jeweils nach Prüfung der Angemessenheit des geforderten Betrags.

Art. 110 - Meinungsverschiedenheiten mit dem Versicherer und Interessenkonflikte

1. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Abwicklung des Schadensfalls zwischen dem Versicherten und Net Insurance S.p.A. und/oder ARAG kann die Entscheidung einem Schiedsrichter überstellt werden, der nach Billigkeit entscheidet und in Einvernehmen von den Parteien oder - in Ermangelung des Einvernehmens - durch den gemäß Zivilprozessordnung zuständigen Gerichtspräsidenten ernannt wird. **Jede der Parteien trägt unabhängig vom Ergebnis die Hälfte der Kosten des Schiedsverfahrens.** Alternativ dazu kann im Anschluss an den misslungenen Schlichtungsversuch der Gerichtsweg beschritten werden.
2. Der Versicherte hat auf jeden Fall das Recht, seinen Anwalt im Falle des Interessenkonflikts mit ARAG frei zu wählen.

Art. 111 - Rückforderung von Vorauszahlungen durch ARAG

Der Versicherte ist dazu verpflichtet, von ARAG vorgeleistete Ausgaben zurückzuerstatten:

- wenn er Anspruch auf Erstattung durch die Gegenpartei hat;
- bei Vorsatzdelikten, wenn das Verfahren mit einem anderen Urteil als dem Freispruch oder der Herabstufung der Straftat von vorsätzlich auf fahrlässig endet.

Der Versicherte hat die Pflicht, die Kopie des rechtskräftigen Urteils umgehend an ARAG zu übermitteln.

Art. 112 - Gültigkeitsgebiet

Die Leistungen gelten für Schadensfälle, die in folgenden Gebieten entstehen und bei den dort zuständigen Gerichtsbehörden zu behandeln sind:

- in den Ländern der Europäischen Union, Vereinigtem Königreich, Vatikanstadt, Republik San Marino, Fürstentum Monaco, Schweiz und Liechtenstein für die strafrechtliche Verteidigung, die Forderung von Schadensersatz an Dritte, für die Abwehr von außervertraglichen Schadensersatzforderungen, die durch Dritte gestellt werden;
- in der Republik Italien, Vatikanstadt und Republik San Marino für die anderen Sachverhalte.

Art. 113 - Versicherte

Versicherte sind sowohl der Versicherungsnehmer als auch die anderen nachstehend beschriebenen Personen, wenn bei den Deckungen aufgeführt ist, dass diese für alle Versicherten wirksam sind.

Für Personengesellschaften:

- die Gesellschafter
- die mitarbeitenden Gesellschafter
- die im Beschäftigtenverzeichnis des Unternehmens eingetragenen Personen
- Saisonarbeiter, Aushilfskräfte, Mitarbeiter auf Abruf, Leiharbeiter und überlassene Arbeitskräfte, ergänzende Arbeitsleistende
- Angehörige des Unternehmensinhabers, die im Betrieb mitarbeiten

Für Kapitalgesellschaften:

- der gesetzliche Vertreter, auch als Geschäftsführer



- die Gesellschafter
- die mitarbeitenden Gesellschafter
- die im Beschäftigtenverzeichnis des Unternehmens eingetragenen Personen
- Saisonarbeiter, Aushilfskräfte, Mitarbeiter auf Abruf, Leiharbeiter und überlassene Arbeitskräfte, ergänzende Arbeitsleistende

Für Einzelfirmen und Familienbetriebe:

- der Inhaber
- die im Beschäftigtenverzeichnis des Unternehmens eingetragenen Personen
- Saisonarbeiter, Aushilfskräfte, Mitarbeiter auf Abruf, Leiharbeiter und überlassene Arbeitskräfte, ergänzende Arbeitsleistende
- Angehörige des Unternehmensinhabers, die im Betrieb mitarbeiten

Bei Rechtsstreitigkeiten zwischen Versicherten werden die Leistungen allein zu Gunsten des Versicherungsnehmers garantiert.

Art. 114 - Garantierte Leistungen und Höchstbeträge

Die Deckungen gelten für Schadensfälle, welche die Aktivitäten des versicherten Unternehmens betreffen und in der Police beschrieben sind, einschließlich Schadensfälle an der als Satzungssitz dienenden Immobilie und, falls in der Police angegeben, an Immobilien, die der Geschäftstätigkeit dienen.

1. Lieferanten

Bei einem Streitwert ab € 500 bis maximal € 30.000 werden die Ausgaben für Vertragsstreitigkeiten mit den Lieferanten abgedeckt.

2. Miete, Eigentumsrecht und andere dingliche Rechte

Die Ausgaben für Rechtsstreite in Sachen Miete, Eigentumsrecht und anderer dinglicher Rechte sind abgedeckt.

Im Bereich der Ersitzung entspricht das Ereignis des Rechtsstreits dem Datum der ersten Vorbringung des Antrags auf Eigentumserwerb durch Ersitzung, vorausgesetzt dass dieser während der Laufzeit des Vertrags eingereicht wurde.

3. Beschäftigungsverhältnisse

Es werden die Ausgaben für individuelle arbeitsrechtliche Streitigkeiten mit Beschäftigten abgedeckt, die im Beschäftigtenverzeichnis des Versicherungsnehmers eingetragen sind.

4. Erlittene Schäden

Es werden die Ausgaben für die Schadensersatzforderung für außervertragliche Schäden abgedeckt, die aufgrund von Straftaten Dritter erfahren werden, einschließlich der Nebenklage im Strafprozess.

5. Ausgaben für die Abwehr im Falle außervertraglicher Schäden

Es werden die Ausgaben abgedeckt, die von allen Versicherten für die Abwehr von Schadensersatzforderungen Dritter getragen werden, die aufgrund von außervertraglichen, von den Versicherten verursachten Schäden gestellt werden.

Die Deckung gilt auf erstes Risiko:

wenn die Haftpflichtpolice:

- nicht vorhanden ist;
- in der Sache nicht wirksam ist, da sie den angezeigten Sachverhalt nicht abdeckt, weil er nicht Gegenstand der Deckung ist oder weil er ausdrücklich von der Deckung ausgeschlossen wurde oder falls der Betrag des Schadens unter dem vertraglichen Selbstbehalt liegt;
- nicht wirksam wird, weil keine Haftung des Versicherten vorliegt;
- nicht wirksam wird, weil der Haftpflichtversicherer kein Interesse daran hat, die Schadensersatzklage des Dritten abzuwehren, da der Höchstbetrag für die Abwicklung des Schadens ausgeschöpft ist. Die Deckung gilt für die anschließenden Ausgaben.

Diese Deckung gilt nicht, wenn die Haftpflichtversicherung den Schaden, nicht aber die Gerichtskosten für die Abwehr der Schadensersatzklage abdeckt.

Zum Beispiel, wenn der Haftpflichtversicherer kein Interesse hat, weil er den Schaden des Dritten mit einem unter dem Höchstbetrag laut Police liegenden Betrag ausgezahlt hat, oder wenn die Vereinbarung zur Streitführung verletzt wurde.

Diese Deckung gilt nicht, wenn der Schadensfall erst nach Ablauf der Verjährungsfrist beim Haftpflichtversicherer gemeldet wird. Die Ausgaben für die Beweissicherung, die zeitlich vor dem Eingreifen des Haftpflichtversicherers erfolgt, sind nicht abgedeckt. Die Wirksamkeit der Deckung ist der Feststellung des Bestehens der Schadensfalldeckung durch den Haftpflichtversicherer untergeordnet.

6. Fahrlässigkeitsdelikte oder Ordnungsstrafen

Es werden die in strafrechtlichen Verfahren für Fahrlässigkeitsdelikte oder Ordnungsstrafen getragenen Ausgaben - auch für den Bereich Steuer- oder Verwaltungsrecht - abgedeckt.

Es werden die Ausgaben abgedeckt, die für die Freigabe von beschlagnahmten Gütern zum Zwecke der Fortsetzung der versicherten Tätigkeit getragen werden.

7. Vorsatzdelikte

Es werden die in strafrechtlichen Verfahren für Vorsatzdelikte getragenen Ausgaben abgedeckt.

Die Deckung gilt, wenn:

- der Versicherte mit rechtskräftigem Urteil freigesprochen wird
- die Straftat von vorsätzlich auf fahrlässig zurückgestuft wird
- das Verfahren wegen Gegenstandslosigkeit der Meldung einer strafbaren Handlung oder, weil der Umstand keine Straftat darstellt, eingestellt wird

Die Deckung wirkt nicht in Fällen der Verfahrenseinstellung aus anderen Gründen.

ARAG erstattet den Versicherten die Ausgaben, die sie bis zu dem Moment getragen haben, in dem das Urteil Rechtskraft erlangt hat.

Falls das Verfahren nach der Einstellung wieder aufgenommen wird und ein anderes Urteil als Freispruch oder Rückstufung der Straftat von vorsätzlich auf fahrlässig ergeht, **hat der Versicherte sämtliche von ARAG für die Verteidigung des Versicherten in allen Instanzen getragenen Ausgaben an ARAG zurückzuzahlen.**

Die Versicherung wird bis zum Höchstbetrag Euro 10.000,00 pro Schadensfall und Euro 50.000,00 pro Versicherungsjahr geleistet.

Art. 115 – Ausschlüsse

Wird der Versicherte in einen Rechtsstreit verwickelt, übernimmt der Versicherer folgende Ausgaben nicht:

- Vergütung des Anwalts auf Grundlage einer Vereinbarung über die Beteiligung am Prozessgewinn
- Anwaltshonorare für Strafanträge und Anzeigen, wenn in deren Folge kein Strafverfahren gegen die andere Partei eingeleitet wird
- Honorare des Anwalts, der die Zustellungsanschrift stellt, wenn nicht von ARAG benannt
- Ausgaben für Reisekostenvergütung
- Kosten der Zwangsvollstreckung über den zweiten Fall pro Schadensfall hinaus
- Kosten der Schlichtungsstelle bei nicht obligatorischer Schlichtung
- Steuern, Abgaben und andere Lasten, die nicht zu den Gerichtskosten gehören
- Strafen, Bußgelder, Geldstrafen allgemein
- etwaige Kostenerstattungen, die zu Gunsten der in Strafverfahren gegen den Versicherten angetretenen Nebenkläger verfügt werden
- nicht mit ARAG vereinbarte Ausgaben
- im Falle der Wahl einer Zustellungsanschrift, jede Verdoppelung von Honoraren

Der Versicherer übernimmt ferner nicht:

- a) bei Vorsatzdelikten - die getragenen Ausgaben, wenn die Straftat aus anderen Gründen als Freispruch, Zurückstufung von vorsätzlich auf fahrlässig oder Einstellung aufgrund von Gegenstandslosigkeit oder mangels strafbaren Tatbestandes getilgt wird.
- b) bei Fahrlässigkeits- und Vorsatzdelikten: Ausgaben für die Freigabe anderer beschlagnahmter Güter als derjenigen, die zum Zwecke der Fortsetzung der versicherten Tätigkeit benötigt werden.
- c) bei Rechtsstreiten mit Lieferanten: Ausgaben bei Streitwert unter € 500 oder über € 30.000.
- d) bei arbeitsrechtlichen Streitigkeiten: Ausgaben für individuelle arbeitsrechtliche Streitigkeiten mit Beschäftigten, die nicht im Beschäftigtenverzeichnis des Versicherungsnehmers eingetragen sind.
- e) bei der Deckung Ausgaben für die Abwehr im Falle außervertraglicher Schäden, auf erstes Risiko:
 - die getragenen Ausgaben, wenn die Haftpflichtversicherung den Schaden, aber nicht die Gerichtskosten für die Abwehr der Schadensersatzklage abdeckt;
 - die getragenen Ausgaben, wenn der Schadensfall erst nach Ablauf der Verjährungsfrist beim Haftpflichtversicherer gemeldet wurde;
 - die Ausgaben für die Beweissicherung, die zeitlich vor dem Eingreifen des Haftpflichtversicherers erfolgt;
 - die getragenen Ausgaben, wenn keine Feststellung des Bestehens der Schadensfalldeckung durch den ggf. vorhandenen Haftpflichtversicherer vorliegt.

Falls im Vertrag nicht anders festgelegt, gelten die Deckungen nicht für Schadensfälle im Bereich:

1. Familien-, Erb- oder Schenkungsrecht;
2. Steuer- oder Verwaltungsrecht;
3. Umstände infolge von sozialen Unruhen, Aufständen, kriegerischen Ereignissen, terroristischen Anschlägen, Vandalismus, Erdbeben, Streik, Aussperrung, Verwahrung oder Verwendung radioaktiver Substanzen;
4. Aktivitäten in Verbindung mit der Kernkraftbranche, Nuklear- oder genetischen Schäden, die vom Versicherten verursacht werden, unter Ausnahme von Rechtsstreiten infolge medizinischer Behandlungen;
5. Umstände infolge von Naturereignissen, die zu Naturkatastrophen erklärt werden bzw. die Ausrufung des Notstands bewirken;
6. Patent-, Marken-, Urheber- und Exklusivrechte sowie Rechtsansprüche bei Auktionsbetrug, unlauterem Wettbewerb oder Verletzung des Kartellverbots;
7. Kauf/Verkauf von Gesellschaftsanteilen oder Rechtsstreitigkeiten zwischen Geschäftsführern und/oder



- Gesellschaftern bzw. zwischen letzteren und dem Versicherungsnehmer;
8. Eigentum oder Fahren von Kraftfahrzeugen, Booten, Flugzeugen oder Fahrzeugen, die auf Schienen oder an Metallseilen fahren;
 9. vorsätzliche Handlungen der versicherten Personen;
 10. nicht zufällige Umstände, die Umweltverschmutzung nach sich gezogen haben;
 11. Fusion, Änderung oder Umwandlung von Gesellschaften;
 12. Dienstleistungen oder Lieferungen von Gütern, die vom Vertragsnehmer in Ausübung seiner Betriebstätigkeit vorgenommen worden sind;
 13. Kauf/Verkauf oder Tausch von Immobilien;
 14. Wiederherstellung oder erhaltende Sanierungsmaßnahmen, Renovierung oder Neubau von Gebäuden, einschließlich damit verbundener Lieferaufträge oder Verlegung/Installation von Materialien oder Anlagen; dieser Ausschluss ist nicht wirksam, wenn der Versicherungsnehmer im Bausektor tätig ist;
 15. Vermietung oder Abtretung des Unternehmens, eines Unternehmenszweigs oder Immobilien-Leasingverträge;
 16. Herstellung oder Vertrieb von Sprengstoffen oder Herstellung von Waffen oder militärischer Ausrüstung;
 17. Tätigkeiten von Industriebetrieben, die auf die Abfallbehandlung oder -entsorgung spezialisiert sind;
 18. Rechtsstreitigkeiten zwischen Leiharbeitsunternehmen und den bei Dritten beschäftigten Leiharbeitskräften;
 19. Aktivitäten von Genossenschaften oder Verbraucherverbänden;
 20. Ausübung des Arztberufs, medizinischer oder pflegerischer Tätigkeiten;
 21. Agentur-, Vertretungs- und Beauftragungsverträge;
 22. Streitigkeiten mit der Gesellschaft oder der Bank, welche die Dachgesellschaft der ersten ist;
 23. Teilnahme an Sammelklagen (class action);
 24. strafrechtliche Verteidigung wegen Kindesmisshandlung;
 25. Schuldeneintreibung;
 26. für Streitigkeiten, welche die Zahlung von Mieten und Nebenkosten zum Gegenstand haben;
 27. vertraglicher Art des Versicherten, welche die Zahlung des Preises von Gütern oder Dienstleistungen zum Gegenstand haben;
 28. wenn die Möglichkeit eines Falls von Berufshaftpflicht des beauftragten Rechtsbeistands besteht;
 29. bezüglich oder in Verbindung mit nicht von Versicherten belegten oder nicht in der Police aufgeführten Immobilien;
 30. bezüglich vom Versicherten, ggf. auch ehrenamtlich, bekleideten Gesellschaftsämtern bei öffentlichen oder privaten Körperschaften;
 31. die nicht ausdrücklich unter Art. 114 - „Garantierte Leistungen und Höchstbeträge“ genannt sind;
 32. die auf Massenentlassungen oder Verfahren zur Inanspruchnahme der Lohnausgleichskasse zurückzuführen sind;
 33. bezüglich der Ausübung der unter Art. 2229 des it. Zivilgesetzbuchs definierten geistigen Berufe.

ABSCHNITT 11 - SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN

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

Art. 116 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer erstattet den Einnahmeausfall des in der Police angegebenen Unternehmens, in dem eines oder mehrere elektronische - ggf. mit verschiedenen Bankinstituten verbundene - POS-Terminals (Point of sale) verwendet werden, wenn der Ausfall aufgrund der vollständigen zwangsläufigen Inaktivität verursacht wurde, die auf einen direkten Sachschaden zurückzuführen ist, der durch mindestens eines nachstehender Ereignisse hervorgerufen wurde.

A. DECKUNG SCHUTZ VON POS-EINNAHMEN

Der Versicherer erkennt dem Versicherten für jeden Arbeitstag erzwungener und vollständiger Inaktivität des versicherten Unternehmens/Geschäfts ein Tagegeld (dessen Betrag entsprechend Art. 119 festgelegt wird, unbeschadet des Höchstbetrags laut Police) für den Fall direkter Sachschäden zu, die entstehen an:

- a) Gebäude und Bestand des in der Police aufgeführten Unternehmens mit Einschränkung auf die Räumlichkeiten, in denen das POS-Terminal verwendet wird, im Anschluss an die nachstehend aufgeführten Ereignisse:



1. **Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten und Implosion**, die nicht durch Sprengkörper verursacht worden sind;
2. **Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten**, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen;
3. **Druckwelle**, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;
4. **Zusammenstoß von Straßenfahrzeugen**, die nicht dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder den anderen Beschäftigten gehören oder von diesen verwendet werden;
5. Rauch, der infolge einer zufälligen Panne, **die nicht durch Verschleiß, Korrosion, Materialdefekte oder mangelhafte Wartung verursacht wurde**, aus den Anlagen für die Wärmeerzeugung austritt, die Teil der Sachen selbst sind, vorausgesetzt dass diese Anlagen über geeignete Leitungen und fachgerecht angelegte Kamine angeschlossen sind;
6. **Entwicklung von Rauch, Gas und Dämpfen**, Auslaufen oder Austreten von Flüssigkeiten, **vorausgesetzt dass dies Folge von zuvor aufgeführten Ereignissen ist, welche die in der Police genannte Betriebstätigkeit betroffen haben**;
7. **Ausfall oder anomale Erzeugung oder Verteilung von elektrischer oder Wärmeenergie oder Wasserkraft**, Ausfall oder anomaler Betrieb von elektronischen Geräten, Heiz- oder Klimaanlage, **vorausgesetzt dass dies Folge der zuvor aufgeführten Ereignisse ist**;
8. **elektrische Störfälle**, Entladungen oder andere elektrische Betriebsstörungen aus jeglichem Anlass an:
 - elektrischen und elektronischen Maschinen und Anlagen, Geräten und Schaltungen, die zum Gebäude gehören;
 - Maschinen und Anlagen, die zum Bestand gehören.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **aufgrund von Verschleiß oder mangelnder Wartung;**
 - **die bei Ein- und Ausbauvorgängen auftreten, die nicht in Verbindung mit Wartungs- oder Überholungsmaßnahmen stehen, sowie Schäden, die bei Abnahmen und Tests auftreten;**
 - **die auf Defekte zurückzuführen sind, die dem Versicherten oder Versicherungsnehmer beim Abschluss der Police bekannt waren oder**
 - **für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller oder Lieferant zu haften hat;**
 - **an elektrischen Lampen, Leuchtschildern, Vakuumröhren, und Schmelzsicherungen;**
 - **an elektrischen Transformatoren und Stromgeneratoren im Freien, außerhalb des Gebäudes;**
9. **Witterungsschäden**, wie:
- i. Hagel, Orkan, Sturm, Windhosen, Wind und von diesem mitgetragene Gegenstände, wenn deren Gewaltigkeit sich an den Wirkungen auf eine Reihe von Sachen in der näheren Umgebung feststellen lässt;
 - ii. Nässe im Innern des Gebäudes infolge von Brüchen, Spalten oder Beschädigungen, die am Dach, den Wänden oder Tür-/Fensterelementen durch die Gewaltigkeit oben genannter Witterungsereignisse verursacht worden sind.

Ausgeschlossen sind Schäden durch:

- **Verstopfung oder Überlaufen von Regenrinnen oder Fallrohren mit oder ohne deren Bruch;**
 - **Ausuferung von natürlichen oder künstlichen Wasserläufen oder stehenden Gewässern;**
 - **Sturmfluten und Eindringen von Meerwasser;**
 - **Entstehung von Bächen, Wasserstau im Außenbereich, Brechen oder Überquellen des Abflusssystems;**
 - **Frost, übermäßige Schneelast, unbeschadet der Bestimmungen unter Punkt 11. „übermäßige Schneelast“;**
 - **Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzten, Eindringen;**
 - **Einbrechen, Erdbeben oder Abgleiten des Erdbodens;**
- obgleich diese infolge der Erscheinungen laut Punkt „i“ und „ii“ aufgetreten sind;**
10. **Hagel auf zerbrechlichen Elementen**, wie:
- Tür- und Fensterflügel, Verglasungen und Oberlichter allgemein;
 - Asbestzement- und Faserzementplatten sowie Bauteile aus Kunststoffmaterial;
- auch wenn sie zu Gebäuden oder auf einer oder mehreren Seiten offenen Überdachungen gehören, **unter Ausschluss von Gewächshäusern und deren Inhalt.**
11. **Übermäßige Schneelast**, einschließlich etwaiger Nässeschäden im Innern der Betriebsräume und an deren Bestand, vorausgesetzt dass diese infolge eines vollständigen oder partiellen Einbruchs des Dachs oder der Außenwände infolge der Schneelast aufgetreten sind;
12. **Austreten von Leitungswasser** infolge des zufälligen Bruchs von Wasserleitungen, Sanitäreinrichtungen und Haustechnik in den Gebäuden, in denen die Sachen enthalten sind.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- **durch Feuchtigkeit, Tropfleckage, Überlaufen oder Überquellen von Kanalisation oder anderen Leitungen, Frost, Bruch von automatischen Brandlöschanlagen;**
- **an Waren, die in einer Höhe unter 12 cm vom Boden gelagert sind;**
- **durch Überlaufen, Überquellen oder Bruch der Kanalisation;**



- durch Verschleiß, Korrosion, Materialdefekte oder mangelnde Wartung.
13. an gekühlten Waren (mangelnde Kühlung), worunter die materiellen und direkten von der gekühlten Ware erfahrenen Schäden zu verstehen sind, wegen:
- mangelnder oder anormaler Erzeugung oder Verteilung der Kälte;
 - Auslaufen des Kältemittels; infolge von:
 - einem Ereignis, das gemäß den Bedingungen laut Abschnitt 11 - Schutz von Einnahmen - versichert ist;
 - zufälligen Pannen oder Brüchen der Kühlanlage oder von deren Kontroll- und Sicherheitsvorrichtungen sowie der Wasserzuführungssysteme und der Systeme für die Erzeugung und Verteilung von elektrischer Energie, welche direkt zur Anlage gehören.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- für welche der Lieferant wegen Bau- oder Installationsmängeln haftet;
 - verursacht durch fehlerhafte Bedienung oder mangelhafte Anlagenleistung;
 - an Waren auf Fahrzeugen.
14. sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse, wie Volksunruhen, Streiks, Aufstände, die entweder von Einzelpersonen oder Gruppen begangen werden, Vandalismus und vorsätzliche Taten, einschließlich Terroranschläge und Sabotage.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung verursacht werden;
- durch Überschwemmungen oder Erdbeben;
- durch Raub, Erpressung, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art;
- durch elektrische Störfälle an elektrischen oder elektronischen Maschinen und Anlagen, Geräten und Schaltungen;
- die von gekühlten Waren durch Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden;
- die durch die Unterbrechung von Verarbeitungsprozessen, Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung von Energie, durch Beeinträchtigungen von Produkten infolge der Arbeitsunterbrechung, durch Beeinträchtigung oder Ausfall von Kontrollen oder Bedienvorgängen verursacht werden;
- die infolge von rechtmäßiger oder faktischer Beschlagnahme, Einziehung oder Requisition der versicherten Einheiten auf Anordnung durch jede Art behördlicher Instanz bzw. im Falle von Aussperrungen aufgetreten sind;
- durch Beschmieren;
- an Gewächshäusern und deren Bestand;
- ferner sind Kosten oder Ausgaben ausgeschlossen, die direkt oder indirekt auf nukleare, biologische oder chemische Kontamination zurückzuführen sind.

Der Versicherer entschädigt, unter Beibehaltung oben aufgeführter Bedingungen, auch Schäden, die im Laufe einer nicht militärischen Besetzung des Eigentums aufgetreten sind, auf dem sich die versicherten Einheiten befinden. Sollte diese Besetzung jedoch ohne Unterbrechung mehr als 5 Tage lang dauern, kommt der Versicherer nicht für die Schäden auf, auch wenn sie während dieses Zeitraums entstanden sind.

15. Absturz von Personen- und Lastaufzügen infolge des Bruchs von Vorrichtungen;
16. Brüche aus zufälligen Gründen von Scheiben, Platten und Schildern.

Ausgeschlossen sind Schäden:

1. die auftreten bei:
 - Reparatur und/oder Entfernung von Scheiben, Platten und Schildern;
 - Umzugsvorgängen;
 - Renovierungs- oder Umbauarbeiten an den Räumlichkeiten;
2. bezüglich Platten, Scheiben und Schildern, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Deckung nicht unversehrt und frei von Defekten waren;
3. von Oberlichtern oder Platten/Scheiben und Schildern mit künstlerischem Wert;
4. von Schildern infolge von Überhitzung oder Kurzschlüssen.

- b) Geräten und Maschinen des in der Police aufgeführten Unternehmens mit Einschränkung auf die Räumlichkeiten, in denen das POS-Terminal verwendet wird, im Anschluss an die nachstehend aufgeführten Ereignisse:

17. Maschinenpannen aufgrund mechanischer Brüche, Zentrifugalkräften, Vibrationen, unvorhersehbaren Belastungen und Fremdkörpern;
18. Verschütten von Flüssigkeiten, worunter die Schäden durch das Auslaufen von in geeigneten Behältern aufbewahrten Flüssigkeiten zu verstehen ist, das durch zufälligen Bruch der Behälter, Ventile, Hähne, Anschlüsse sowie der damit



verbundenen technischen Anlagen verursacht wird.

Ausgeschlossen sind auf jeden Fall:

- Schäden aufgrund fehlerhaften Öffnens oder Schließens von Ventilen und/oder Hähnen;
 - Schäden durch mangelnde Dichtigkeit der Behälter;
 - Schäden aufgrund des Verschüttens aus Behältern mit weniger als 300 l Fassungsvermögen;
 - Schäden, die an anderen Einheiten durch das Verschütten der Flüssigkeit verursacht werden;
19. Unerfahrenheit, Unvorsichtigkeit, Nachlässigkeit, Bedienfehler bei Verwendung/Betrieb der Anlagen und Maschinen durch Beschäftigte des Versicherten oder Dritte;
20. Ausfall oder gestörte Funktion von Bedien- oder Steuergeräten;
21. Schäden an Rohren und elektronischen Ventilen, außer wenn diese direkte Folge von entschädigungsfähigen Schäden sind, die an anderen Teilen der versicherten Sachen aufgetreten sind.
Diese Schäden werden unter Berücksichtigung des Abnutzungsprozentsatzes entschädigt, der sich aus den vom Hersteller angegebenen Parametern ergibt, bzw. in Ermangelung aus dem Abnutzungsprozentsatz, der sich aus dem Verhältnis zum seit der Installation verstrichenen Zeitraum, zu den Betriebsstunden, erfahrenen Druckstößen oder anderen einschlägigen Parametern im Verhältnis zur geschätzten Lebensdauer der Rohre ergibt;
22. Schäden an, ausschließlich für die versicherten Sachen bestimmten, externen Leitungen
Nicht entschädigungsfähig sind Schäden an den Zubehörteilen der versicherten Leitungen, die nicht von Strom durchflossen werden. Im Falle von entschädigungsfähigen Schäden an externen Leitungen sind auch die vom Versicherten getragenen Kosten für Aushub-, Abtrags-, Abstütz-, Mauer-, Putz- und Belagsarbeiten inbegriffen.

Art. 117 - Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind - abgesehen von den bereits für die einzelnen Deckungen getätigten Ausschlüssen - Schäden:

- a. durch Diebstahl, Raub, Erpressung, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art, die bei Ereignissen aufgetreten sind, für welche die Versicherung gilt;
- b. die bei Kriegshandlungen, Aufständen, Volksaufbruch, Streiks, Unruhen, militärischer Besetzung, Invasion, aufgetreten sind, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann belegen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung mit diesen Ereignissen stand, sowie unbeschadet der Regelungen laut Punkt 14. - „Sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse“ von Art. 116 - „Gegenstand der Versicherung“;
- c. die bei einer Explosion oder der Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns erzeugt wird, ebenso wie bei Strahlung, die von der künstlichen Teilchenbeschleunigung hervorgerufen wird, auftreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann beweisen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung zu diesen Ereignissen stand;
- d. die durch Erdbeben, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, Hochwasser, Seebeben und Sturmfluten, Erdrutsche und Überflutungen verursacht werden;
- e. an der Maschine oder Anlage, an der Bersten oder Implosion aufgetreten sind, wenn das Ereignis durch Verschleiß, Korrosion oder Materialdefekte verursacht wurde;
- f. die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern, Geschäftsführern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung begangen werden;
- g. am Inhalt von Öfen, Muffen, Geräten in Brenneieren oder Röstereien durch die Direkteinwirkung der Flamme oder die Hitze der Feuerstätte;
- h. die durch Frost verursacht werden;
- i. durch Vergiftung von Vieh;
- j. durch Einbrechen, Erdbeben oder Abgleiten des Erdbodens;
- k. durch Verschleiß, Abnutzung, Korrosion und Oxidation, welche die natürliche Folge des Gebrauchs oder Betriebs sind oder die durch das beständige Einwirken der Witterung verursacht werden;
- l. für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller, Verkäufer oder Vermieter der Geräte und Maschinen zu haften hat;
- m. die infolge von Ein- und Ausbauvorgängen auftreten, die nicht in Verbindung mit Wartungs- oder Überholungsmaßnahmen stehen, sowie Schäden, die bei Transport und Beförderung sowie den damit verbundenen Auf- und Abladevorgängen außerhalb des für die beweglichen Sachen angegebenen Standorts und außerhalb des ursprünglichen Installationsorts der festen Sachen auftreten;
- n. aufgrund der Nichtbeachtung der vom Hersteller oder Lieferanten der Geräte und Maschinen erteilten Wartungs- und Betriebsvorschriften;
- o. infolge des Tragens der Kosten für:
 - Durchführung der vorbeugenden Wartung;
 - Durchführung von Kontrollen der Funktionstüchtigkeit;



- Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten;
- p. ästhetischer Art, die nicht in Verbindung mit den entschädigungsfähigen Schäden stehen;
- q. die Defekten zuzuschreiben sind, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten beim Abschluss der Police bekannt sind;
- r. an austauschbaren oder für bestimmte Bearbeitungen aufsetzbaren Utensilien oder Zubehörteilen, an Formen, Matrizen, Gesenken, Schleifscheiben, Förderbändern, Seilen, Bändern, Riemen, Ketten, Reifen, Dichtungen, Filzbelägen, Verkleidungen, feuerfesten Belägen, Katalysatoren, Filtern, Fluiden allgemein mit Ausnahme des Öls von Transformatoren und Schaltern;
- s. bezüglich der elektronischen Komponenten von elektrischen oder mechanischen Geräten und Anlagen, die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen auftreten und deren Beseitigung zu den Leistungen gehört, die normalerweise von Wartungs- und technischen Kundendienstverträgen erfasst werden;
- t. durch Verlust, Beeinträchtigung oder Zerstörung von Daten, Verschlüsselungsprogrammen oder Software;
- u. durch mangelnde Verfügbarkeit von Daten und Funktionsstörungen von Hardware oder Software;
- v. an Kraftfahrzeugen;
- w. durch Betriebsunterbrechung von Anlagen oder Maschinen infolge von:
 - Nutzung von Internet oder Intranet (Verwendung von Internetadressen, Websites oder Intranet sowie jeglicher Betrieb oder Betriebsstörungen von Internet und/oder den Verbindungen zu Internetadressen, Websites oder Intranet);
 - elektronische Übertragung von Daten oder anderen Informationen;
 - Computerviren oder ähnliche Softwares (z.B. Trojaner, Computerwürmer usw.);
 - ggf. auch unbeabsichtigte Verletzung von geistigen Eigentumsrechten (z.B. Marken-, Urheber-, Patentrecht);
 - Verletzung von Gesetz 196/2003 i.d.g.F.;
- x. an folgenden Geräten:
 - Geräten für den häuslichen Gebrauch;
 - elektromedizinischen Geräten;
 - an Photovoltaikanlagen;
- y. ausgeschlossen sind Schäden, Defekte oder Betriebsstörungen sowie Schäden an Modulen und elektronischen Bauteilen der Anlagen und Geräte (einschließlich der Kosten für Suche und Feststellung der Defekte), welche während der Garantiefrist der Hersteller- und/oder Lieferantenfirma aufgetreten sind, bzw. deren Beseitigung zu den normalerweise im technischen Wartungsvertrag enthaltenen Leistungen gehört, d.h.:
 - Kontrollen der Funktionstüchtigkeit;
 - vorbeugende Wartung;
 - Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten;
 - Beseitigung von Schäden und Störungen (Ersatzteile und Lohnkosten), die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen aufgetreten sind.

Art. 118 - Verpflichtungen im Schadensfall

Im Schadensfall haben Versicherter oder Versicherungsnehmer den Versicherer binnen 3 Tagen nach Kenntnisnahme unter Angabe des Ereignisses und des annähernd geschätzten Schadensbetrags zu benachrichtigen sowie binnen 24 Stunden ab Ereignis Anzeige bei der zuständigen Behörde oder der lokalen Polizeidienststelle zu erstatten. Versicherter oder Versicherungsnehmer sind verpflichtet, die Spuren und Rückstände des Schadensfalls sowie die Indizien des möglicherweise begangenen Verbrechens bis zur Auszahlung des Schadens aufzubewahren, ohne dass Anspruch auf eine diesbezügliche Entschädigung besteht. Der Versicherte (oder der Versicherungsnehmer) hat das tatsächliche Vorliegen des Schadens zu beweisen und ferner Belege für die mittels POS erfolgten Transaktionen vorzulegen, wofür er sämtliche für diese Beweisführung geeigneten Unterlagen bereitzuhalten hat.

Art. 119 - Festlegung der Schadenshöhe

Für jeden Arbeitstag der zwangsläufigen und vollständigen Inaktivität aufgrund eines der Ereignisse laut Art. 116 - „Gegenstand der Versicherung“ erkennt der Versicherer dem Versicherten ein Tagegeld von mindestens Euro 50,00 und höchstens Euro 400,00 zu, das am durchschnittlichen Tagesvolumen der während der 12 Monate vor dem Schadensfall getätigten POS-Transaktionen bemessen wird.

Falls das versicherte Unternehmen/Geschäft seine Aktivitäten in mehreren Gebäuden ausübt, von denen eines vom Schadensfall betroffen ist, richtet sich das Tagegeld nach dem durchschnittlichen Tagesvolumen allein der Transaktionen, die mit den POS-Terminals im Innern des/der Gebäude abgewickelt wurden, die vom Schadensfall betroffen worden sind.



Falls das versicherte Unternehmen/Geschäft seine Tätigkeit seit einem kürzeren Zeitraum als 12 Monate vor dem Schadensfall ausübt, wird das Tagegeld für jeden Arbeitstag zwangsläufiger und vollständiger Inaktivität am durchschnittlichen Tagesvolumen ab Eröffnungsdatum bemessen.

Falls das versicherte Unternehmen/Geschäft seine Tätigkeit saisonal ausübt, worunter zu verstehen ist, dass die Betriebstätigkeit pro Jahr für Zeiträume über 2 Monate durchgehend eingestellt wird, ist der Schadensfall, der auf eines der von Art. 116 - „Gegenstand der Versicherung“ vorgesehenen Ereignisse zurückzuführen ist, entschädigungsfähig, wenn er während der aktiven Saison des versicherten Unternehmens/Geschäfts aufgetreten ist. Das Tagegeld für jeden Arbeitstag zwangsläufiger und vollständiger Inaktivität wird am durchschnittlichen Tagesvolumen in Bezugnahme auf die aktive Saison innerhalb der 12 Monate vor dem Schadensfall bemessen.

Das Tagegeld wird auf der Basis einer folgendermaßen gegliederten Stufung berechnet:

- a. 1. Stufe Transaktionsvolumen bis Euro 50,00 pro Tag: Entschädigung von Euro 50,00 pro Tag.
- b. 2. Stufe Transaktionsvolumen von Euro 50,00 bis Euro 180,00 pro Tag: Entschädigung entsprechend der Vorgabe unter vorigem Punkt a. (Euro 50,00), wozu eine weitere Entschädigung von 50% des restlichen Anteils zwischen durchschnittlichen Tageseinnahmen und Zahlung gemäß Punkt a. hinzukommt;
- c. 3. Stufe Transaktionsvolumen über Euro 180,00 pro Tag: Entschädigung entsprechend der Vorgabe unter vorigem Punkt a., zuzüglich einer weiteren Entschädigung von 50% der Differenz zwischen dem Höchstbetrag der zweiten Stufe und der Zahlung gemäß Punkt a. (Euro 50,00), wozu eine weitere Entschädigung von 20% der Differenz zwischen durchschnittlichen Tageseinnahmen und Höchstbetrag der zweiten Stufe (Euro 180,00) hinzukommt.

Die Deckung Schutz von POS-Einnahmen wird nach Anwendung eines zeitlichen Selbstbehalts von 3 Arbeitstagen einschließlich des Tags, an dem sich der Schadensfall ereignet hat, geleistet.

Die Deckung wird bis zur Erreichung der Entschädigung geleistet, die gemäß oben angegebenen Methoden festgelegt wurde, welche die maximale Risikoübernahme des Versicherers pro Schadensfall und Versicherungsjahr darstellt.

Die Versicherung gilt ausschließlich für Italien. Keine Entschädigung wird im Rahmen dieser Deckung geleistet, wenn das Unternehmen des Versicherten aufgelöst oder unter Zwangsverwaltung gestellt wird oder wenn die ausgeübte Betriebstätigkeit - ggf. auch infolge eines Schadensfalls - endgültig aufgegeben wird.

Art. 120 - Vertragliches Gutachten

Besteht kein Einvernehmen der Parteien hinsichtlich der Auszahlung der Schäden wird die Streitigkeit zwei, jeweils von einer der Parteien ernannten Gutachtern überstellt, die bei weiterer Uneinigkeit einen Dritten ernennen. Die Entscheidungen werden mehrheitlich getroffen und sind bindend für die Parteien gemäß den Bestimmungen von Art. 121 - „Beauftragung der Gutachter“. Falls eine Partei die ihr zustehende Ernennung nicht tätigt oder falls keine Einigung für die Ernennung des dritten Gutachters zustande kommt, erfolgt diese auf Beantragung der gewissenhafteren Partei durch den Präsidenten des Gerichts, in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall aufgetreten ist.

Art. 121 - Beauftragung der Gutachter

Die Gutachter haben die Aufgabe:

1. Umstände, Art, Ursachen und Hergang des Schadensfalls zu ermitteln;
2. die Genauigkeit der aus den Vertragsakten hervorgehenden Beschreibungen und Erklärungen zu prüfen und festzustellen, ob zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht bekanntgegebene Umstände bestanden haben, die eine Erhöhung des Risikos bewirkt haben, und zu überprüfen, ob der Versicherte (bzw. Versicherungsnehmer) seinen Verpflichtungen gemäß Art. 118 - „Was tun im Schadensfall“ nachgekommen ist;
3. Vorhandensein, Beschaffenheit und Menge der versicherten Sachen zu prüfen und deren Wert entsprechend den in Art. 119 „Festlegung der Schadenshöhe“ angegebenen Beurteilungskriterien zu bestimmen;
4. die Schätzung und Auszahlung des Schadens vorzunehmen einschließlich der Kosten für Rettung, Abbruch und Räumung.

Die Ergebnisse der Begutachtung durch die einigen Gutachter oder durch deren Mehrheit im Falle des kollegial angefertigten Gutachtens sind in einem Protokoll festzuhalten (dem die detaillierten Schätzungen beigelegt werden), das in doppelter Ausfertigung - eine pro Partei - verfasst wird. Die Ergebnisse der Beurteilungen gemäß Punkt 3. und 4. sind bindend für die Parteien, die hiermit darauf verzichten, diese anzufechten, es sei denn es läge betrügerische Absicht, Fehler, Gewalt oder Verletzung der vertraglichen Vereinbarungen vor, während auf jeden Fall jedwedes Vorgehen oder jegliche Einwendung hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit der Schäden unberührt bleibt. Das Gemeinschaftsgutachten ist auch dann gültig, wenn einer der Gutachter die Unterzeichnung verweigert; die Weigerung ist von den anderen Gutachtern im abschließenden Gutachterprotokoll zu vermerken. Die Gutachter sind von der Einhaltung jeder Art rechtlicher Formalitäten befreit.

Art. 122 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs

Der Versicherungsnehmer (oder Versicherte), der die Höhe des Schadens vorsätzlich übertreibt, die Zerstörung oder Entwendung von zum Zeitpunkt des Schadensfalls inexistenten Sachen erklärt, gerettete Sachen entwendet oder



manipuliert, trügerische oder gefälschte Mittel oder Unterlagen als Beleg verwendet, die Spuren und Rückstände des Schadensfalls vorsätzlich verändert oder der dessen Verlauf begünstigt, verliert seinen Anspruch auf Entschädigung.

Art. 123 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern

Wenn für dieselben Sachen und dasselbe Risiko mehrere Versicherungen bestehen, hat der Versicherte jeden Versicherer über die weiteren abgeschlossenen Verträge zu informieren. Bei Eintreten eines Schadensfalls hat der Versicherte die Pflicht, diesen bei allen Versicherern zu melden und hat bei jedem davon die gemäß jeweiligem unabhängig berücksichtigtem Vertrag zustehende Entschädigung zu beantragen.

Sollte die Summe dieser Entschädigungen - unter Ausschluss von der Berechnung jener Entschädigung, die ggf. von einem insolventen Versicherer geschuldet würde, - die Schadenshöhe übersteigen, ist der Versicherer verpflichtet, allein den verhältnismäßigen, auf Grundlage des eigenen Vertrags berechneten Anteil zu zahlen, unter Ausschluss jeglicher gesamtschuldnerischer Verpflichtung gemeinsam mit den anderen Versicherern.

Art. 124 - Rückgriff

Der Versicherer nimmt den Anspruch auf Rückgriff gemäß Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs wahr.

ABSCHNITT 12 - BRAND

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

Art. 125 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer entschädigt die in der Police angegebenen, direkt von den versicherten Gütern erlittenen, materiellen Schäden, auch wenn diese Eigentum Dritter sind - unter Ausschluss von Leasing-Gütern, die bereits von einer anderen Versicherung gedeckt sind, - und auch wenn diese durch grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder des Versicherten infolge der nachstehend aufgeführten Ereignisse auftreten.

A. DECKUNG GEBÄUDE

B. DECKUNG BESTAND

Unbeschadet der Angaben unter Art. 128 - „Ausschlüsse“ und unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckungen **Gebäudebrand** und **Bestandsbrand** die maximale Leistung des Versicherers darstellt, sind die nachstehend aufgelisteten Ereignisse garantiert:

1. **Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten und Implosion**, die nicht durch Sprengkörper verursacht worden sind;
2. **Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten**, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen;
3. **Druckwelle**, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;
4. **Zusammenstoß von Straßenfahrzeugen**, die nicht dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder den anderen Beschäftigten, Personal oder Mitarbeitern des Versicherten gehören oder von diesen verwendet werden;
5. Rauch, der infolge einer zufälligen Panne, **die nicht durch Verschleiß, Korrosion, Materialdefekte oder mangelhafte Wartung verursacht wurde**, aus den Anlagen für die Wärmeerzeugung austritt, die Teil der Sachen selbst sind, und vorausgesetzt dass diese Anlagen über geeignete Leitungen und fachgerecht angelegte Kamine angeschlossen sind;
6. **Entwicklung von Rauch, Gas und Dämpfen, Auslaufen oder Austreten von Flüssigkeiten**, vorausgesetzt dass dies die Folge von zuvor aufgeführten Ereignissen ist, welche die versicherten Sachen oder Einheiten in einem Umkreis von 20 m davon betroffen haben;
7. **Ausfall oder anomale Erzeugung oder Verteilung von elektrischer oder Wärmeenergie oder Wasserkraft**, Ausfall oder anomaler Betrieb von elektronischen Geräten, Heiz- oder Klimaanlage, vorausgesetzt dass dies die Folge von oben aufgeführten Ereignissen ist, welche die versicherten Sachen oder Einheiten in einem Umkreis von 20 m davon betroffen haben;
8. **elektrische Störfälle**, Entladungen oder andere elektrische Betriebsstörungen aus jeglichem Anlass an:
 - elektrischen und elektronischen Maschinen und Anlagen, Geräten und Schaltungen, die zum versicherten Gebäude gehören;
 - Maschinen und Anlagen, die zum versicherten Bestand gehören.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- aufgrund von Verschleiß oder mangelnder Wartung;
- die bei Ein- und Ausbaurvorgängen auftreten, die nicht in Verbindung mit Wartungs- oder Überholungsmaßnahmen stehen, sowie Schäden, die bei Abnahmen und Tests auftreten;



- die auf Defekte zurückzuführen sind, die dem Versicherten oder Versicherungsnehmer beim Abschluss der Police bekannt waren oder für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller oder Lieferant zu haften hat;
- an elektrischen Lampen, Leuchtschildern, Vakuumröhren, und Schmelzsicherungen;
- an elektrischen Transformatoren und Stromgeneratoren im Freien, außerhalb des Gebäudes.

In Verbindung mit elektrischen Störfällen bezahlt der Versicherer auf keinen Fall mehr als 5% der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Bestand mit der Obergrenze von Euro 5.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug einer Selbstbeteiligung pro individuellem Schadensfall von 10% mit dem Mindestbetrag € 300,00, der vom Versicherten selbst zu tragen ist.

Die Versicherung wird auf erstes Risiko geleistet, daher kommt im Schadensfall das Proportionalitätsprinzip gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs nicht zur Anwendung.

9. Witterungsschäden, wie:

- i. Hagel, Orkan, Sturm, Windhosen, Wind und von diesem mitgetragene Gegenstände, wenn die Gewaltsamkeit dieser Erscheinungen sich an den Wirkungen auf eine Reihe von - versicherten oder nicht versicherten - Sachen in der näheren Umgebung feststellen lässt;
- ii. Nässe im Innern des Gebäudes infolge von Brüchen, Spalten oder Beschädigungen, die am Dach, den Wänden oder Tür-/Fensterelementen durch die Gewaltsamkeit oben genannter Witterungsereignisse verursacht worden sind.

Ausgeschlossen sind Schäden durch:

- Verstopfung oder Überlaufen von Regenrinnen oder Fallrohren mit oder ohne deren Bruch;
- Ausuferung von natürlichen oder künstlichen Wasserläufen oder stehenden Gewässern;
- Sturmfluten und Eindringen von Meerwasser;
- Entstehung von Bächen, Wasserstau im Außenbereich, Brechen oder Überquellen des Abflusssystems;
- Frost, übermäßige Schneelast, unbeschadet der Bestimmungen unter Punkt 11. „übermäßige Schneelast“;
- Feuchtigkeit, Tropfleckage, Ausschwitzen, Eindringen;
- Schäden durch Einbrechen, Erdbeben oder Abgleiten des Erdbodens; auch wenn diese infolge der Erscheinungen laut oben aufgeführten Punkten „i“ und „ii“ aufgetreten sind; die entstehen an:
 - Bäumen, Sträuchern, Blumen- und landwirtschaftlichem Anbau allgemein;
 - Umzäunungen, Toren, Kränen, Luftkabeln, Schornsteinen und Kaminen, Schildern, Antennen;
 - Photovoltaik- und Solarwärmanlagen sowie ähnlichen Installationen im Außenbereich;
 - Einheiten im Freien mit Ausnahme von Tanks und nach Beschaffenheit und Zweckbestimmung festen Anlagen;
- Gebäuden oder Überdachungen, die an einer oder mehreren Seiten offen bzw. deren Abdeckungen oder Tür-/Fensterelementen unvollständig sind (auch bei vorübergehendem Reparaturbedarf ggf. infolge von Schadensfall), Traglufthallen, Seilnetzkonstruktionen und ähnlichem, Holz- oder Kunststoffbaracken und deren Inhalt;
- Tür- und Fensterflügeln, Verglasungen und Oberlichtern allgemein, es sei denn, diese sind auf Bruch oder Beschädigung des Dachs oder der Wände zurückzuführen;
- Faserzement- oder Asbestzementplatten und Bauteilen aus Kunststoffmaterial durch die Einwirkung von Hagel, vorbehaltlich der Vorgaben unter Punkt 10. „Hagel auf zerbrechlichen Elementen“;
- Gewächshäusern und deren Inhalt, unbeschadet der Angaben unter Punkt 6. „Witterungsschäden an Gewächshäusern“ von Art. 127 - Branche Landwirtschaft, Markisen im Außenbereich und Jalousien;
- Getreide vor der Ernte, Pflanzen und Anbauflächen.

Bei Witterungsschäden:

- erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer Selbstbeteiligung pro individuellem Schadensfall von 10% der geschuldeten Entschädigung mit dem Mindestbetrag € 500,00, der vom Versicherten selbst zu tragen ist;
- auf keinen Fall bezahlt der Versicherer pro individuellem Schadensfall einen Betrag über 70% der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Bestand.

10. Hagel auf zerbrechlichen Elementen, wie:

- Tür- und Fensterflügel, Verglasungen und Oberlichter allgemein;
- Asbestzement- und Faserzementplatten sowie Bauteile aus Kunststoffmaterial;

auch wenn sie zu Gebäuden oder auf einer oder mehreren Seiten offenen Überdachungen gehören, unter Ausschluss von Gewächshäusern und deren Inhalt, unbeschadet der Angaben unter Punkt 6. „Witterungsschäden an Gewächshäusern“ von Art. 127 - Branche Landwirtschaft.



Im Falle von Hagel auf zerbrechlichen Elementen:

- erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug eines Selbstbehalts pro individuellem Schadensfall von Euro 500,00;
- zahlt der Versicherer auf keinen Fall für einen oder mehrere Schadensfälle, die in einem Versicherungsjahr auftreten, einen Betrag über Euro 15.000,00.

11. **übermäßige Schneelast**, einschließlich etwaiger Nässeschäden im Innern der Betriebsräume und an deren Bestand, vorausgesetzt dass diese infolge eines vollständigen oder partiellen Einbruchs des Dachs oder der Außenwände infolge der Schneelast aufgetreten sind.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- an Gebäuden, die nicht den zum Zeitpunkt des Baus bzw. einer späteren Renovierung des Tragwerks des Dachs geltenden Normen bezüglich der übermäßigen Schneelast entsprechen, sowie an deren Bestand;
- an Gebäuden, die sich in Bau oder Renovierung befinden (es sei denn letztere habe keinerlei Einfluss auf diese Deckung), und an deren Bestand;
- an Gewächshäusern, Traglufthallen, Seilnetzkonstruktionen und Zeltbauten und deren Bestand;
- an Türen und Fenstern, Verglasungen und Oberlichtern allgemein, Schildern, Antennen, Solarzellen, Sonnenkollektoren und ähnlichen Installationen im Außenbereich sowie an Abdichtungen, es sei denn, deren Beschädigung ist auf vollständigen oder partiellen Einsturz des Gebäudes infolge der übermäßigen Schneelast zurückzuführen;
- durch Lawinen und Erdrutsche;
- durch Frost gleich welchen Ursprungs.

Bei übermäßiger Schneelast:

- erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer Selbstbeteiligung pro individuellem Schadensfall von 10% der Entschädigung mit einem Mindestbetrag von Euro 1.000,00;
- auf keinen Fall bezahlt der Versicherer pro individuellem Schadensfall einen Betrag über 50% der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Bestand mit der Obergrenze von Euro 150.000,00 für einen oder mehrere Schadensfälle, die in einem Versicherungsjahr auftreten.

12. **Austreten von Leitungswasser** infolge des zufälligen Bruchs von Wasserleitungen, Sanitäranlagen und Haustechnik in den versicherten oder die Sachen enthaltenden Gebäuden.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- durch Feuchtigkeit, Tropfleckage, Überlaufen oder Überquellen von Kanalisation oder anderen Leitungen, Frost, Bruch von automatischen Brandlöschanlagen;
- an Waren, die in einer Höhe unter 12 cm vom Boden gelagert sind;
- durch Überlaufen, Überquellen oder Bruch der Kanalisation;
- durch Verschleiß, Korrosion, Materialdefekte oder mangelnde Wartung.

Bei Schäden durch das Austreten von Leitungswasser:

- erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug eines Selbstbehalts pro individuellem Schadensfall von Euro 250,00;
- zahlt der Versicherer auf keinen Fall für einen oder mehrere Schadensfälle, die in einem Versicherungsjahr auftreten, einen Betrag über Euro 150.000,00.

13. **Klage Dritter.**

Der Versicherer verpflichtet sich dazu, den Versicherten für die Summe, die dieser für Hauptbetrag, Zinsen und Ausgaben gemäß gesetzlicher Haftpflicht zu zahlen hat, schadlos zu halten für direkte Schäden an den Sachen Dritter durch Brand, Explosion oder Bersten, die nicht durch Sprengkörper verursacht worden sind. **Die Versicherung ist erweitert auf Schäden, die durch die vollständige oder partielle Unterbrechung bzw. Sperre der Nutzung von Gütern sowie der industriellen, geschäftlichen, landwirtschaftlichen oder Dienstleistungstätigkeit entstehen, bis zur Erreichung pro individuellem Schadensfall von 10% der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Bestand.**

Ausgeschlossen sind Schäden:

- an Sachen, die der Versicherte gleich aus welchem Anlass in Verwahrung oder Gewahrsam hat, mit Ausnahme der Fahrzeuge von Beschäftigten, Personal, Kunden und Lieferanten des Versicherten, der Transportfahrzeuge, die be- oder entladen werden oder im Ladebereich abgestellt sind, sowie der darauf transportierten Sachen;
- jeglicher Art infolge der Verschmutzung von Wasser, Luft und Boden. Auf keinen Fall gelten als Dritte:
- Ehegatten, Eltern, Kinder des Versicherten sowie jede andere, mit dem Versicherten zusammenlebende, verwandte oder verschwägte Person;
- wenn der Versicherte keine natürliche Person ist: der gesetzliche Vertreter, der Gesellschafter mit unbeschränkter Haftung, der Geschäftsführer und alle Personen, die in einem der oben aufgeführten



Verhältnisse zu diesen stehen;

- Gesellschaften, die gegenüber dem Versicherten, der keine natürliche Person ist, als abhängige, herrschende oder verbundene Gesellschaft gemäß Art. 2359 des it. Zivilgesetzbuchs gelten, sowie deren Geschäftsführer, gesetzlicher Vertreter und alle Personen, die in einem der unter vorstehenden Punkten aufgeführten Verhältnisse zu diesen stehen.

Bei Klagen Dritter:

- erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug eines Selbstbehalts pro individuellem Schadensfall von Euro 1.000,00;
- auf keinen Fall bezahlt der Versicherer pro individuellem Schadensfall einen Betrag über 20% der Deckungssumme für den Brand von Gebäude und Bestand mit der Obergrenze pro Schadensfall von Euro 500.000,00.

14. Indirekte Schäden (Betriebsunterbrechung)

Im Falle zwangsläufiger Inaktivität des versicherten Unternehmens/Geschäfts, die durch den gemäß diesem Abschnitt entschädigungsfähigen Schadensfall verursacht wurde, erkennt der Versicherer dem Versicherten ein Tagegeld bis Euro 300,00 für jeden Arbeitstag zwangsläufiger vollständiger Inaktivität zu für die Festkosten von Löhnen, Gehältern, Miete, festen Dienstleistungs- und/oder Wartungskosten.

Falls die zwangsläufige Inaktivität nur partiell ist, d.h. nur einen Teil der versicherten Betriebstätigkeit betrifft, wird der oben genannte Tagesbetrag auf die Hälfte reduziert.

Ausgeschlossen sind Schäden durch die Verlängerung oder Hinauszögerung des Stillstands wegen:

- Streik, Aussperrung, von Behörden verhängten Maßnahmen;
- Schwierigkeiten bei Wiederaufbau, Reparatur oder Ersatz von zerstörten oder beschädigten Sachen, die auf externe Ursachen zurückzuführen sind, wie örtliche oder staatliche Städtebauvorschriften oder andere Gesetzesnormen;
- Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Waren oder Maschinen, die auf außergewöhnliche Ereignisse oder höhere Gewalt zurückzuführen sind, wie zum Beispiel Naturkatastrophen, Streiks, die Materiallieferungen verhindern oder verzögern, Kriegszustände.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug des Tagegelds für die ersten 7 Arbeitstage einschließlich dem des Schadensereignisses.

Diese Deckung wird für eine Unterbrechung mit maximaler Gesamtdauer von 90 Tagen geleistet.

15. gekühlte Waren (Ausfall der Kühlung)

Der Versicherer entschädigt die materiellen und direkten von der gekühlten Ware erfahrenen Schäden, die verursacht werden durch:

- Ausfall oder anomale Erzeugung oder Verteilung der Kälte;
- Auslaufen des Kältemittels; infolge von:
- einem Ereignis, das gemäß den Bedingungen laut Abschnitt 12 - Brand versichert ist;
- zufälligen Pannen oder Brüchen der Kühlanlage oder von deren Kontroll- und Sicherheitsvorrichtungen sowie der Wasserzuführungssysteme und der Systeme für die Erzeugung und Verteilung von elektrischer Energie, welche direkt zur Anlage gehören.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- für welche der Lieferant wegen Bau- oder Installationsmängeln haftet;
- die durch fehlerhafte Bedienung oder mangelhafte Anlagenleistung verursacht werden;
- an Waren auf Fahrzeugen.

Die Deckung wird nur dann wirksam, wenn Ausfall, anomale Erzeugung oder Verteilung der Kälte eine ununterbrochene Dauer von 12 Stunden oder mehr hatte.

Unbeschadet obiger Festlegungen, kommt der Versicherer nicht für Schäden an versicherten Waren auf, die durch eine vom Elektrizitätswerk vorangekündigte oder programmierte Unterbrechung der Stromversorgung verursacht werden.

Der Versicherer zahlt auf keinen Fall mehr als Euro 10.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines festen Selbstbehalts pro individuellem Schadensfall von Euro 1.000,00.

16. sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse, wie Volksunruhen, Streiks, Aufstände, die entweder von Einzelpersonen oder Gruppen begangen werden, Vandalismus und vorsätzliche Taten, einschließlich Terroranschläge und Sabotage.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung verursacht werden;
- durch Überschwemmungen oder Erdbeben;
- durch Raub, Erpressung, Plünderung bzw. aufgrund von Fehlbeständen jeglicher Art;



- durch elektrische Störfälle an elektrischen oder elektronischen Maschinen und Anlagen, Geräten und Schaltungen;
- die von gekühlten Waren durch Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden;
- die durch die Unterbrechung von Verarbeitungsprozessen, Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung von Energie, durch Beeinträchtigungen von Produkten infolge der Arbeitsunterbrechung, durch Beeinträchtigung oder Ausfall von Kontrollen oder Bedienvorgängen verursacht werden;
- die infolge von rechtmäßiger oder faktischer Beschlagnahme, Einziehung oder Requisition der versicherten Einheiten auf Anordnung durch jede Art behördlicher Instanz bzw. im Falle von Aussperrungen aufgetreten sind;
- durch Beschmierungen;
- an Gewächshäusern und deren Bestand.

Ferner sind Kosten oder Ausgaben ausgeschlossen, die direkt oder indirekt auf nukleare, biologische oder chemische Kontamination zurückzuführen sind.

Der Versicherer entschädigt, unter Beibehaltung oben aufgeführter Bedingungen, auch Schäden, die im Laufe einer nicht militärischen Besetzung des Eigentums aufgetreten sind, auf dem sich die versicherten Einheiten befinden. Sollte diese Besetzung jedoch ohne Unterbrechung mehr als 5 Tage lang dauern, kommt der Versicherer nicht für die Schäden auf, auch wenn sie während dieses Zeitraums entstanden sind.

Bei sozialpolitischen und vorsätzlichen Ereignissen:

- erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer Selbstbeteiligung pro individuellem Schadensfall von 10% der geschuldeten Entschädigung mit dem Mindestbetrag Euro 1.000,00;
- auf keinen Fall bezahlt der Versicherer für einen oder mehrere Schadensfälle, die während des für diese Erweiterung vereinbarten Versicherungszeitraums auftreten, einen Betrag über 70% der Deckungssummen jeweils für den Brand von Gebäude und Bestand.

17. Vorschuss von Entschädigungen

Der Versicherte hat Anspruch, vor der Auszahlung des Schadensfalls die Zahlung eines Vorschusses bis maximal 50% des auf Grundlage der erhobenen Informationen absehbaren Betrags zu beantragen und zu erhalten, vorausgesetzt dass keine Beanstandung der Entschädigungsfähigkeit vorgenommen wurde und dass der Gesamtbetrag des Schadensfalls mit Sicherheit Euro 100.000,00 übersteigen wird.

Die Verpflichtung des Versicherers ist binnen 90 Tagen ab Meldedatum des Schadensfalls zu erfüllen, vorausgesetzt dass mindestens 30 Tage ab Beantragung des Vorschusses verstrichen sind und dass der Versicherte oder Versicherungsnehmer die von Art. 130 - „Verpflichtungen im Schadensfall“ für den Schadensfall vorgesehenen Verpflichtungen erfüllt hat. Die endgültige Zahlung der Entschädigung erfolgt binnen 30 Tagen ab gütlicher oder schiedsrichterlicher Schadensabwicklung. Handelt es sich um Immobilien haben der Versicherte oder der Versicherungsnehmer vor der Zahlung sowohl des Vorschusses als auch der Entschädigung Bescheinigungen beim Versicherer vorzulegen, mit denen belegt wird, dass keine Hypotheken oder andere nachteiligen Eintragungen gemäß Art. 2742 des it. Zivilgesetzbuchs vorhanden sind. Nach Prüfung der Wirksamkeit der Deckung, Beurteilung des Schadens und Erhalt der erforderlichen Dokumentation zur Feststellung des Empfangsberechtigten der Entschädigung nimmt der Versicherer die endgültige Zahlung binnen 30 Tagen vor, vorausgesetzt dass kein Widerspruch eingelegt wurde. Falls ein strafrechtliches Verfahren hinsichtlich der Ursachen des Schadensfalls eröffnet wurde, erfolgt die Zahlung nur, wenn aus dem Verfahren hervorgeht, dass der Schadensfall nicht vorsätzlich vom Versicherten selbst oder vom Versicherungsnehmer verursacht worden ist.

18. Absturz von Personen- und Lastaufzügen infolge des Bruchs von Vorrichtungen.

19. die Ausgaben des Versicherten für den Ersatz von Scheiben, Platten und Schildern, die infolge von zufälligem Bruch beschädigt oder zerstört worden sind, durch neue mit gleichen oder gleichwertigen Eigenschaften.

Unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckungen Gebäudebrand und Bestandsbrand die maximale Leistung des Versicherers darstellen, entschädigt die Gesellschaft, wenn es sich um die Folgen von in der Police aufgeführten Ereignissen handelt und unter Einhaltung der Deckungssummen:

- a) Defekte, die an den versicherten Sachen auf behördliche Anordnung verursacht werden, mit dem Zweck die durch oben aufgeführte Ereignisse hervorgerufenen Schäden zu verhindern oder ihnen Einhalt zu gebieten;
- b) verhältnismäßige Ausgaben für Abbruch, Räumung, Behandlung und Deponietransport von Rückständen des entschädigungsfähigen Schadensfalls entsprechend den Bedingungen unter vorliegendem Abschnitt - unter Ausschluss jedoch von Rückständen, die zur Kategorie „Giftige und schädliche Stoffe“ laut DPR Nr. 915/82 i.d.g.F. und zur Kategorie der radioaktiven Stoffe gehören, die von DPR Nr. 185/64 i.d.g.F. geregelt werden - bis maximal 10% der Entschädigung gemäß Police;
- c) die für Abbruch und Wiederaufbau von Mauerwerksteilen und für die Reparatur der Anlage getragenen Kosten, wenn es zu einem zufälligen Anlagenbruch mit Austreten von Wasser gekommen war.
Gemäß vorliegendem Punkt c):
 - erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug eines Selbstbehalts pro individuellem Schadensfall von Euro 150,00;



- zahlt der Versicherer auf keinen Fall für einen oder mehrere Schadensfälle, die im Versicherungszeitraum auftreten, einen Betrag über Euro 3.500,00;
- d) Ausgaben und Honorare des vom Versicherungsnehmer gemäß Versicherungsbedingungen gewählten und ernannten Gutachters sowie den dem Versicherungsnehmer obliegenden Anteil an Ausgaben und Honorar, wenn ein dritter Gutachter ernannt wurde.

Die Deckung wird bis zur Obergrenze von 1% der Entschädigung und einem Maximalbetrag von Euro 3.500,00 pro Schadensfall geleistet.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- die aufgetreten sind bei:
 - Reparatur und/oder Entfernung von Scheiben, Platten und Schildern;
 - Umzugsvorgängen;
 - Renovierungs- oder Umbauarbeiten an den Räumlichkeiten;
- bezüglich Platten, Scheiben und Schildern, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Deckung nicht unversehrt und frei von Defekten waren;
- von Oberlichtern oder Platten/Scheiben und Schildern mit künstlerischem Wert;
- von Schildern infolge von Überhitzung oder Kurzschlüssen.

Kratzer, Absplitterungen und Risse an Platten, Scheiben und Schildern gelten nicht als gemäß Police entschädigungsfähige Brüche.

Gemäß vorliegendem Punkt 19:

- zahlt der Versicherer auf keinen Fall mehr als Euro 3.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr;
- erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug eines festen Selbstbehalts pro individuellem Schadensfall von Euro 250,00;
- entschädigt der Versicherer Schäden an versicherten Sachen, die durch den Bruch von versicherten Platten und Scheiben oder Schildern verursacht werden, bis 15% der für die beschädigten oder zerstörten Platten und Scheiben ausgezahlten Entschädigung, zusätzlich zu letzterer;
- wird die Deckung auf Erstrisiko geleistet, daher kommt im Schadensfall das Proportionalitätsprinzip gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs nicht zur Anwendung.

20) Ausfall von Mieten für das beschädigte Gebäude über den zur Renovierung erforderlichen Zeitraum mit maximal 3 Monatsmieten pro Schadensfall und über einen Gesamtbetrag von höchstens Euro 3.000,00 nach Abzug eines Selbstbehalts von Euro 150,00 pro Schadensfall.

Ausgeschlossen sind Schäden aufgrund von Verspätungen bei der Renovierung der beschädigten Räumlichkeiten, auch wenn diese auf außerordentliche Gründe zurückzuführen sind, sowie Verzögerungen bei der Neuvermietung oder Belegung der renovierten Räume.

C. DECKUNG MIETERHAFTPFLICHT

Im Fall der Haftung des Versicherten gemäß Art. 1588, 1589 und 1611 des it. Zivilgesetzbuchs entschädigt der Versicherer entsprechend den Versicherungsbedingungen und Normen, von denen der Schadensfall für den Abschnitt Brand geregelt wird, die direkt durch Brand, Explosion, Bersten und Rauch verursachten Sachschäden an den gemieteten Räumlichkeiten, auch wenn diese durch grobe Fahrlässigkeit des Versicherten verursacht worden sind.

Außer im Falle von Vorsatz verzichtet der Versicherer auf den Rückgriff gegenüber dem Versicherten.

Art. 126 - Stets geltende Sonderbedingungen für die Deckung Bestandsbrand

Unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckung Brand des Bestands die maximale Leistung des Versicherers darstellt, gelten stets die nachstehend aufgelisteten Sonderbedingungen:

1. Waren bei Dritten

Die Deckungen dieser Police sind auf die Waren des Versicherten erweitert, wenn diese sich an folgenden Standorten befinden:

- bei Betriebsstätten Dritter zur Verarbeitung oder Einlagerung;
- in allgemeinen Lagerhallen oder Zolllagern;
- bei Ausstellungen und Messen auf dem Gebiet der Europäischen Union, an denen der Versicherte als Aussteller teilnimmt.

Der Versicherer bezahlt pro individuellem Standort und Schadensfall auf keinen Fall mehr als 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands mit der Obergrenze von Euro 40.000,00.

2. Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Wertgegenstände, Pelzmäntel, Teppiche, Gemälde, Sammlungen, Kunstgegenstände



allgemein

- Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Wertgegenstände und Pelzmäntel werden mit bis zu 5% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs mit der Obergrenze von Euro 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr entschädigt. Werden diese hingegen in einem Tresor mit aktiviertem Verschlusssystem aufbewahrt, werden sie mit bis zu 20% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs mit der Obergrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr entschädigt.
- Teppiche, Gemälde, Sammlungen und Kunstgegenstände allgemein werden mit bis zu 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs mit der Obergrenze von Euro 5.000,00 pro einzeltem Objekt und Euro 25.000,00 pro einzelner Sammlung entschädigt.

3. Universale Gültigkeit

Falls mit dieser Police alles das versichert wird, was den beschriebenen Komplex bildet, **ausgenommen des eigentlichen Grundstücks**, so wird, falls eine bestimmte Sache oder ein bestimmter Gegenstand keine genaue Zuordnung zu einem der Posten dieser Police erhält, diese Sache bzw. dieser Gegenstand **dem Brand des Bestands zugeschrieben**.

4. Bestände im Freien

Bezüglich des Bestandbrands gilt die Deckung für Maschinen und Waren infolge eines gemäß Abschnitt 12 - Brand entschädigungsfähigen Schadensfalls auch, wenn diese Sachen sich im Freien auf dem zum Betriebsgelände gehörenden Grundstück befinden, vorbehaltlich der für die einzelnen Deckungen vorgesehenen Ausschlüsse. Der Versicherer **bezahlt pro einzeltem Standort und Schadensfall auf keinen Fall mehr als Euro 100.000,00**.

5. Verkaufspreis

Falls bei einem entschädigungsfähigen Schadensfall in Erwartung der Auslieferung befindliche Waren beschädigt werden, stützt sich die Entschädigung - vorausgesetzt dass diese nicht vom Käufer versichert worden sind - auf den vereinbarten Verkaufspreis abzüglich der für die nicht erfolgte Auslieferungen eingesparten Ausgaben und der vom Käufer geschuldeten Steuer.

Diese Vereinbarung gilt unter der Bedingung, dass:

- die beschädigten Waren nicht durch gleichwertige, unversehrt gebliebene oder anderweitig kurzfristig herstellbare Waren ersetzt werden können;
- der erfolgte Verkauf schriftlich belegt ist durch Urkunden oder Dokumente mit gesichertem, vor dem Schadensfall liegendem Datum und dass die Übergabe vertraglich festgelegt wurde.

6. Bestand der Nebengebäude

Als versichert gelten die Sachen, die den Bestand bilden, auch wenn sie sich in zusätzlichen Lagern oder Depots der versicherten Betriebstätigkeit befinden, die im Bereich des versicherten Betriebsgeländes liegen, sowie in Nebengebäuden, in denen jedoch keine Verkaufstätigkeit stattfindet.

Art. 127 - Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen

Unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckungen Brand von Gebäude und Bestand die maximale Leistung des Versicherers darstellt, gelten diese Erweiterungen für jede Zugehörigkeitsbranche nach Anwendung der jeweiligen Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen:

a) Branche Landwirtschaft

Diese Deckungen gelten stets unter der Bedingungen, dass mit dieser Police der **Brand des Bestands** versichert wurde.

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich der Landwirtschaft bezieht (einschließlich Ferien auf dem Bauernhof), umfasst die Deckung **Brand des Bestands** in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist, und innerhalb der Grenzen der Deckungssumme:

1. Verlust von Vieh einschließlich Erstickung, Vergiftung oder Stromschlag

Der Versicherer entschädigt materielle und direkte Schäden am versicherten Vieh - sowohl im Stall als auch im Freien **innerhalb der Grenzen des Landwirtschaftsbetriebs und seiner Weiden, einschließlich Almweiden und dorthin führender Wege** - die verursacht werden durch:

- a) Brand, Blitz, Explosion, Bersten und Implosion, Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen, Druckwelle, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;
- b) Einwirkung von Rauch, der durch gestörten oder defekten Betrieb infolge des zufälligen Bruchs eines Heizgeräts erzeugt



wird, vorausgesetzt dass dieses Gerät über einen Rauchabzug an einen Schornstein angeschlossen ist;

- c) Zusammenstoß von Fahrzeugen unter Ausschluss von denen, die Eigentum des Versicherten sind;
- d) Orkan, Sturm, Hagel, Windhose, Wind und von diesem mitgerissene Gegenstände;
- e) Erstickung und/oder Vergiftung durch Rauch, Gase oder Dämpfe, die infolge von Brand, Bersten oder Explosion entstanden sind, welche die versicherten Sachen betroffen haben; Stromschlag am Vieh infolge von Defekten der Stromleitungen oder von elektrisch betriebenen Mechanismen, vorausgesetzt dass diese Anlagen fachgerecht geerdet sind.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 40% der Deckungssumme für den Brand des Bestands mit der Obergrenze von Euro 30.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr und von Euro 2.000,00 pro individuellem Tier.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines festen Selbstbehalts pro individuellem Schadensfall von Euro 500,00.

2. Schäden am Futter einschließlich Selbstentzündung und Gärung

Der Versicherer entschädigt materielle und direkte Schäden am versicherten Futter - vorausgesetzt dass es innerhalb der Grenzen des versicherten Landwirtschaftsbetriebs sowohl unter Dach als auch im Freien gelagert wird - die verursacht werden durch:

- a) Brand, Blitz, Explosion, Bersten und Implosion, Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen, Druckwelle, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;
- b) Einwirkung von Rauch auf die eingelagerte Ernte, wenn es zu einem Brand oder Brandbeginn gekommen ist;
- c) Einwirkung von Rauch, der durch gestörten oder defekten Betrieb eines Heizgeräts infolge eines zufälligen Bruchs erzeugt wird, vorausgesetzt dass dieses Gerät über einen Rauchabzug an einen Schornstein angeschlossen ist;
- d) Zusammenstoß von Fahrzeugen unter Ausschluss von denen, die Eigentum des Versicherten sind;
- e) Orkan, Sturm, Hagel, Windhose, Wind und von diesem mitgerissene Gegenstände;
- f) spontane Selbstentzündung und/oder anomale Gärung auch ohne die Entwicklung von Flammen, die zu Beeinträchtigungen führen, die den bestimmungsgemäßen Gebrauch verhindern. Inbegriffen sind die Ausgaben, die der Versicherte trägt, um die beschädigten Futterhaufen abzutragen.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 25% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 100.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines Selbstbehalts pro individuellem Schadensfall von Euro 1.500,00.

3. Schäden an Anbauflächen

Der Versicherer entschädigt die materiellen und direkten Schäden sowohl bei Gewächshaus- als auch bei Freilandanbau:

- an der Produktion von grasartigen und Baumkulturen;
- am Bestand von Baumkulturen, die zum vollständigen, endgültigen und irreversiblen Verlust der Produktionskapazität führen;

die verursacht werden durch:

- a. Brand, Blitz, Explosion, Bersten und Implosion, Absturz von Flugzeugen, Raumfahrzeugen und künstlichen Satelliten, von deren Teilen oder von diesen transportierten Sachen, Druckwelle, verursacht durch die Überschreitung der Schallgeschwindigkeit durch Flugzeuge oder Gegenstände allgemein;
- b. Rauch;
- c. Zusammenstoß von Fahrzeugen unter Ausschluss von denen, die Eigentum des Versicherten sind.

Auf jeden Fall ausgeschlossen sind Plantagen von Nadelbäumen, Pappeln, Korkeichen, Hanf und Getreide vor der Ernte.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 15.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines festen Selbstbehalts pro individuellem Schadensfall von Euro 1.500,00.

4. Schäden durch Auslaufen von Flüssigkeiten

Der Versicherer entschädigt die materiellen und direkten Schäden, die durch das Auslaufen von Wein, Öl oder Milch entstehen, wenn dies durch zufälligen Bruch oder Defekt von deren Behältern bzw. der Ventile und Hähne verursacht wird, sowie für die Schäden, die durch die ausgelaufene Flüssigkeit an anderen versicherten Sachen entstehen.

Ausgeschlossen sind Schäden:

- a. durch Tropfleckage, Verschleiß, Korrosion, Abnutzung oder Undichtheit der Behälterstruktur;
- b. durch das Auslaufen aus Behältern mit weniger als 100 l Fassungsvermögen;



Ebenso ausgeschlossen sind die Ausgaben für die Suche nach der Bruchstelle und deren Reparatur.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 25% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere

Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines festen Selbstbehalts pro individuellem Schadensfall von Euro 500,00.

5. Schäden am Eigentum von Feriengästen des Bauernhofs

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf einen Betrieb bezieht, der im Bereich Ferien auf dem Bauernhof tätig ist, umfasst die Deckung **Brand** in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist:

- das von den Gästen mitgebrachte - sowohl zur Verwahrung übergebene als auch nicht übergebene - persönliche Habe (wie Kleidung, Mobiltelefone, Videokameras und ähnliches unter Ausschluss von Bargeld und Wertsachen allgemein) - **mit der Obergrenze von Euro 3.000,00 pro individuellem Objekt und mit maximal 30% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs;**
- Dem Ferienbetrieb zur Verwahrung anvertrautes Bargeld und Wertsachen der Gäste allgemein **mit bis zu 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs und bis zu einem Betrag von Euro 2.500,00 pro individuellem Schadensfall;**
- die Motorfahrzeuge der Gäste, die in der Garage, dem Parkplatz oder dem umzäunten, ausschließlich von dem Ferienbetrieb verwendeten Gelände abgestellt sind **mit der Obergrenze von Euro 30.000,00 pro individuellem Fahrzeug und mit maximal 30% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs.**

Davon ausgeschlossen bleibt jedoch das vom Gast im Fahrzeug gelassene und nicht aufs Zimmer gebrachte Gepäck.

6. Witterungsschäden an Gewächshäusern (stets gültige und anwendbare Deckung unter der Bedingung, dass die Police den Brand von Gebäude und Bestand/Hausrat deckt)

In partieller Abweichung von den Bestimmungen unter Punkt 9. „Witterungsschäden“ und 10. „Hagel auf zerbrechlichen Elementen“ von Art. 125 - „Gegenstand der Versicherung“ entschädigt der Versicherer die direkten Sachschäden an Gewächshäusern:

- mit Glasdeckung;
- mit steifer Kunststoffdeckung; sowie an deren Bestand, die verursacht werden durch:
 - Hagel, Orkan, Sturm, Windhosen, Wind und von diesem mitgetragene Gegenstände, wenn die Gewaltigkeit dieser Erscheinungen sich an den Wirkungen auf eine Reihe von - versicherten oder nicht versicherten - Sachen in der näheren Umgebung feststellen lässt;
 - Nässe im Innern der Gewächshäuser infolge von Brüchen, Spalten oder Beschädigungen, die am Dach, den Wänden oder Tür-/Fensterelementen durch die Gewaltigkeit oben genannter Witterungsereignisse verursacht worden sind.

Der Versicherer zahlt:

- für Gewächshäuser mit Glasdeckung und deren Bestand auf keinen Fall mehr als 10% der Deckungssumme für den Brand des Gebäudes für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 15.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr nach Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 1.500,00.**
- für Gewächshäuser mit steifer Kunststoffdeckung und deren Bestand auf keinen Fall mehr als 20% der Deckungssumme für den Brand des Gebäudes für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 30.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr nach Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 1.500,00.**

b) Branche Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe (gültige und anwendbare Deckungen unter der Bedingung, dass die Police den Brand des Bestands/Hausrats deckt)

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf ein Hotel, eine Pension oder ein B&B bezieht, umfasst die Deckung **Brand des Bestands** in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist, und **innerhalb der Grenzen der Deckungssumme:**

1. Schäden am Eigentum von Hotel-, Pensions- und B&B-Gästen

Die Deckung gilt für:

- das von den Gästen mitgebrachte - ggf. der Leitung anvertraute - persönliche Habe (wie Kleidung, Mobiltelefon, Videokameras und ähnliches unter Ausschluss von Bargeld und Wertsachen allgemein) - **mit der Obergrenze von Euro**



3.000,00 pro einzeltem Objekt und mit maximal 30% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs;

- b. Dem Beherbergungsbetrieb anvertrautes Bargeld und Wertsachen der Gäste allgemein **mit bis zu 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs und bis zu einem Betrag von Euro 2.500,00 pro einzeltem Schadensfall;**
- c. die Motorfahrzeuge der Gäste, die in der Garage, dem Parkplatz oder dem umzäunten, ausschließlich von dem Ferienbetrieb verwendeten Gelände abgestellt sind **mit der Obergrenze von Euro 30.000,00 pro einzeltem Fahrzeug und mit maximal 30% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Laufe des Versicherungsjahrs.**

Davon ausgeschlossen bleibt jedoch das vom Gast im Fahrzeug gelassene und nicht aufs Zimmer gebrachte Gepäck.

- c) Branche Handel (gültige und anwendbare Deckungen unter der Bedingung, dass die Police den Brand des Bestands/Hausrats deckt)

1. Schäden durch Ausübung von ambulantem Handel

Die Versicherungsdeckung gilt auch für die Tätigkeit des ambulanten Handels auf für diesen Zweck bestimmten oder entsprechend ausgerüsteten öffentlichen Verkehrsflächen oder auf (ggf. überdachten) Marktplätzen (unter Ausschluss von Großmärkten). Die Waren, die Einrichtung und Ausrüstung für die ausgeübte Tätigkeit, die unter **Brand des Bestands** erfasst werden, sind versichert sowohl wenn sie in Bereichen ausgeübt werden, in denen ambulanter Handel stattfindet, als auch in dort geparkten Fahrzeugen, die vom Versicherungsnehmer/Versicherten für diesen Zweck verwendet werden. **Ausgeschlossen sind auf jeden Fall materielle Schäden, die vom Fahrzeug selbst und von gekühlten Waren durch Ausfall oder gestörte Erzeugung oder Verteilung der Kälte bzw. wegen Austritt des Kältemittels erfahren werden.**

Auf keinen Fall werden Schäden erstattet, die direkt oder indirekt den Punkten 9. „Witterungsschäden“, 10. „Hagel auf zerbrechlichen Elementen“, 11. „Übermäßige Schneelast“ und 16. „Sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse“ von Art. 125 - „Gegenstand der Versicherung“ zuzuordnen sind.

2. Verlust von pharmazeutischen Strichcode-Etiketten (Apotheken)

Der Versicherer entschädigt im Falle eines gemäß diesem Abschnitt entschädigungsfähigen Schadensfalls die direkt durch die Zerstörung von pharmazeutischen Strichcode-Etiketten verursachten Schäden.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 7.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr.

- d) Branche Industrie und Handwerk (gültige und anwendbare Deckungen unter der Bedingungen, dass die Police den Brand des Bestands/Hausrats deckt)

1. Übergebene oder anvertraute Fahrzeuge und/oder Boote

In partieller Abweichung von der Definition des Bestands, gilt die Versicherungsdeckung auch für amtlich zugelassene Fahrzeuge und/oder Boote für jene Arten der Betriebstätigkeit (z.B. Karosserie-, Kfz-, und Autoelektrik-Werkstätten, Waschanlagen, Ausrüstungsbetriebe für Fahrzeuge oder Wohnwagen, Bau und Reparatur von Booten usw.), bei denen das versicherte Risiko üblicherweise die Verwahrung von Fahrzeugen oder Booten der Kundschaft in Erwartung von Reparaturarbeiten oder deren Anvertrauung umfasst, vorausgesetzt dass diese im Innern der in der Police angegebenen Gebäude abgestellt und nicht im Freien geparkt sind.

Der Versicherer bezahlt auf keinen Fall mehr als 10% der Deckungssumme für den Brand des Bestands für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Obergrenze von Euro 15.000,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr. Die Zahlung der Entschädigung erfolgt nach Abzug eines Selbstbehalts pro einzeltem Schadensfall von Euro 1.500,00.

Folgende Artikel gelten für den gesamten Abschnitt 10 - Brand.

Art. 128 - Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind - abgesehen von den bereits für die einzelnen Deckungen getätigten Ausschlüssen - Schäden:

- a. **die bei Kriegshandlungen, Aufständen, Volksaufruhr, Streiks, Unruhen, militärischer Besetzung, Invasion, aufgetreten sind, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann belegen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung mit diesen Ereignissen stand, sowie unbeschadet der Regelungen laut Punkt 16. -**

- „Sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse“ von Art. 125 - „Gegenstand der Versicherung“;
- b. die bei einer Explosion oder der Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns erzeugt wird, ebenso wie bei Strahlung, die von der künstlichen Teilchenbeschleunigung hervorgerufen wird, auftreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte kann beweisen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung zu diesen Ereignissen stand;
 - c. Schäden, die durch Erdbeben, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, Hochwasser, Tsunamis und Sturmfluten verursacht werden;
 - d. durch Verlust oder Diebstahl von versicherten Sachen, die bei Ereignissen aufgetreten sind, für welche die Versicherung gilt;
 - e. an der Maschine oder Anlage, an der Bersten oder Implosion aufgetreten sind, wenn das Ereignis durch Verschleiß, Korrosion oder Materialdefekte verursacht wurde;
 - f. indirekte Schäden, wie Änderungen am Bauwerk, Ausfall der Vermietung, Nutzung, gewerblicher oder industrieller Einkünfte, Arbeitsunterbrechungen oder jede Art von Schaden, der keine materiellen Aspekte der versicherten Sachen betrifft, vorbehaltlich der Bestimmungen unter Punkt 14. „Indirekte Schäden (Betriebsunterbrechung)“ von Art. 125 - „Gegenstand der Versicherung“;
 - g. die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten, den gesetzlichen Vertretern, Geschäftsführern oder Gesellschaftern mit unbeschränkter Haftung begangen werden;
 - h. am Inhalt von Öfen, Muffen, Geräten in Brenneieren oder Röstereien durch die Direkteinwirkung der Flamme oder die Hitze der Feuerstätte;
 - i. die durch Frost verursacht werden;
 - j. durch Vergiftung von Vieh;
 - k. durch Einbrechen, Erdbeben oder Abgleiten des Erdbodens;

Art. 129 - Konstruktionsmerkmale für die Gültigkeit der Deckung - Verzicht auf Rückgriffsrecht

Die Bedingungen und Prämien der Versicherung laut diesem Abschnitt 12 - Brand sind vereinbart auf Basis der „Erklärungen des Versicherungsnehmers“ zum Umstand, dass:

- a. die versicherten Gebäude bzw. die versicherten Güter enthaltenden Gebäude zu mindestens 8/10 mit vertikalem Tragwerk, Tragwerk des Dachs, Decken, Außenwänden, Abdeckungen und Dämmungen aus feuerfesten Materialien errichtet worden sind. Bei mehrstöckigen Gebäuden ist das Tragwerk des Dachs aus Holz zulässig; in dieser Hinsicht gilt die direkt unter dem Dach gelegene Decke als Stockwerk.
- b. im versicherten Risiko folgende Toleranz eingehalten wird:
 - 1 kg explosionsfähiges Material;
 - 750 kg besondere Waren, wo auch immer diese im Unternehmen gelagert sind;
 - 150 kg entzündliche Stoffe für Bearbeitungen und Wartung;
- c. in den versicherten Gebäuden keine Kinos, Theater, Spielsäle, Diskotheken, Tanzsäle, Nightclubs vorhanden sind. Entzündliche Stoffe, die in vollständig erdverlegten Tanks oder in den Fahrzeugtanks gelagert sind, sowie entzündliche Stoffe in Verteilungsrohren und diejenigen, die in Gebäuden auf dem Betriebs- oder Werkstattgelände gelagert sind, die durch volle Mauern oder Leerraum getrennt sind, werden nicht berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden explosionsfähige und entzündliche Stoffe sowie besondere Waren, die in nicht vom Versicherten belegten Räumen vorhanden sind.

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

Außer bei arglistigen und vorsätzlichen Handlungen verzichtet der Versicherer auf seinen Anspruch auf Rückgriff gemäß Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs gegenüber den Beschäftigten und Angehörigen des Versicherten sowie gegenüber im Verhältnis zum Versicherten abhängigen, angegliederten oder verbundenen Gesellschaften.

Der Versicherer verzichtet ebenfalls auf vorgenanntes Recht auf Rückgriff gegenüber den Kunden des Versicherten unter der Bedingung, dass der Versicherte ebenfalls auf jeglichen Anspruch diesen gegenüber verzichtet.

Art. 130 - Verpflichtungen im Schadensfall

Im Schadensfall haben Versicherer oder Versicherungsnehmer den Versicherer binnen 3 Tagen nach Kenntnisnahme unter Angabe des Ereignisses und des annähernd geschätzten Schadensbetrags zu benachrichtigen sowie, falls die Annahme besteht, es handle sich um eine vorsätzliche Handlung, binnen 24 Stunden ab Ereignis Anzeige bei der zuständigen Behörde oder Polizeidienststelle zu erstatten. Versicherer oder Versicherungsnehmer sind verpflichtet, die Spuren und Rückstände des Schadensfalls sowie die Indizien des möglicherweise begangenen Verbrechens bis zur Auszahlung des Schadens aufzubewahren, ohne dass Anspruch auf eine diesbezügliche Entschädigung besteht. Der Versicherte (oder der Versicherungsnehmer) hat das tatsächliche Vorliegen des Schadens zu beweisen, wofür er sämtliche für diese Beweisführung geeigneten Unterlagen bereitzuhalten hat.



Art. 131 - Festlegung der Schadenshöhe für Gebäude, Maschinen, Möbel und Einrichtung, Bürogeräte

Die Auszahlung des Schadens erfolgt entsprechend folgenden Normen:

- a) Gebäude, im Fall von:
 - Partiellem Schaden werden die tatsächlich für die Wiederherstellung des beschädigten Gebäudeteils getragenen Ausgaben, abzüglich des Werts der Reste entschädigt.
 - Totalschaden werden die tatsächlich für den Wiederaufbau des zerstörten Gebäudes getragenen Ausgaben, abzüglich des Werts der Reste entschädigt.
- b) Maschinen, Möbel und Einrichtung sowie Geräte - im Fall von:
 - Partiellem Schaden werden die tatsächlich getragenen Ausgaben, um die beschädigte Sache wieder in den Funktionszustand zurückzusetzen, in dem sie sich unmittelbar vor dem Schadensfall befand, abzüglich des Werts der Reste der ggf. ausgetauschten Teile entschädigt.
 - Totalschaden werden die tatsächlich für den Ersatz der zerstörten Sache getragenen Ausgaben, abzüglich des Werts der Reste entschädigt.

Falls der Versicherte innerhalb eines Jahrs weder die beschädigte Sache reparieren, noch zerstörte Sachen wiederaufbauen oder ersetzen lässt, hat er Anspruch auf die Entschädigung, die für den Wert zum Moment des Schadensfalls festgelegt wurde.

Hinsichtlich der Entschädigung gilt als vereinbart, dass in keinem Fall für ein Gebäude, eine Maschine oder Anlage eine Entschädigung geleistet werden kann, die höher ist als das doppelte des betreffenden Werts zum Moment des Schadensfalls. Die Versicherung auf Grundlage des Neuwerts betrifft allein Gebäude, Maschinen, Büroausrüstung oder Anlagen von aktiven Abteilungen.

Art. 132 - Festlegung der Schadenshöhe für Waren

Für diese wird festgelegt:

1. der Gesamtwert, den zum Moment des Schadensfalls alle - sowohl die unversehrten als auch die beschädigten, sowohl die fertigen als auch die in Fertigung befindlichen - versicherten Waren hatten;
2. genannte Waren werden auf Grundlage des Rohstoffpreises am Tag des Schadensfalls zuzüglich der Fertigungskosten, die dem Zustand der Waren zum Zeitpunkt des Schadensfalls entsprechen, sowie der vom Versicherten bezahlten Fertigungssteuer und Zollgebühren, ohne die USt, die vom Endkunden hätte bezahlt werden müssen, bewertet;
3. sollten die so gebildeten Bewertungen die entsprechenden Marktpreise am Tag des Schadensfalls übersteigen, sind letztere auf die jeweiligen Waren anzuwenden;
4. der Wert unversehrter Waren auf Grundlage der Schätzung laut Punkt 1.;
5. der aus den Resten des Schadensfalls realisierbare Wert.

Die Entschädigung ergibt sich aus dem Gesamtwert der laut Punkt 1. geschätzten Waren abzüglich des Werts der unversehrten Waren und des Werts der Reste (Schätzungen 2. und 3.).

Art. 133 - Festlegung der Schadenshöhe für Vieh und Futter

Es wird der Wert in Verbindung mit Beschaffenheit, Qualität, etwaiger geschäftlicher Abwertung einschließlich Steuerlasten geschätzt. Wo die so formulierten Schätzungen die entsprechenden Marktpreise übersteigen, werden letztere angewendet. Die Schadenshöhe wird festgelegt, indem vom Wert der versicherten Güter der Wert der Reste sowie die dem Fiskus nicht geschuldeten Steuerlasten abgezogen werden.

Art. 134 - Festlegung der Schadenshöhe für Anbauflächen

Für diese wird geschätzt:

- a) für die Produktion, der Wert der Produktmenge, die am Ende des Anbauzyklus in Verbindung mit den Anbaumethoden, der Handelsqualität und aller anderen Begleitumstände erzielt werden kann. Der Entschädigungsbetrag wird durch die Menge der verlorenen Produktion bestimmt;
- b) für den Bestand, der Wert in Verbindung mit den erforderlichen Ausgaben für den Ersatz beschädigter Pflanzen durch andere gleicher Art und Kulturvarietät, die angesichts Alter und Zustand für die Umpflanzung geeignet sind, wobei die Schätzung die Kosten für die Vorbereitung des Bodens, den Kauf der Pflanze, das Einsetzen sowie Kauf und Aufbau geeigneter Stützstrukturen umfasst.

Das Ausmaß des Schadens wird festgelegt, indem die Anzahl der Pflanzen berechnet wird, die den vollständigen, endgültigen und irreversiblen Verlust der Produktionskapazität erfahren haben. Der Entschädigungsbetrag wird abzüglich eines Wertverlusts berechnet, der im Verhältnis zu Alter und Restlebenszeit des Pflanzenbestands, Gesundheitszustand und anderen Begleitumständen festgelegt wird, unter Abzug des Werts etwaiger Restbestände.

Art. 135 - Festlegung der Schadenshöhe für Sachen des persönlichen Gebrauchs

Für diese wird festgelegt:

1. der Gesamtwert, den sie zum Moment des Schadensfalls hatten in Verbindung zu ihrer Beschaffenheit, Qualität, etwaiger geschäftlicher Abwertung und/oder Abnutzung einschließlich Steuerlasten;



2. der Wert unversehrter Sachen auf Grundlage der Schätzung laut Punkt 1.;
3. der aus den Resten des Schadensfalls realisierbare Wert.

Die Entschädigung ergibt sich aus dem Gesamtwert der laut Punkt 1. geschätzten Sachen abzüglich des Werts der unversehrten Sachen und des aus den Restbeständen realisierbaren Werts (Schätzungen 2. und 3.).

Art. 136 - Festlegung der Schadenshöhe für „Geräte und spezielle Stützvorrichtungen“

Die Entschädigung im Falle der Beschädigung oder Zerstörung von „Geräten und speziellen Stützvorrichtungen“ besteht aus den alleinigen Kosten des Materials und den Ausgaben für die manuellen und mechanischen Wiederherstellungsvorgänge.

Die Entschädigung ist auf jeden Fall beschränkt auf die tatsächlich binnen 1 Jahr ab Auftreten des Schadensfalls getragenen Kosten.

Art. 137 – Versicherung auf Erstrisiko der Deckungen Gebäudebrand und Mieterhaftpflicht

Die Deckungen für Gebäudebrand und Mieterhaftpflicht werden in der Form auf Erstrisiko geleistet, d.h. bis zur Erreichung der Deckungssumme ohne Anwendung des Proportionalitätsprinzips gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs.

Art. 138 – Versicherung auf Erstrisiko der Deckungen Brand von Hausrat/Bestand

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

Art. 139 - Vertragliches Gutachten

Besteht kein Einvernehmen der Parteien hinsichtlich der Auszahlung der Schäden wird die Streitigkeit zwei, jeweils von einer der Parteien ernannten Gutachtern überstellt, die bei weiterer Uneinigkeit einen Dritten ernennen. Die Entscheidungen werden mehrheitlich getroffen und sind bindend für die Parteien gemäß den Bestimmungen von Art. 140 - „Beauftragung der Gutachter“. Falls eine Partei die ihr zustehende Ernennung nicht tätigt oder falls keine Einigung für die Ernennung des dritten Gutachters zustande kommt, erfolgt diese auf Beantragung der gewissenhafteren Partei durch den Präsidenten des Gerichts, in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall aufgetreten ist.

Art. 140 - Beauftragung der Gutachter

Die Gutachter haben die Aufgabe:

- Umstände, Art, Ursachen und Hergang des Schadensfalls zu ermitteln;
- die Genauigkeit der aus den Vertragsakten hervorgehenden Beschreibungen und Erklärungen zu prüfen und festzustellen, ob zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht bekanntgegebene Umstände bestanden haben, die eine Erhöhung des Risikos bewirkt haben, und zu überprüfen, ob der Versicherte (bzw. Versicherungsnehmer) seinen Verpflichtungen gemäß Art. 130- „Was tun im Schadensfall“ nachgekommen ist;
- Vorhandensein, Beschaffenheit und Menge der versicherten Sachen zu prüfen und deren Wert entsprechend den in Art. 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138 angegebenen Beurteilungskriterien zu bestimmen;
- die Schätzung und Auszahlung des Schadens vorzunehmen einschließlich der Kosten für Rettung, Abbruch und Räumung. Die Ergebnisse der Begutachtung durch die einen Gutachter oder durch deren Mehrheit im Falle des kollegial angefertigten Gutachtens sind in einem Protokoll festzuhalten (dem die detaillierten Schätzungen beigelegt werden), das in doppelter Ausfertigung - eine pro Partei - verfasst wird. Die Ergebnisse der Beurteilungen gemäß Punkt 3. und 4. sind bindend für die Parteien, die hiermit darauf verzichten, diese anzufechten, es sei denn es läge betrügerische Absicht, Fehler, Gewalt oder Verletzung der vertraglichen Vereinbarungen vor, während auf jeden Fall jedwedes Vorgehen oder jegliche Einwendung hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit der Schäden unberührt bleibt. Das kollegial angefertigte Gutachten ist auch dann gültig, wenn einer der Gutachter die Unterzeichnung verweigert; die Weigerung ist von den anderen Gutachtern im abschließenden Gutachterprotokoll zu vermerken. Die Gutachter sind von der Einhaltung jeder Art rechtlicher Formalitäten befreit.

ABSCHNITT 13 - DIEBSTAHL UND RAUB

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

Art. 141 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer entschädigt direkte Sachschäden des versicherten Bestands/Hausrats, die durch nachstehend aufgeführte Ereignisse verursacht werden, innerhalb der Grenzen der

Deckungssumme und an den in der Police angegebenen Standorten, auch wenn diese Eigentum Dritter ist.

Diese Versicherung gilt ausschließlich für Italien.



A. DECKUNG DIEBSTAHL UND RAUB

Unbeschadet der Angaben unter Art. 145 - „Ausschlüsse“ sind die nachstehend aufgelisteten Ereignisse garantiert:

1. Diebstahl

Diese Deckung gilt:

- a) wenn der Täter in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, eingebrochen ist, indem:
 - bruch sichere Türen und/oder Fenster und/oder Verglasungen;
 - Vergitterungen;
 - Schlösser und Vorhängeschlösser oder andere Schließvorrichtungen;
 - Dächer, Wände, Fußböden, Decken durchbrochen, zerstört, aufgebrochen oder entfernt worden sind;oder indem diese mit betrügerischen Mitteln, wie dem Einsatz von Dietrichen oder ähnlichem Werkzeug aufgeschlossen worden sind, vorausgesetzt dass die Schutz- und Schließvorrichtungen den Bestimmungen gemäß Art. 148. „Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen“ entsprachen und funktionstüchtig waren;
- b) wenn der Täter in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, ohne Einbruch unter Einsatz besonderer Geschicklichkeit oder mithilfe von Kunstgriffen auf anderem als dem normalen Weg eingedrungen ist über Öffnungen nach außen, die sich in einer vertikalen Höhe von mindestens 4 m vom Boden, von Wasseroberflächen oder zugänglichen und normal von außen begehbaren Flächen befinden;
- c) wenn der Täter sich heimlich in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, eingeschlichen hat und das Diebesgut dann bei geschlossenen Räumen entwendet hat;
- d) auch ohne in die versicherten Räume eingedrungen zu sein, während der Öffnungszeiten am Tag oder Abend;
- e) durch die Öffnungen an Rollläden und Gittern mit Brechen des dahinter befindlichen Fensterglases;
- f) durch das Brechen von sachgerecht verschlossenen Schaufensterscheiben während der Öffnungszeiten (von 8:00 bis 24:00 Uhr) im Beisein von zuständigem Personal.

2. Raub

Diese Deckung gilt, wenn der Raub in den versicherten Räumlichkeiten geschieht, auch wenn die Personen, an denen Gewalt oder Drohungen ausgeübt werden, außerhalb aufgegriffen und gewaltsam in die Räume verbracht werden.

Die Deckung Diebstahl und Raub gilt auch, wenn der Diebstahl und Raub von Beschäftigten zu anderen als den Arbeitszeiten begangen werden. Den Beschäftigten gleichgestellt sind:

- Mitarbeiter des Wachdienstes, die für die Bewachung der Räume, in denen sich die versicherten Sachen befinden, zuständig sind;
- Beschäftigte von Drittunternehmen, die für die Reinigung der Räumlichkeiten und die Wartung der Gebäude, in denen sich die versicherten Sachen befinden, und der dazugehörigen Anlagen zuständig sind, auch wenn sie ihre Leistungen für den Versicherten vorübergehend oder aushilfsweise erbringen.

Art.142 - Stets geltende Sonderbedingungen

Unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckung Diebstahl und Raub die maximale Leistung des Versicherers darstellt, gelten stets die nachstehend aufgelisteten Sonderbedingungen, nachdem die von Art. 147 vorgesehenen Selbstbeteiligungen angerechnet worden sind, sowie vorbehaltlich der Fälle, in denen spezielle Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind:

1. Untreue der Beschäftigten

Der Versicherer entschädigt Verluste bei Bargeld und Wertsachen des Versicherten, die durch Untreue der Beschäftigten entstehen, worunter der durch Beschäftigte in Ausübung der ihnen anvertrauten Aufgaben begangene Diebstahl, Raub, Unterschlagung oder Betrug zu verstehen sind, vorausgesetzt dass:

- sowohl die verbrechensvorbereitenden Handlungen als auch das Verbrechen selbst innerhalb des Gültigkeitszeitraums der Versicherung geschehen sind;
- das Verbrechen vom Versicherten innerhalb einer Frist von einem Jahr nach Begehen festgestellt wird.

Falls ein und dieselbe Person mehrere verbrecherische Taten begangen hat, haftet der Versicherer nur wenn die kriminelle Tätigkeit während der Gültigkeitsdauer der Versicherung begonnen hat.

Falls die Versicherung im Zeitraum zwischen genannten Handlungen unwirksam geworden ist, kommt der Versicherer lediglich für jene Verluste auf, die auf Handlungen zurückzuführen sind, die vor Ablauf der Versicherung begangen wurden, auch wenn die vor oder nach dieser Frist begangenen Gesetzesverletzungen strafrechtlich als ein einziges Verbrechen gelten.

Die Deckung wird mit einer Obergrenze der Entschädigung von 10% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Ersatzgrenze von Euro 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

2. Transport von Wertsachen

Der Versicherer garantiert den Ersatz des Verlusts von Wertsachen der Firma, welche während des Transport außerhalb der in der



Police angegebenen Räumlichkeiten geschieht, infolge von:

- Handtaschenraub;
- Raub;
- Diebstahl infolge eines Unfalls oder plötzlichen Unwohlseins der mit dem Transport beauftragten Person;
- Trickdiebstahl mit Einschränkung auf diejenigen Fälle, in denen die mit dem Transport beauftragte Person die Wertsachen bei sich trägt oder sie sich in ihrer Reichweite befinden;
- begangen an der Person des Versicherten, seinen Angehörigen oder in der Gehaltsliste eingetragenen Beschäftigten, während diese den externen Transportdienst leisten.

Die Versicherung gilt unter der Bedingung, dass die mit dem Transport beauftragte Person keine körperlichen Beeinträchtigungen hat, die sie für diese Dienstleistung ungeeignet machen, und dass sie weder jünger als 16 noch älter als 65 Jahre ist.

Die Deckung wird mit einer Obergrenze der Entschädigung von 10% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Ersatzgrenze von Euro 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

3. Durch Diebe verursachte Defekte und Vandalismus an Gebäuden, festen Einbauteilen, Fenster- und Türrahmen bei der Begehung von Diebstahl, versuchtem Diebstahl oder Raub

Der Versicherer entschädigt durch Diebe verursachte Defekte und Vandalismus an Gebäuden, festen Einbauteilen, Fenster- und Türrahmen (unter Ausschluss von Maschinen und Waren, die sich im Freien befinden) bei:

- Diebstahl,
- versuchtem Diebstahl,
- Raub.

Die Deckung wird mit einer Obergrenze der Entschädigung von 10% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr mit der Ersatzgrenze von Euro 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

4. Diebstahl und Raub von Waren und Maschinen bei Dritten

Der Versicherer entschädigt Diebstahl und Raub von Waren und Maschinen bei Dritten, wenn diese sich befinden:

- bei Betriebsstätten Dritter zur Verarbeitung oder Einlagerung;
- in allgemeinen Lagerhallen oder Zolllagern;
- bei Ausstellungen, Messen, Märkten, Modeschauen auf dem Gebiet der Europäischen Union.

Die Deckung wird mit einer Obergrenze der Entschädigung von 10% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet.

5. Belegte Kosten für medizinische Versorgung (unter Ausschluss von Arzneimitteln)

Der Versicherer entschädigt die Kosten im Zusammenhang mit etwaigen Unfällen des Inhabers, seiner Angehörigen oder Beschäftigten im Verlauf eines Taschendiebstahls oder Raubs, die gemäß Police entschädigungsfähig sind.

Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 1.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.

6. Verkaufspreis

Falls bei einem entschädigungsfähigen Schadensfall in Erwartung der Auslieferung befindliche, bereits verkaufte Waren entwendet werden, stützt sich die Entschädigung - vorausgesetzt dass diese nicht vom Käufer versichert worden sind - auf den vereinbarten Verkaufspreis abzüglich der für die nicht erfolgte Auslieferungen eingesparten Ausgaben und der vom Käufer geschuldeten Steuer.

Diese Vereinbarung gilt unter der Bedingung, dass:

- die beschädigten Waren nicht durch gleichwertige, unversehrt gebliebene oder anderweitig kurzfristig herstellbare Waren ersetzt werden können;
- der erfolgte Verkauf schriftlich belegt ist durch Urkunden oder Dokumente mit gesichertem, vor dem Schadensfall liegendem Datum und dass die Übergabe vertraglich festgelegt wurde.

7. Im Freien gelagerte Sachen

Für Maschinen und Waren gilt die Deckung Diebstahl und Raub auch, wenn diese Sachen sich im Freien befinden, vorausgesetzt dass sie auf dem Betriebsgelände gelagert sind und dass dieser Bereich komplett umzäunt ist (mindestens 4 m hohe Mauer oder Gitterzaun mit Toren in gleicher Höhe) und durch Türen und/oder Tore geschützt ist, die sachgerecht mit geeigneten Vorrichtungen verriegelt sind.

Die Deckung gilt unter der Bedingung, dass der Diebstahlstäter in den Bereich eingedrungen ist, indem die externen Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen aufgebrochen worden sind, und wird mit einer Obergrenze der Entschädigung von 20% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet.

Nicht inbegriffen sind Wertsachen, die sich im Innern von im Freien aufgestellten „Automaten“ befinden.



Art. 143- Erweiterungen der Deckung für bestimmte Branchen

Unter dem Vorbehalt, dass die in der Police angegebene Deckungssumme für die Deckung Diebstahl und Raub die maximale Leistung des Versicherers darstellt, gelten diese Erweiterungen für jede Zugehörigkeitsbranche, nachdem die von Art. 147 vorgesehenen Selbstbeteiligungen angerechnet worden sind, sowie vorbehaltlich der Fälle, in denen spezielle Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind:

a. BRANCHE LANDWIRTSCHAFT

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit im Bereich der Landwirtschaft bezieht (einschließlich Ferien auf dem Bauernhof), umfasst die Deckung Diebstahl und Raub in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist, und innerhalb der Grenzen der Deckungssumme:

1. Diebstahl von Vieh

Die Deckung erstreckt sich auch auf den Viehdiebstahl - wenn dieses im Stall oder den hierfür vorgesehenen Gebäuden sowie auf sachgerecht eingezäunten Weiden gehalten wird, vorausgesetzt dass diese sich auf dem Gelände des Bauern- bzw. Ferienhofs befinden - welcher erfolgt, indem die externen Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen aufgebrochen werden.

Die Deckung wird unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 20% und mindestens Euro 500,00 und mit einer Obergrenze der Entschädigung von 30% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr sowie der Ersatzgrenze von Euro 2.000,00 pro Tier geleistet.

2. Sachen, die von Gästen des Ferienbetriebs mitgebracht und/oder anvertraut werden

Die Deckung umfasst:

- das von den Gästen mitgebrachte - ggf. der Betriebsleitung anvertraute - persönliche Habe (Kleidung, Mobiltelefone, Videokameras und ähnliches unter Ausschluss von Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Pelzmänteln, Wertgegenständen allgemein);

die Deckung wird nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% und mindestens Euro 500,00 und mit einer Entschädigungsgrenze von 15% der Deckungssumme und der Obergrenze von Euro 1.500,00 pro Gegenstand geleistet;

- vom Gast mitgebrachtes Bargeld und Wertsachen allgemein, ausschließlich falls diese Güter zur Verwahrung anvertraut und im Tresor aufbewahrt worden sind;

die Deckung wird nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit Mindestbetrag Euro 500,00 und einer Entschädigungsgrenze von 15% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet;

- Kraftfahrzeuge der Kunden unter Ausschluss aller in deren Inneren zurückgelassenen und nicht aufs Gastzimmer gebrachten Gegenstände, vorausgesetzt dass das Fahrzeug abgeschlossen war und in der Garage, auf dem Parkplatz oder dem umzäunten Gelände des Feriengasthofs abgestellt war.

Die Deckung wird nach Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit Mindestbetrag Euro 500,00 und einer Entschädigungsgrenze von 30% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet.

b. BRANCHE HANDEL

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit in der Handelsbranche bezieht, umfasst die Deckung Diebstahl und Raub in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist, und innerhalb der Grenzen der Deckungssumme:

1. Pharmazeutische Strichcode-Etiketten (Apotheken)

Der Versicherer erstattet die Schäden durch den Diebstahl pharmazeutischer Strichcode-Etiketten, die in der versicherten Apotheke verwahrt waren.

Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 7.500,00 pro Schadensfall geleistet.

c. BRANCHE FREMDENVERKEHR UND GASTSTÄTTENGEWERBE

Wenn die Versicherungsdeckung sich auf eine Tätigkeit in Bereich von Fremdenverkehr und Gaststättengewerbe bezieht, umfasst die Deckung Diebstahl und Raub in Ergänzung zu dem, was im Glossar unter dem Stichwort Bestand aufgeführt ist, und innerhalb der Grenzen der Deckungssumme:

1. Sachen, die von Kunden des Hotels, der Pension, des B&B mitgebracht oder anvertraut werden

Die Deckung umfasst:

- das von den Gästen mitgebrachte - ggf. der Betriebsleitung anvertraute - persönliche Habe (Kleidung, Mobiltelefone, Videokameras und ähnliches unter Ausschluss von Bargeld, Wertsachen, Schmuck, Pelzmänteln, Wertgegenständen allgemein).

Die Deckung wird mit der Entschädigungsgrenze von 15% der Deckungssumme und der Obergrenze von Euro



1.500,00 pro Gegenstand geleistet;

- vom Gast mitgebrachtes Bargeld und Wertsachen allgemein, ausschließlich falls diese Güter zur Verwahrung anvertraut und im Tresor aufbewahrt worden sind.

Die Deckung wird mit einer Obergrenze von 15% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet;

- Kraftfahrzeuge der Kunden unter Ausschluss aller in deren Inneren zurückgelassenen und nicht aufs Gastzimmer gebrachten Gegenstände, vorausgesetzt dass das Fahrzeug abgeschlossen war und in der Garage, auf dem Parkplatz oder dem umzäunten Gelände des Feriengasthofs abgestellt war.

Die Deckung wird bis 30% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet.

Art. 144 - Entschädigungsgrenzen

Die Versicherungsdeckung wird im Rahmen der Deckungssumme mit folgenden Entschädigungsgrenzen geleistet, nachdem die von Art. 147 vorgesehenen Selbstbeteiligungen angewendet worden sind, vorbehaltlich der Fälle, in denen spezielle Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind:

- **Bestand der Nebengebäude**
Die Sachen, die den Bestand bilden, gelten als versichert, auch wenn sie sich in zusätzlichen Lagern oder Depots der versicherten Betriebstätigkeit befinden, die im Bereich des versicherten Betriebsgeländes liegen, sowie in Nebengebäuden, in denen jedoch keine Verkaufstätigkeit stattfindet.
Die Deckung wird mit einer Obergrenze von 10% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet;
- **Bargeld und Wertsachen - gleich an welchem Aufbewahrungsort**
Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 1.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.
- **Bargeld und Wertsachen in Wandtresor, am Boden verankertem Tresor, Tresorschrank oder Panzerschrank**
Die Deckung wird mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 2.500,00 pro Schadensfall und Versicherungsjahr geleistet.
- **Diebstahl und Raub von Teppichen, Gemälden, Sammlungen, Kunstgegenständen**
Die Deckung wird mit einer Obergrenze von 10% der Deckungssumme geleistet.
- **Raub von persönlichem Habe (unter Ausschluss von Wertgegenständen und Wertsachen) des Versicherten, seiner Angehörigen oder Beschäftigten, vorausgesetzt dass dieser im Innern der Räumlichkeiten erfolgt.**
Für jeden Schadensfall wird die Deckung unter Anwendung eines Selbstbehalts von Euro 250,00 und einer Entschädigungsgrenze von
Euro 1.000,00 pro Person und Euro 3.000,00 pro Versicherungsjahr geleistet.

FOLGENDE ARTIKEL GELTEN FÜR DEN GESAMTEN ABSCHNITT 12 - DIEBSTAHL UND RAUB.

Art. 145 – Ausschlüsse

Der Versicherer kommt - abgesehen von den bereits für die einzelnen Deckungen getätigten Ausschlüssen - nicht für folgende Schäden auf:

- die bei Kriegshandlungen, Aufständen, Volksaufruhr, Streiks, Unruhen, terroristischen Anschlägen oder organisierter Sabotage, militärischer Besetzung oder Invasion aufgetreten sind, vorausgesetzt dass der Schadensfall mit diesen Ereignissen in Verbindung stand;
- die bei Bränden, Explosionen, Bersten, radioaktiver Kontamination, Hagel, Wind und von diesem transportierten Gegenständen, Erdbeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen, Überflutungen und anderen Naturkatastrophen aufgetreten sind, vorausgesetzt dass der Schadensfall mit diesen Ereignissen in Verbindung stand;
- die mit Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit begünstigt worden sind;
- den Versicherten, den Versicherungsnehmer oder, wenn der Versicherte eine juristische Person ist, den gesetzlichen Vertreter, den Gesellschaftern der Personengesellschaft oder den unbeschränkt haftenden Gesellschaftern und dem Geschäftsführer; mit Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit begangen oder begünstigt wurden.
- von Personen, die mit dem Versicherten oder Versicherungsnehmer, mit dem gesetzlichen Vertreter, den Gesellschaftern der Personengesellschaft oder den unbeschränkt haftenden Gesellschaftern und



- Geschäftsführern zusammenwohnen oder die Räumlichkeiten bewohnen, in denen versicherte Güter verwahrt sind oder die an diese angrenzen;
- von Personen, für welche der Versicherte oder der Versicherungsnehmer, der gesetzliche Vertreter, die Gesellschafter der Personengesellschaft oder die unbeschränkt haftenden Gesellschafter und Geschäftsführer haften, vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. 141 - „Gegenstand der Versicherung“ und der Sonderbedingung von Art. 142.1. „Untreue der Beschäftigten“;
 - von Personen, die mit der Bewachung der Sachen oder der Räume mit den Sachen beauftragt sind, unbeschadet der Bestimmungen unter Art. 141 - „Gegenstand der Versicherung“ und der Sonderbedingung von Art. 142.1. „Untreue der Beschäftigten“;
 - von Personen, die mit dem Versicherten oder Versicherungsnehmer, dem gesetzlichen Vertreter, den Gesellschaftern der Personengesellschaft oder den unbeschränkt haftenden Gesellschaftern und Geschäftsführern durch Verwandtschaft oder Verschwägerung entsprechend den Vorgaben von Art. 649 des it. Strafgesetzbuchs (Nr. 1, 2, 3) verbunden sind, auch wenn sie nicht zusammenleben;
- d. indirekte Schäden;
- e. die an den versicherten Gütern durch vom Verursacher des Schadensfalls hervorgerufene Brände, Explosionen oder Berstvorgänge verursacht worden sind;
- f. wenn diese ab 24 Uhr des 45. Tages eingetreten sind, wenn die Räumlichkeiten mit den versicherten Gütern länger als 45 aufeinanderfolgende Tage unbewacht geblieben sind;
- g. an Leasing-Gütern, Schmuck und Wertgegenständen;
- h. die infolge von Beschlagnahmungen und Requisitionen eingetreten sind.

Art. 146 - Konstruktionsmerkmale des Gebäudes für die Gültigkeit der Deckung

Mit Einschränkung auf Diebstahlsschäden gilt die Deckung unter der Bedingung, dass die **Wände und Decken** der Räumlichkeiten mit den versicherten Sachen, die an den Außenbereich oder andere Räume oder Gemeinschaftsbereiche angrenzen und sich in einer Höhe unter 4 m vom Boden oder anderen begehbaren Flächen befinden, aus Mauerwerk, Cotto, Beton, Glasstahlbeton, Stahlbeton, Metallmaterialien gleicher Robustheit, die gewöhnlich am Bau verwendet werden, bestehen.

Art. 147 – Selbstbeteiligungen

Die Deckung Diebstahl und Raub wird unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens Euro 500,00 geleistet, unbeschadet der Fälle in denen spezielle Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind.

Im Falle des Diebstahls entsprechend der Beschreibung unter Art. 141 - „Gegenstand der Versicherung“, Punkt a), b), c) und d) wird die Deckung Diebstahl und Raub ohne Anwendung der Selbstbeteiligung geleistet, wenn die Räumlichkeiten mit den versicherten Sachen von einer der folgenden Alarmanlagen geschützt werden:

- Alarmanlage für den Diebstahlschutz mit Sirene und Verbindung mit einem Wachdienst oder zur Polizei, die von einer bei der Zertifizierungsstelle I.M.Q. registrierten Firma installiert wurde;
- automatische Nebelanlage für den Diebstahlschutz entsprechend der Norm ISO 9001-2000, die von einer qualifizierten Firma installiert wurde,

unter der Bedingung dass die Anlage, immer wenn keine Personen in den Räumen anwesend sind, stets aktiv und voll funktionstüchtig ist.

War die IMQ-Anlage und/oder Nebelanlage nicht funktionstüchtig und/oder wurde sie nicht eingeschaltet, bezahlt der Versicherer den gemäß Police geregelten Betrag abzüglich einer Selbstbeteiligung von 10% mit mindestens Euro 500,00.

Art. 148 - Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen

Mit Einschränkung auf Diebstahlsschäden gilt die Deckung unter der Voraussetzung, dass jede Öffnung nach draußen von Räumlichkeiten mit versicherten Sachen, die sich weniger als 4 m über dem Boden oder einer Wasseroberfläche oder von normal von außen zugänglichen und begehbaren (d.h. ohne Einsatz von Hilfsmitteln oder besonderer körperlicher Geschicklichkeit) Flächen befinden, durch mindestens eine der folgenden Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen geschützt sein muss:

- robuste Tür-/Fensterflügel aus Holz, steifem Kunststoffmaterial, bruchsicherem Glas, Metall oder Metalllegierung und anderen ähnlichen, gewöhnlich beim Bau verwendeten Materialien; das Ganze fest verbaut oder mit geeigneten Vorrichtungen (wie Stangen, Riegeln und ähnlichem, die ausschließlich von innen betätigt werden können) verriegelt oder mit Einbau- oder Vorhängeschlössern verschlossen;
- Vergitterungen (als solche gelten auch diejenigen aus robusten Stäben aus Metall oder anderen Metalllegierungen als Eisen), die an den Mauern oder im Tragwerk der Tür-/Fensterelemente verankert sind;
- zugelassen sind auch andere als oben beschriebene Verschlussvorrichtungen, vorausgesetzt dass sie gleichwertige Robustheit und Wirksamkeit aufweisen.

Bei Tür-/Fensterelementen und Vergitterungen sind lichte Weiten zulässig, die keinen Durchtritt einer Person gestatten.

Falls die Diebe in die Räumlichkeiten mit den versicherten Sachen eingedrungen sind, indem Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen verletzt worden sind, die den oben aufgeführten Beschreibungen nicht entsprechen, zahlt der **Versicherer dem Versicherten 70% des gemäß Police auszahlbaren Betrags.**

Auf keinen Fall entschädigungsfähig sind Diebstahlschäden, wenn die oben beschriebenen Verschlussvorrichtungen gleich aus welchem Grund nicht aktiv waren.

Art. 149 - Verpflichtungen im Schadensfall

Im Schadensfall hat der Versicherte (oder Versicherungsnehmer):

- a. **den Versicherer binnen 24 Stunden nach Kenntnisnahme unter Angabe des Ereignisses und des annähernd geschätzten Schadensbetrags zu benachrichtigen sowie binnen 24 Stunden ab Ereignis Anzeige bei der zuständigen Behörde oder der lokalen Polizeidienststelle zu erstatten;**
- b. **dem Versicherer im Laufe der anschließenden 3 Tage eine detaillierte Liste der gestohlenen oder beschädigten Sachen mit Angabe des jeweiligen Werts sowie eine Kopie der bei den Behörden erstatteten Anzeige zukommen zu lassen;**
- c. **ferner umgehend die Entwendung von Wertpapieren (auch dem Schuldner) zu melden und - wenn gesetzlich zulässig - deren Abschreibung vorzunehmen;**
- d. **sich umgehend auf dem wirksamsten Wege um die Wiedererlangung der entwendeten Sachen und die Erhaltung und Bewahrung der verbliebenen, ggf. beschädigten, Güter zu bemühen.**

Wird auch nur eine dieser Verpflichtungen nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Die zur Erfüllung der Verpflichtungen laut Buchstaben c) und d) getragenen Kosten gehen zu Lasten des Versicherers in dem Verhältnis, das zwischen Deckungssumme und dem Wert der Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfalls besteht, auch wenn der Betrag der Kosten gemeinsam mit dem des Schadens die Deckungssumme übersteigen sollte und auch wenn der Zweck nicht erreicht werden konnte, es sei denn der Versicherer kann belegen, dass unvernünftige Ausgaben gemacht worden sind.

Der Versicherte oder Versicherungsnehmer haben ferner:

- e. **bis zur Auszahlung des Schadens sowohl die nicht gestohlenen Sachen als auch die Spuren und materiellen Indizien der Straftat aufzubewahren, ohne hierfür Anspruch auf Entschädigung zu haben;**
- f. **Beschaffenheit, Menge und Wert der zuvor existierenden Sachen zum Moment des Schadensfalls zu belegen, abgesehen vom tatsächlichen Auftreten und Umfang des Schadens; sämtliche Dokumente und weiteren Beweiselemente für Versicherer und Gutachter bereitzuhalten und die Ermittlungen und Nachforschungen zu erleichtern, deren Durchführung bei Dritten der Versicherer und die Gutachter möglicherweise für erforderlich erachten;**
- g. **auf Anfrage des Versicherers sämtliche Unterlagen vorzulegen, die bei den zuständigen Behörden bezüglich des Schadensfalls erhalten werden können.**

Art. 150 - Festlegung der Schadenshöhe - Schiedsverfahren

Die Versicherung wird mit der Formel auf Erstrisiko geleistet.

Die Schadenshöhe ergibt sich aus dem Wert, den die entwendeten Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatten, und aus den Reparaturkosten der beschädigten Sachen - mit der Grenze von deren Wert zum Zeitpunkt des Schadensfalls -, wobei weder erhoffter Gewinn noch Schäden durch den Ausfall von Genuss oder Nutzung oder andere Nachteile Berücksichtigung finden.

Die Schadenshöhe wird direkt von den Parteien vereinbart oder - auf Antrag einer Partei - durch Gutachter, die je einer vom Versicherer und einer vom Versicherten in einem einzigen Schriftstück ernannt werden. Diese beiden Gutachter müssen einen Dritten ernennen, wenn es zu Meinungsverschiedenheiten kommt, bzw. auch vorher auf Beantragung durch einen der Gutachter. Der dritte Gutachter greift nur im Falle von Meinungsverschiedenheiten ein und die Entscheidungen über die strittigen Punkte werden mehrheitlich getroffen. Jeder Gutachter ist dazu befugt, die Unterstützung weiterer Personen in Anspruch zu nehmen, die an der Ausarbeitung des Gutachtens mitarbeiten können, ohne jedoch Stimmrecht zu haben. Falls eine der Parteien keinen eigenen Gutachter ernennt, oder falls diese sich nicht auf die Ernennung des Dritten einigen, können diese Bestellungen auf Antrag einer Partei allein auch dem Präsidenten des Gerichts in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall eingetreten ist, übertragen werden. Jede Partei trägt die Kosten des eigenen Gutachters, während die des dritten jeweils zur Hälfte getragen werden.

Art. 151 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs

Der Versicherte, der vorsätzlich die Schadenshöhe übertreibt, nicht entwendete Sachen verbirgt, unterschlägt oder manipuliert, die Spuren oder materiellen Indizien des Verbrechens verändert, verliert den Anspruch auf Entschädigung.

Art. 152 - Reduktion der Deckungssummen im Schadensfall

Im Schadensfall werden die Deckungssumme für Diebstahl und Raub und die diesbezüglichen Entschädigungsgrenzen mit sofortiger Wirkung und bis zum Ende des laufenden Versicherungszeitraums um einen Betrag reduziert, der dem des jeweils entschädigungsfähigen Schadens abzüglich etwaiger Selbstbehalte oder Selbstbeteiligungen entspricht, ohne entsprechende



Rückerstattung der Prämie. Falls der Versicherer infolge des Schadensfalls hingegen beschließt, vom Vertrag zurückzutreten, wird der Anteil der Nettoprämie zurückerstattet, der dem fortbestehenden ggf. nicht genutzten Deckungsbetrag entspricht.

Art. 153 - Rückerlangung der gestohlenen Sachen

Werden gestohlene Sachen ganz oder teilweise zurückerlangt, hat der Versicherte dies dem Versicherer zu melden, sobald er Kenntnis davon erlangt. Die rückerlangten Sachen werden Eigentum des Versicherers, wenn dieser den Schaden bereits vollständig erstattet hat, es sei denn, der Versicherte erstattet dem Versicherer den gesamten zur Entschädigung der Sachen erhaltenen Betrag zurück. Hat der Versicherer den Schaden nur partiell entschädigt, darf der Versicherte das Eigentum der rückerlangten Sachen behalten, nachdem er die vom Versicherer dafür erhaltene Entschädigung zurückerstattet hat, oder kann sie verkaufen, wobei der Verkaufsertrag verhältnismäßig zwischen dem Versicherer und dem Versicherten aufzuteilen ist. Für gestohlene Sachen, die zurückerlangt werden, bevor die Entschädigung ausgezahlt wird und bevor 2 Monate ab Meldung des Schadensfalls verstrichen sind, ist der Versicherer lediglich für die ggf. von den Sachen infolge des Schadensfalls erlittenen Schäden verpflichtet. Dem Versicherten steht es jedoch frei, die zurückerlangte Sache an den Versicherer abzugeben, unbeschadet dessen Rechts die Abgabe zu verweigern und dennoch die geschuldete Entschädigung zu zahlen.

Art. 154 - Wertpapiere

Für Wertpapiere wird Folgendes festgelegt:

- Unbeschadet anderslautender Vereinbarung zahlt der Versicherer den für diese festgelegten Betrag nicht vor deren Ablauf, falls vorgesehen;
- der Versicherte hat dem Versicherer die dafür erhaltene Entschädigung zurückzuerstatten, sobald die Wertpapiere durch die Wirkung des Abschreibungsverfahrens, falls zulässig, unwirksam geworden sind;
- ihr Wert wird durch die darauf angegebene Summe bestimmt.

Bezüglich Wechseln wird weiter festgelegt, dass die Versicherung nur für jene Effekten gilt, für welche eine Wechselklage möglich ist.

Art. 155 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern

Wenn für dieselben Sachen und dasselbe Risiko mehrere Versicherungen bestehen, hat der Versicherte jeden Versicherer über die weiteren abgeschlossenen Verträge zu informieren. Bei Eintreten eines Schadensfalls hat der Versicherte die Pflicht, diesen bei allen Versicherern zu melden und hat bei jedem davon die gemäß jeweiligem unabhängig berücksichtigtem Vertrag zustehende Entschädigung zu beantragen.

Sollte die Summe dieser Entschädigungen - unter Ausschluss von der Berechnung jener Entschädigung, die ggf. von einem insolventen Versicherer geschuldet würde, - die Schadenshöhe übersteigen, ist der Versicherer verpflichtet, allein den verhältnismäßigen, auf Grundlage des eigenen Vertrags berechneten Anteil zu zahlen, unter Ausschluss jeglicher gesamtschuldnerischer Verpflichtung gemeinsam mit den anderen Versicherern.

ABSCHNITT 14 - ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN ALL RISKS

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

Art. 156 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer entschädigt innerhalb der Grenzen der Deckungssumme mögliche materielle und direkte Schäden an Geräten und Maschinen (einschließlich deren Elektronikkomponenten), die Abnahmetests unterzogen worden und für ihren bestimmungsgemäßen Einsatz bereit sind, nach dem Prinzip „All Risks“, vorbehaltlich der ausdrücklichen Angaben unter Art. 157 - „Ausschlüsse“.

A. DECKUNG ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN

Die Leistung gilt unter anderem für die folgenden Ereignisse, von denen die Güter im Innern der in der Police angegebenen Räume betroffen sind:

- Brand, Blitzschlag, Explosion, Bersten, Rauch**
- Diebstahl**

Diese Deckung gilt:

- wenn der Täter in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, eingebrochen ist, indem:
 - bruchsichere Türen und/oder Fenster und/oder Verglasungen;
 - Vergitterungen;
 - Schlösser und Vorhängeschlösser oder andere Schließvorrichtungen;



- Dächer, Wände, Fußböden, Decken durchbrochen, zerstört, aufgebrochen oder entfernt worden sind;
 - oder indem diese mit betrügerischen Mitteln, wie dem Einsatz von Dietrichen oder ähnlichem Werkzeug, aufgeschlossen worden sind, vorausgesetzt dass die Schutz- und Schließvorrichtungen den Anforderungen gemäß Art. 158 - „Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen“ entsprachen und funktionstüchtig waren.
- b) wenn der Täter in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, ohne Einbruch unter Einsatz besonderer Geschicklichkeit oder mithilfe von Kunstgriffen auf anderem als dem normalen Weg eingedrungen ist über Öffnungen nach außen, die sich in einer vertikalen Höhe von mindestens 4 m vom Boden, von Wasseroberflächen oder zugänglichen und normal von außen begehbaren Flächen befinden;
- c) wenn der Täter sich heimlich in die Räumlichkeiten, in denen sich die Sachen befinden, eingeschlichen hat und das Diebesgut dann bei geschlossenen Räumen entwendet hat;
- d) auch ohne in die versicherten Räume eingedrungen zu sein, während der Öffnungszeiten am Tag oder Abend;
- durch die Öffnungen an Rollläden und Gittern mit Brechen des dahinter befindlichen Fensterglases;
 - durch das Brechen von sachgerecht verschlossenen Schaufensterscheiben während der Öffnungszeiten (von 8:00 bis 24:00 Uhr) im Beisein von zuständigem Personal.

3. Raub

Diese Deckung gilt, wenn der Raub in den Räumlichkeiten mit den versicherten Sachen geschieht, auch wenn die Personen, an denen Gewalt oder Drohungen ausgeübt werden, außerhalb aufgegriffen und gewaltsam in die Räume verbracht werden.

4. Witterungsereignisse, wie Windhosen, Stürme, Frost, Schnee, Hagel

5. Maschinenpannen aufgrund mechanischer Brüche, Zentrifugalkräften, Vibrationen, unvorhersehbaren Belastungen und Fremdkörpern

Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Selbstbeteiligung von 25% mit mindestens € 500,00 geleistet.

6. Verschütten von Flüssigkeiten

Der Versicherer kommt für die Schäden durch das Auslaufen von in geeigneten Behältern aufbewahrten Flüssigkeiten auf, das durch zufälligen Bruch der Behälter sowie von Ventilen, Hähnen, Anschlüssen und den damit verbundenen technischen Anlagen verursacht wird. **Ausgeschlossen sind auf jeden Fall:**

- Schäden aufgrund fehlerhaften Öffnens oder Schließens von Ventilen und/oder Hähnen;
- Schäden durch mangelnde Dichtigkeit der Behälter;
- Schäden aufgrund des Auslaufens aus Behältern mit weniger als 300 l Fassungsvermögen;
- Schäden, die an anderen Einheiten durch das Auslaufen der Flüssigkeit verursacht werden.

7. Elektrische Störfälle auch mit externer Ursache

Die Deckung umfasst Schäden durch elektrische Störfälle mit externer Ursache unter der Bedingung, dass die versicherten Geräte mit Überspannungsschutz gegenüber Versorgungsnetz und Datenkommunikationsnetz ausgerüstet sind und dass die angeschlossene elektrische Anlage den gesetzlichen Anforderungen entspricht.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Selbstbeteiligung von 15% mit mindestens € 500,00 geleistet.

8. Unerfahrenheit, Unvorsichtigkeit, Nachlässigkeit, Bedienfehler bei Verwendung/Betrieb der Anlagen und Maschinen durch Beschäftigte des Versicherten oder Dritte

Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Entschädigungsgrenze von 30% der Deckungssumme geleistet.

9. Mangelnde oder fehlerhafte Funktion von Bedien- oder Steuergeräten

Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Obergrenze von 30% der Deckungssumme geleistet.

10. Sozialpolitische und vorsätzliche Ereignisse

Darunter sind direkte Sachschäden zu verstehen, die an den versicherten Sachen ggf. auch durch Sprengkörper von Personen (Beschäftigte des Versicherten oder Versicherungsnehmers und andere) verursacht werden, die an Volksaufständen, Streiks oder Unruhen teilnehmen oder allein oder in Vereinigung mit anderen Vandalismus oder vorsätzliche Taten begehen, einschließlich Terroranschläge und organisierte Sabotage.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Selbstbeteiligung von 15% von mindestens Euro 1.500,00 und mit der Obergrenze von 60% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr geleistet.

11. Schäden an Rohren und elektronischen Ventilen, außer wenn diese direkte Folge von entschädigungsfähigen Schäden sind, die auch an anderen Teilen der versicherten Sachen aufgetreten sind

Diese Schäden werden unter Berücksichtigung des Abnutzungsprozentsatzes entschädigt, der sich aus den vom Hersteller angegebenen Parametern ergibt, bzw. in Ermangelung aus dem Abnutzungsprozentsatz, der sich aus dem Verhältnis zum seit der Installation verstrichenen Zeitraum, zu den Betriebsstunden, erfahrenen Druckstößen oder anderen einschlägigen Parametern bezüglich der geschätzten Lebensdauer der Rohre ergibt.

Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit einer Obergrenze von 10% des Werts der beschädigten Ausrüstung mit maximal Euro 3.500,00 pro Schadensfall geleistet.

12. Schäden an, ausschließlich für die versicherten Sachen bestimmten, externen Leitungen

Nicht entschädigungsfähig sind Schäden an den Zubehörteilen der versicherten Leitungen, die nicht von Strom durchflossen werden. Im Falle von entschädigungsfähigen Schäden an externen Leitungen sind auch die vom Versicherten getragenen Kosten für Aushub-, Abtrags-, Abstütz-, Mauer-, Putz- und Belagsarbeiten inbegriffen.



Für jeden Schadensfall wird die Deckung mit dem Selbstbehalt von Euro 250,00 mit der Obergrenze von 10% des Werts der beschädigten Ausrüstung mit maximal Euro 2.500,00 pro Schadensfall geleistet.

Die Versicherung gilt für die in der Police angegebenen Standorte, wird nach der Formel auf Erstrisiko geleistet und ist ausschließlich für Risiken in Italien, Vatikanstadt und Republik San Marino wirksam. Die Deckung Elektronik und Maschinenpannen wird unter Anwendung eines Selbstbehalts Euro 500,00 geleistet, unbeschadet der Fälle in denen spezielle Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen vorgesehen sind. Bezüglich versicherter Sachen, für welche mehr als 7 Jahre seit Baujahr verstrichen sind, werden die Deckungen gemäß Police unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 25% mit mindestens Euro 2.500,00 geleistet, welche ausschließlich zu Lasten des Versicherten verbleiben.

FOLGENDE ARTIKEL GELTEN FÜR DEN GESAMTEN ABSCHNITT 14 - ELEKTRONIK UND MASCHINENPANNEN.

Art. 157 – Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind Schäden:

- a. die durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherten oder Versicherungsnehmers, von deren Angehörigen und Lebenspartnern, Geschäftsführern oder unbeschränkt haftenden Gesellschaftern sowie gesetzlichen Vertretern verursacht werden;
- b. durch Verschleiß, Abnutzung, Korrosion und Oxidation, welche die natürliche Folge des Gebrauchs oder Betriebs sind oder die durch das beständige Einwirken der Witterung verursacht werden;
- c. durch Erdbeben, Überschwemmungen, Überflutungen, Tsunamis, Vulkanausbrüche, Erdbeben und Hochwasser;
- d. für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller, Lieferant, Verkäufer oder Vermieter der versicherten Sachen zu haften hat;
- e. die infolge von Ein- und Ausbauvorgängen auftreten, die nicht in Verbindung mit Wartungs- oder Überholungsmaßnahmen stehen, sowie Schäden, die bei Transport und Beförderung sowie den damit verbundenen Auf- und Abladevorgängen außerhalb des für die beweglichen Sachen angegebenen Standorts und außerhalb des ursprünglichen Installationsorts der festen Sachen auftreten;
- f. durch Nichtbeachtung der vom Hersteller oder Lieferanten der versicherten Sache erteilten Wartungsvorschriften;
- g. infolge des Tragens der Kosten für:
 - Durchführung der vorbeugenden Wartung;
 - Durchführung von Kontrollen der Funktionstüchtigkeit;
 - Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten;
- h. ästhetischer Art, die nicht in Verbindung mit den entschädigungsfähigen Schäden stehen;
- i. die Defekten zuzuschreiben sind, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten beim Abschluss der Police bekannt sind;
- j. verursacht durch Verlieren und Fehlbestände;
- k. die bei Kriegshandlungen, Aufständen, Besetzung von Fabriken und Gebäuden allgemein, Beschlagnahmen, militärischer Besetzung oder Invasion aufgetreten sind, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte können belegen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung mit diesen Ereignissen steht;
- l. die bei einer Explosion oder der Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns erzeugt wird, ebenso wie bei Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Atomteilchen hervorgerufen wird, auftreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder Versicherte können beweisen, dass der Schadensfall in keinerlei Verbindung zu diesen Ereignissen steht;
- m. indirekte Schäden, wie der Ausfall der Gerätenutzung, Einkommensausfall oder jeder Schaden, der nicht die materielle Beschaffenheit der versicherten Sache betrifft;
- n. an austauschbaren oder für bestimmte Bearbeitungen aufsetzbaren Utensilien oder Zubehörteilen, an Formen, Matrizen, Gesenken, Schleifscheiben, Förderbändern, Seilen, Bändern, Riemen, Ketten, Reifen, Dichtungen, Filzbelägen, Verkleidungen, feuerfesten Belägen, Katalysatoren, Filtern, Fluiden allgemein mit Ausnahme des Öls von Transformatoren und Schaltern;
- o. bezüglich der elektronischen Komponenten von elektrischen oder mechanischen Geräten und Anlagen, die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen auftreten und deren Beseitigung zu den Leistungen gehört, die normalerweise von Wartungs- und technischen Kundendienstverträgen erfasst werden;



- p. durch Verlust, Beeinträchtigung oder Zerstörung von Daten, Verschlüsselungsprogrammen oder Software;
- q. durch mangelnde Verfügbarkeit von Daten und Funktionsstörungen von Hardware oder Software;
- r. an Kraftfahrzeugen;
- s. durch Betriebsunterbrechung von Anlagen oder Maschinen infolge von:
 - Nutzung von Internet oder Intranet (Verwendung von Internetadressen, Websites oder Intranet sowie jeglicher Betrieb oder Betriebsstörungen von Internet und/oder den Verbindungen zu Internetadressen, Websites oder Intranet);
 - elektronischer Übertragung von Daten oder anderen Informationen;
 - Computerviren oder ähnlichen Softwares (z.B. Trojaner, Computerwürmer usw.);
 - ggf. auch unbeabsichtigter Verletzung von geistigen Eigentumsrechten (z.B. Marken-, Urheber-, Patentrecht);
 - Verletzung von GvD 196/2003 i.d.g.F.;
- t. an folgenden Geräten:
 - Geräten für den häuslichen Gebrauch;
 - elektromedizinischen Geräten;
 - an Photovoltaikanlagen;
- u. ausgeschlossen sind ferner Schäden, Defekte oder Betriebsstörungen sowie Schäden an Modulen und elektronischen Bauteilen der versicherten Anlagen und Geräte (einschließlich der Kosten für Suche und Feststellung der Defekte), welche während der Garantiefrist der Hersteller- und/oder Lieferantenfirma aufgetreten sind, bzw. deren Beseitigung zu den normalerweise im technischen Wartungsvertrag enthaltenen Leistungen gehört, d.h.:
 - Kontrollen der Funktionstüchtigkeit;
 - vorbeugende Wartung;
 - Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten;
 - Beseitigung von Schäden und Störungen (Ersatzteile und Lohnkosten);die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen aufgetreten sind.

Art. 158 - Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen

Mit Einschränkung auf Diebstahlsschäden gilt die Deckung unter der Voraussetzung, dass jede Öffnung nach draußen von Räumlichkeiten, die versicherte Sachen enthalten, die sich weniger als 4 m über dem Boden oder einer Wasseroberfläche oder von normal von außen zugänglichen und begehbaren (d.h. ohne Einsatz von Hilfsmitteln oder besonderer körperlicher Geschicklichkeit) Flächen befinden, durch mindestens eine der folgenden Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen geschützt wird:

- robuste Tür-/Fensterflügel aus Holz, steifem Kunststoffmaterial, bruchsicherem Glas, Metall oder Metalllegierung und anderen ähnlichen, gewöhnlich beim Bau verwendeten Materialien; das Ganze fest verbaut oder mit geeigneten Vorrichtungen (wie Stangen, Riegeln und ähnlichem, die ausschließlich von innen betätigt werden können) verriegelt oder mit Einbau- oder Vorhängeschlössern verschlossen;
- Vergitterungen (als solche gelten auch diejenigen aus robusten Stäben aus Metall oder anderen Metalllegierungen als Eisen), die an den Mauern oder im Tragwerk der Tür-/Fensterelemente verankert sind;
- zugelassen sind auch andere als oben beschriebene Verschlussvorrichtungen, vorausgesetzt dass sie gleichwertige Robustheit und Wirksamkeit aufweisen.

Bei Tür-/Fensterelementen und Vergitterungen sind lichte Weiten zulässig, die keinen Durchtritt einer Person gestatten.

Falls die Diebe in die Räumlichkeiten mit den versicherten Sachen eingedrungen sind, indem **Schutz- und Verriegelungsvorrichtungen verletzt worden sind, die den oben aufgeführten Beschreibungen nicht entsprechen, zahlt der Versicherer dem Versicherten 70% des gemäß Police auszahlbaren Betrags.**

Auf keinen Fall entschädigungsfähig sind Diebstahlsschäden, wenn die oben beschriebenen Verschlussvorrichtungen gleich aus welchem Grund nicht aktiv waren.

Art. 159 - Sachen, die Eigentum Dritter sind

Die Deckung umfasst auch Sachen, die Eigentum Dritter sind, deren Vorhandensein angemessen belegt wird, vorausgesetzt dass sie in Leasing, Miete oder Leihe übergeben worden sind. Im Schadensfall haben die betroffenen Dritten jedoch keinerlei Mitspracherecht für die Ernennung der Gutachter (durch Versicherer und Versicherungsnehmer zu benennen) noch Handhabe zur Anfechtung des Gutachtens, denn es gilt als festgelegt und vereinbart, dass Klagen, Ansprüche und Rechte aus der Versicherung ausschließlich vom Versicherungsnehmer und Versicherer wahrgenommen werden können. Die gemäß obigen Bestimmungen in streitiger Verhandlung geregelte Entschädigung kann nur ausgezahlt werden, wenn die betroffenen Dritten am Auszahlungsvorgang teilnehmen.

Art. 160 - Aufbewahrung der versicherten Sachen



Die versicherten Sachen sind mit Sorgfalt aufzubewahren und - entsprechend den Normen sachgerechter Wartung - in dem für ihren Gebrauch und ihre Zweckbestimmung geeigneten technischen und Betriebszustand zu erhalten. Sie dürfen nicht für andere Funktionen eingesetzt werden als die, für welche sie gebaut wurden, noch anomalen oder höheren als den technisch zulässigen Beanspruchungen ausgesetzt werden noch an Anlagen angeschlossen werden, die nicht den Herstellerspezifikationen entsprechen.

Art. 161 - Inspektion der versicherten Sachen

Der Versicherer hat stets das Recht, die versicherten Sachen zu besichtigen, und der Versicherte ist verpflichtet, alle erforderlichen Angaben und Informationen zu stellen.

Art. 162 - Verpflichtungen im Schadensfall

Im Schadensfall hat der Versicherte:

- a. alles in seiner Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu mindern oder einzugrenzen, und die Anweisungen des Versicherers vor der Reparatur zu befolgen; die betreffenden Kosten gehen gemäß Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs zu Lasten des Versicherers;
 - b. den Versicherer binnen 3 Tagen ab Kenntnisnahme gemäß Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs zu benachrichtigen.
- Wird auch nur eine dieser Verpflichtungen nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs nach sich ziehen.

Der Versicherungsnehmer ist ferner verpflichtet:

- c. bei Brand, Diebstahl, Raub oder mutmaßlich vorsätzlich verursachtem Schadensfall binnen der folgenden 5 Tage bei den zuständigen Gerichts- oder Polizeibehörden Anzeige zu erstatten unter Angabe von Zeitpunkt und vermutetem Grund des Schadensfalls sowie geschätztem Ausmaß des Schadens. Eine Kopie dieser Anzeige ist an den Versicherer zu übermitteln.
- d. die Spuren und Rückstände des Schadens bis zur Regulierung des Schadens aufzubewahren, ohne aus diesem Grund Anspruch auf eine Entschädigung zu haben. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Rückstände von ausgetauschten Teilen abzuholen. Kommt der Versicherte den Forderungen des Versicherers nicht nach, verliert er das Recht auf Entschädigung.
- e. den Wert der beschädigten Sachen, der Materialien und der aufgetretenen Reparaturkosten des Schadens sowie der in Verbindung mit den Verpflichtungen gemäß Buchstaben a. getragenen Ausgaben zu belegen.

Die Reparatur des Schadens kann unmittelbar nach der in Punkt b. genannten Mitteilung aufgenommen werden, wobei jedoch der Zustand der Sachen vor der Inspektion durch einen Beauftragten des Versicherers nur in dem für die Fortsetzung der Tätigkeit unbedingt notwendigen Maße verändert werden darf. Wenn diese Inspektion aus Gründen, die nicht dem Versicherungsnehmer/Versicherten zugeschrieben werden können, nicht innerhalb von 8 Tagen nach der in Punkt b. genannten Mitteilung erfolgt, kann dieser alle erforderlichen Maßnahmen treffen. Nach Eintreten des Schadensfalls wird die Versicherung mit Einschränkung auf mechanische und elektrische Störfälle für die beschädigte Sache bis zur definitiven Reparatur, mit welcher erneut die reguläre Betriebstüchtigkeit garantiert wird, aufgehoben.

Art. 163 - Festlegung der Schadenshöhe - Schiedsverfahren

Die Festlegung des Schadens erfolgt entsprechend nachstehend aufgeführten Regeln:

- a. Bei reparierbarem Schaden:
 1. wird der Gesamtbetrag der für die Wiederherstellung des zum Zeitpunkt des Schadensfalls bestehenden Zustands der beschädigten Anlage oder Gerätschaft erforderlichen Reparaturausgaben zu den zum Moment des Schadensfalls geltenden Kosten geschätzt;
 2. wird der aus den Resten der ausgetauschten Teile zum Moment des Schadensfalls realisierbare Wert geschätzt.

Die maximale Entschädigung entspricht dem gemäß a1. geschätzten Betrag abzüglich des Betrags laut a2., es sei denn der Versicherer nehme die Möglichkeit gemäß Punkt d. von Art. 162 - „Verpflichtungen im Schadensfall“ wahr: In diesem Fall entspricht die Entschädigung dem laut a1. geschätzten Betrag.
- b. Bei irreparabilem Schaden:
 1. werden die Kosten für den Ersatz zum Zeitpunkt des Schadensfalls an der von diesem betroffenen Anlage oder Gerätschaft geschätzt;
 2. es wird der aus den Resten realisierbare Wert geschätzt.

Die maximale Entschädigung wird dem gemäß b1. geschätzten Wert abzüglich des gemäß b2. geschätzten Betrags entsprechen.

Diese Schätzung betrifft nur in Betrieb befindliche Anlagen und Geräte und gilt unter der Bedingung, dass:

 - i. die Schäden innerhalb von 2 Jahren ab dem Bau aufgetreten sind;
 - ii. Austausch oder Reparatur innerhalb der technisch erforderlichen Zeiten ausgeführt werden;
 - iii. Der Hersteller darf die Fertigung der beschädigten oder zerstörten Anlage/Gerätschaft nicht eingestellt haben bzw. das Element oder dessen Ersatzteile müssen noch erhältlich sein.



Falls weder die Bedingungen laut Punkt „i.“ und „ii.“ noch zumindest eine der Bedingungen laut Punkt „iii.“ erfüllt werden, kommen folgende Normen zur Anwendung:

3. Es wird der Wert der Anlage oder des Geräts zum Zeitpunkt des Schadensfalls unter Berücksichtigung seines Alters und des durch Gebrauch oder andere Gründe bedingten Verschleißes geschätzt;
4. es wird der aus den Resten realisierbare Wert geschätzt.

Die maximale Entschädigung wird dem gemäß b3. geschätzten Wert abzüglich des gemäß b4. geschätzten Betrags entsprechen.

Ein Schaden gilt als irreparabel, wenn die gemäß a. berechneten Reparaturkosten dem laut b. berechneten Wert (Schätzung b1. - b2. oder b3 - b4. je nach Fall) der Anlage bzw. des Geräts gleichkommen bzw. diesen überschreiten. Der Versicherer hat das Recht, direkt für die Wiederherstellung der Betriebstüchtigkeit der Anlage oder des Geräts oder für dessen Ersatz durch ein - in seinen Eigenschaften, Leistung und Ertrag - gleiches oder gleichwertiges zu sorgen.

Von der Entschädigung ausgeschlossen sind Ausgaben für etwaige Reparaturversuche, provisorische Reparaturen, Änderungen oder Verbesserungen.

Die Schadenshöhe ergibt sich aus dem Wert, den die entwendeten Sachen zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatten, und aus den Reparaturkosten der beschädigten Sachen - mit der Grenze von deren Wert zum Zeitpunkt des Schadensfalls -, wobei weder erhoffter Gewinn noch Schäden durch den Ausfall von Genuss oder Nutzung oder andere Nachteile Berücksichtigung finden.

Die Schadenshöhe wird direkt von den Parteien vereinbart oder - auf Antrag einer Partei - durch Gutachter, die je einer vom Versicherer und einer vom Versicherten in einem einzigen Schriftstück ernannt werden. Diese beiden Gutachter müssen einen Dritten ernennen, wenn es zu Meinungsverschiedenheiten kommt, bzw. auch vorher auf Beantragung durch einen der Gutachter. Der dritte Gutachter greift nur im Falle von Meinungsverschiedenheiten ein und die Entscheidungen über die strittigen Punkte werden mehrheitlich getroffen. Jeder Gutachter ist dazu befugt, die Unterstützung weiterer Personen in Anspruch zu nehmen, die an der Ausarbeitung des Gutachtens mitarbeiten können, ohne jedoch Stimmrecht zu haben. Falls eine der Parteien keinen eigenen Gutachter ernennt, oder falls diese sich nicht auf die Ernennung des Dritten einigen, können diese Bestellungen auf Antrag einer Partei allein auch dem Präsidenten des Gerichts in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall eingetreten ist, übertragen werden. Jede Partei trägt die Kosten des eigenen Gutachters, während die des dritten jeweils zur Hälfte getragen werden.

Art. 164 - Vorsätzliche Übertreibung des Schadens - Verlust des Entschädigungsanspruchs

Der Versicherungsnehmer (oder Versicherte), der die Höhe des Schadens vorsätzlich übertreibt, die Zerstörung oder Entwendung von zum Zeitpunkt des Schadensfalls inexistenten Sachen erklärt, gerettete Sachen entwendet oder manipuliert, trügerische oder gefälschte Mittel oder Unterlagen als Beleg verwendet, die Spuren und Rückstände des Schadensfalls vorsätzlich verändert oder der dessen Verlauf begünstigt, verliert seinen Anspruch auf Entschädigung.

Art. 165 - Versicherung bei verschiedenen Versicherern

Wenn für dieselben Sachen und dasselbe Risiko mehrere Versicherungen bestehen, hat der Versicherte jeden Versicherer über die weiteren abgeschlossenen Verträge zu informieren. Bei Eintreten eines Schadensfalls hat der Versicherte die Pflicht, diesen bei allen Versicherern zu melden und hat bei jedem davon die gemäß jeweiligem unabhängig berücksichtigtem Vertrag zustehende Entschädigung zu beantragen.

Sollte die Summe dieser Entschädigungen - unter Ausschluss von der Berechnung jener Entschädigung, die ggf. von einem insolventen Versicherer geschuldet würde, - die Schadenshöhe übersteigen, ist der Versicherer verpflichtet, allein den verhältnismäßigen, auf Grundlage des eigenen Vertrags berechneten Anteil zu zahlen, unter Ausschluss jeglicher gesamtschuldnerischer Verpflichtung gemeinsam mit den anderen Versicherern.

Art. 166 - Verzicht auf Rückgriffsrecht

Außer bei arglistigen und vorsätzlichen Handlungen verzichtet der Versicherer auf seinen Anspruch auf Rückgriff gemäß Art. 1916 des it. Zivilgesetzbuchs gegenüber den Beschäftigten und Angehörigen des Versicherten sowie gegenüber im Verhältnis zum Versicherten abhängigen, angegliederten oder verbundenen Gesellschaften.

Der Versicherer verzichtet ebenfalls auf vorgenanntes Recht auf Rückgriff gegenüber den Kunden des Versicherten unter der Bedingung, dass der Versicherte ebenfalls auf jeglichen Anspruch diesen gegenüber verzichtet.

Abschnitt 15 – ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISK

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

Art. 167 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer entschädigt innerhalb der Grenzen der Deckungssumme nach dem Prinzip All Risks direkte Sachschäden (einschließlich Diebstahl, Raub, Defekte und elektrische Störfälle) und indirekte Schäden, die an einer Photovoltaik- und/oder Solarwärmanlage entstehen, vorbehaltlich der ausdrücklichen Angaben unter Art. 169 - „Ausschlüsse“.

Installation und Abnahme der Anlagen müssen in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der geltenden Normen erfolgt sein, was aus dem Abnahmezertifikat oder der Konformitätserklärung der Anlage hervorzugehen hat, die der Versicherungsnehmer bei



Unterzeichnung der Police zu besitzen erklärt.

Die Deckung ist wirksam, vorausgesetzt dass sich die Anlagen an dem in der Police angegebenen Standort (falls ganz oder teilweise eingebaut) oder bei am Boden installierten Anlagen in dessen unmittelbarer Nähe - maximal 300 m in Luftlinie - befinden.

A. DECKUNG ERNEUERBARE ENERGIEN

1. Direkte Schäden

Der Versicherer verpflichtet sich dazu, direkte Sachschäden zu entschädigen, die durch ein, nicht ausdrücklich ausgeschlossenes, beliebiges, zufälliges Ereignis verursacht werden, das die in der Police festgelegten Anlagen betrifft, auch wenn diese Eigentum Dritter sind.

Der Versicherer entschädigt ferner die Kosten, die infolge des gemäß dieser Deckung entschädigungsfähigen Schadensfalls für Abbruch, Räumung und Transport der Reste der versicherten und beschädigten Sachen zur nächstgelegenen Sammelstelle oder Deponie entstanden sind, **bis maximal 5% des Deckungsbetrags mit einer Entschädigungsgrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall.**

Dazu gehören auch:

1. Pannen, worunter alle Schäden zu verstehen sind, die von den Anlagen aufgrund von Defekten und/oder Brüchen erfahren werden, die auf interne Gründe mechanischer und/oder elektrischer Art zurückzuführen sind, einschließlich derer, die von Planungs- und Berechnungsfehlern, Material-, Schmelz-, Ausführungs- und Installationsmängeln herrühren;
2. Elektrische Störfälle, worunter alle Schäden zu verstehen sind, die auf Stromschwankungen zurückzuführen sind, d.h. Abweichungen der Stromstärke von den für den Anlagenbetrieb vorgesehenen Nennwerten, Überspannung, plötzliche Spannungsspitzen, Blitzschlag oder zufällige Spannungsentladung.

Ausdehnung auf indirekte Schäden

Der Versicherer entschädigt Verluste aufgrund indirekter Schäden, die auf Unterbrechung oder Reduktion der Stromerzeugung aufgrund eines direkten Sachschadens zurückzuführen sind, nur wenn letzterer gemäß vorliegender Deckung Direkte Schäden entschädigungsfähig ist und die versicherten Anlagen betroffen hat.

Art. 168 - Entschädigungsgrenzen - Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen

Bezüglich der direkten Schäden All Risks erfolgt für jeden Schadensfall die Entschädigung nach Abzug einer Selbstbeteiligung zu Lasten des Versicherten, die 5% mit dem Mindestbetrag € 750,00 entspricht, vorbehaltlich der Bestimmungen nachstehender Punkte:

1. Diebstahl, Raub und Handlungen Dritter

Für Schäden durch Diebstahl, Raub und Handlungen Dritter (einschließlich Vandalismus) erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer **Selbstbeteiligung von 20% mit dem Mindestbetrag Euro 750,00, die vom Versicherten selbst zu tragen ist.**

Unbeschadet der oben stehenden Bestimmungen gelten die folgenden Höchstgrenzen für die Entschädigung pro Schadensfall und Versicherungsjahr:

- 50% der Deckungssumme für vollständig eingebaute Solarzellen;
- 40% der Deckungssumme für partiell eingebaute Solarzellen;
- 30% der Deckungssumme für am Boden installierte und nicht eingebaute Anlagen.

2. Witterungsschäden

Für Witterungsschäden erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer **Selbstbeteiligung von 15% mit dem Mindestbetrag Euro 750,00, die vom Versicherten selbst zu tragen ist.**

Unbeschadet der oben stehenden Bestimmungen gelten die folgenden Höchstgrenzen für die Entschädigung pro Schadensfall und Versicherungsjahr:

- 40% der Deckungssumme für Wind und Schneelast;
- 70% der Deckungssumme für andere Witterungsschäden.

3. Einbrechen oder Abrutschen des Erdbodens

Für Schäden durch Einbrechen oder Abrutschen des Erdbodens erfolgt die Zahlung der Entschädigung nach Abzug einer **Selbstbeteiligung von 20% mit dem Mindestbetrag Euro 750,00, die vom Versicherten selbst zu tragen ist, mit einer Höchstgrenze für die Entschädigung von 40% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr.**

4. Pannen und/oder elektrische Störfälle

Bei Schäden durch Pannen und/oder elektrische Störfälle erfolgt die Zahlung der Entschädigung:

- für Anlagen, bei denen nicht mehr als 7 Jahre ab Abnahmebescheinigung verstrichen sind, mit einer **Selbstbeteiligung des Versicherten von 10% mit dem Mindestbetrag Euro 1.250,00 und einer Grenze von 30% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr;**



- für Anlagen, bei denen mehr als 7 Jahre ab Abnahmebescheinigung verstrichen sind, mit einer **Selbstbeteiligung des Versicherten von 30% mit dem Mindestbetrag Euro 2.500,00 und einer Grenze von 20% der Deckungssumme für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr.**

Bezüglich der indirekten Schäden:

- für Anlagen mit Fernwirkeinrichtung:
erfolgt die Zahlung der Entschädigung pro individuellem Schadensfall **abzüglich 3 Tagen Selbstbehalt über einen Höchstzeitraum der Entschädigung von 60 Tagen ohne Berücksichtigung der Selbstbehaltstage;** dieser Zeitraum läuft ab Eintreten des Schadensfalls;
- für Anlagen ohne Fernwirkeinrichtung:
wird als Ersatz aller Gewinnverluste eine pauschale **Summe von 10% der gemäß Bedingungen für die direkten Schäden All Risks für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr ausgezahlten Entschädigung** zuerkannt mit der Höchstgrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall.

FOLGENDE ARTIKEL GELTEN FÜR DEN GESAMTEN ABSCHNITT 15 - ERNEUERBARE ENERGIEN ALL RISKS

Art. 169 - Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind Schäden:

1. durch Kriegshandlungen oder infolge von Aufständen, militärischer Besetzung, Invasion;
2. durch Explosion oder Abgabe von Hitze oder Strahlung, die durch Umwandlung des Atomkerns verursacht wird, ebenso wie durch Strahlung, die von der künstlichen Beschleunigung von Elementarteilchen hervorgerufen wird;
3. durch terroristische Anschläge oder Sabotageakte;
4. durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder Versicherten, der gesetzlichen Vertreter oder Gesellschafter;
5. durch Tsunamis, Vulkanausbrüche, Erdbeben, Überschwemmungen, Überflutungen und Hochwasser;
6. aufgrund der Nichtbeachtung der vom Hersteller oder Lieferanten der versicherten Sache erteilten Wartungs- und Betriebsvorschriften;
7. durch Verschleiß oder Abnutzung, welche die natürliche Folge des Gebrauchs oder Betriebs sind oder die durch das beständige Einwirken der Witterung sowie durch Rost, Korrosion und Verkrustung verursacht werden mit Einschränkung auf den direkt betroffenen Teil;
8. für welche gemäß Gesetz oder Vertrag der Hersteller, Lieferant, Verkäufer oder Vermieter der versicherten Sache zu haften hat;
9. durch Ein- und Ausbauvorgänge, die nicht in Verbindung mit Reinigungs-, Wartungs- oder Kontrollvorgängen stehen;
10. die während des Transports erlitten werden;
11. ästhetischer Art, die nicht in Verbindung mit entschädigungsfähigen Schäden stehen;
12. durch Sturmfluten, Gezeiten und Eindringen von Meerwasser;
13. aufgrund von Leistungsmängeln;
14. durch Aufprall von Fahrzeugen und/oder Hebezeugen oder Fördermitteln, die dem Versicherungsnehmer oder Versicherten gehören bzw. von diesem benutzt werden;
15. durch Verschmutzung und/oder Kontamination allgemein sowohl fortschreitender als auch zufälliger oder synergetischer Art;
16. wegen Nichterfolgen der automatischen Wiederverbindung des Wechselrichters mit dem Netz infolge von Spannungssprüngen;
17. durch Funktionsstörungen von Hardware, Software oder eingebauten Chips und damit verbundene Schäden (wie Verlust von Daten oder Datenträgern);
18. an den Stromverteilungs- oder Übertragungsleitungen;
19. in Verbindung mit oder verursacht durch Feuchtigkeit, Tau, Kondensat, Tropfleckage, Trockenheit, Bakterien, Pilzbefall, Sickerwasser und Nagetiere;
20. in Verbindung mit oder verursacht durch die Aufhebung und/oder Unterbrechung von Strom-, Gas- oder Wasserversorgung, vorausgesetzt dass diese nicht durch ein die versicherte Sache betreffendes Ereignis hervorgerufen wurde, das nicht anderweitig ausgeschlossen ist;
21. verursacht oder zurückzuführen auf Hinterziehung, Betrug, Fehlbeträge, Verlust, widerrechtliche Aneignung



oder Untreue von Beschäftigten, Plünderung, Erpressung, Veruntreuung sowie Taschendiebstahl und deren Versuch, auch wenn diese bei Gelegenheit von nicht anderweitig ausgeschlossenen Ereignissen aufgetreten sind;

22. an Modulen und elektronischen Bauteilen der versicherten Anlage (einschließlich der Kosten für Suche und Feststellung der Defekte), welche während der Garantiefrist der Hersteller- und/oder Lieferantenfirma aufgetreten sind, bzw. deren Beseitigung zu den normalerweise im technischen Wartungsvertrag enthaltenen Leistungen gehört, d.h.:
- Kontrollen der Funktionstüchtigkeit;
 - vorbeugende Wartung;
 - Beseitigung von verschleißbedingten Störungen und Defekten;
 - Beseitigung von Schäden und Störungen (Ersatzteile und Lohnkosten), die beim Betrieb ohne Mitwirkung externer Ursachen aufgetreten sind;
23. der Versicherer ist ferner nicht verpflichtet zur Entschädigung von:
- Schäden an außerhalb der versicherten Sachen gelegenen Leitungen;
 - Kosten für Aushub-, Abtrags-, Abstütz-, Mauer-, Putz- und Belagsarbeiten und ähnliches.

Mit Bezugnahme auf indirekte Schäden sind ferner ausgeschlossen:

24. Verluste und Ausgaben durch die Verlängerung des Stillstands infolge eines Schadensfalls, auch wenn dieser gemäß vorliegender Police entschädigungsfähig ist, wenn diese verursacht werden durch:
- Aussperrung, von Behörden verhängte Maßnahmen;
 - mangelnde Verfügung des Versicherten über die erforderlichen Geldmittel für die Wiederaufnahme der Tätigkeit;
 - Schwierigkeiten beim Wiederaufbau, Einschränkungen des Betriebs und Schwierigkeiten bei der Wiederinbetriebnahme, Reparatur oder Ersatz von zerstörten oder beschädigten Sachen, die auf externe Ursachen zurückzuführen sind, wie örtliche oder staatliche Städtebauvorschriften oder andere Gesetzesnormen oder behördliche Verordnungen;
25. Aufhebung, Ablauf, Annullierung oder Widerruf von Mietverträgen, Lizenzen, Konzessionen, Aufträgen oder Verträgen;
26. an Dritte geschuldete Vertragsstrafen, Entschädigungen oder Bußgelder;
27. Tage der Unterbrechung der versicherten Betriebstätigkeit, die aus beliebigem Grund auch ohne den Schadensfall erforderlich gewesen wären;
28. Verluste durch die Verlängerung oder Hinauszögerung des Stillstands wegen:
- Naturkatastrophen oder Höherer Gewalt;
 - Streiks, welche Materiallieferungen verhindern oder verzögern;
 - Überholung, Änderungen oder Verbesserungen, die zu Anlass der Wiederinbetriebnahme oder des Ersatzes der beschädigten oder zerstörten Geräte oder Anlagen vorgenommen werden.

Art. 170 - Verpflichtungen im Schadensfall

Im Schadensfall haben der Versicherungsnehmer und/oder Versicherte:

- alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu vermeiden oder zu begrenzen, indem die Anweisungen des Versicherers vor der Reparatur befolgt werden, deren Kosten gemäß Gesetz (Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs) zu Lasten des Versicherers gehen;
- dem Versicherer binnen 3 Tagen nach Auftreten und Kenntnisaufnahme den Schadensfall gemäß Angabe unter Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs zu melden;
- bei Diebstahl, Raub, Brand oder mutmaßlich vorsätzlichem oder durch Vandalismus verursachtem Schadensfall ist binnen der folgenden 3 Tage bei den zuständigen Gerichts- oder Polizeibehörden Anzeige zu erstatten unter Angabe von Zeitpunkt und vermutetem Grund des Schadensfalls sowie geschätztem Ausmaß des Schadens; eine Kopie dieser Anzeige ist an den Versicherer zu übermitteln;
- die Spuren und Rückstände des Schadensfalls sowie die ersetzten Teile bis zur Abwicklung des Schadens aufzubewahren, ohne dass dafür eine Entschädigung zustünde;
- den Wert der beschädigten Sachen, der Materialien und der Reparaturkosten des Schadens sowie der in Verbindung mit den Verpflichtungen gemäß Buchstabe a. getragenen Ausgaben zu belegen.

Wird eine der Verpflichtungen laut a. und b. nicht erfüllt, kann dies den vollständigen oder partiellen Verlust des Entschädigungsanspruchs (Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs) nach sich ziehen.

Die Reparatur des Schadens kann unmittelbar nach der in Punkt b. genannten Mitteilung aufgenommen werden,



wobei jedoch der Zustand der Sachen vor der Inspektion durch einen Beauftragten des Versicherers nur in dem für die Fortsetzung der Tätigkeit unbedingt notwendigen Maße verändert werden darf. Sollte diese Prüfung aus Gründen, die weder dem Versicherungsnehmer noch dem Versicherten zuzuschreiben sind, nicht binnen 10 Tagen ab Meldung laut Punkt b. erfolgen, können diese alle erforderlichen Maßnahmen treffen.

Nach Eintreten des Schadensfalls wird die Versicherung mit Bezug auf mechanische und elektrische Störfälle für die beschädigte Sache bis zur definitiven Reparatur, mit welcher erneut die reguläre Betriebstüchtigkeit garantiert wird, aufgehoben.

Art. 171 - Vertragliches Gutachten

Die Schadenshöhe wird direkt von den Parteien vereinbart oder - im Einvernehmen - durch Gutachter, die je einer vom Versicherer und einer vom Versicherten in einem einzigen Schriftstück ernannt werden. Diese beiden Gutachter müssen einen Dritten ernennen, wenn es zu Meinungsverschiedenheiten kommt, bzw. auch vorher auf Beantragung durch einen der Gutachter. Der dritte Gutachter greift nur im Falle von Meinungsverschiedenheiten ein und die Entscheidungen über die strittigen Punkte werden mehrheitlich getroffen.

Jeder Gutachter ist dazu befugt, die Unterstützung weiterer Personen in Anspruch zu nehmen, die an der Ausarbeitung des Gutachtens mitarbeiten können, ohne jedoch Stimmrecht zu haben.

Falls eine der Parteien keinen eigenen Gutachter ernennt, oder falls diese sich nicht auf die Ernennung des Dritten einigen, können diese Bestellungen auf Antrag einer Partei allein auch dem Präsidenten des Gerichts in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall eingetreten ist, übertragen werden. Jede Partei trägt die Kosten des eigenen Gutachters, während die des dritten jeweils zur Hälfte getragen werden.

Art. 172 - Beauftragung der Gutachter

Die Gutachter haben die Aufgabe:

- a. Umstände, Art, Ursache und Hergang des Schadensfalls zu ermitteln;
- b. die Stimmigkeit der Beschreibungen und „Erklärungen des Versicherungsnehmers“ zu prüfen und festzustellen, ob zum Zeitpunkt des Schadensfalls nicht gemeldete Umstände vorgelegen haben, die das Risiko erschwert haben;
- c. zu überprüfen, ob der Versicherungsnehmer und der Versicherte ihren Verpflichtungen gemäß Art. 170 - „Verpflichtungen im Schadensfall“ nachgekommen sind;
- d. Vorhandensein, Beschaffenheit und Menge der versicherten Sachen unter den vom Schaden betroffenen Einheiten entsprechend den in Art. 173 und 174 - „Festlegung der Schadenshöhe“ angegebenen Beurteilungskriterien zu prüfen;
- e. den Schaden in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Police zu schätzen und auszuzahlen.

Die Ergebnisse der Begutachtung durch die einen Gutachter oder durch deren Mehrheit im Falle des kollegial angefertigten Gutachtens sind in einem Protokoll festzuhalten (dem die detaillierten Schätzungen beigelegt werden), das in doppelter Ausfertigung - eine pro Partei - verfasst wird.

Diese Ergebnisse sind bindend für die Parteien, denn diese verzichten hiermit auf jegliche Anfechtung mit Ausnahme des Falls von Vorsatz oder Verletzung der vertraglichen Vereinbarungen sowie unbeschadet der Berichtigung effektiver Rechenfehler.

Das kollegial angefertigte Gutachten ist auch dann gültig, wenn einer der Gutachter die Unterzeichnung verweigert; die Weigerung ist von den anderen Gutachtern im abschließenden Gutachterprotokoll zu vermerken.

Die Gutachter sind von der Einhaltung jeder Art rechtlicher Formalitäten befreit.

Art. 173 - Festlegung der Schadenshöhe für direkte Schäden All Risks

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

- a. bei reparierbarem Schaden (der keinen Austausch des einzelnen Bestandselements der Anlage erforderlich macht):
 1. werden die zur Wiederherstellung der Betriebstüchtigkeit der beschädigten Sachen erforderlichen Reparaturkosten geschätzt;
 2. wird der aus den Resten zum Moment des Schadensfalls realisierbare Wert geschätzt.

Die Schadenshöhe entspricht dem unter 1. geschätzten Wert abzüglich des gemäß 2. bestimmten Werts.

- b. bei irreparabilem Schaden (der den Austausch des einzelnen Bestandselements der Anlage erforderlich macht):
 1. gilt bei Erfüllung der folgenden Bedingungen:
 - i. Der Schaden muss binnen 5 Jahren ab Datum der letzten Abnahmeprüfung der Anlage eingetreten sein.
 - ii. Der Ersatz hat binnen 6 Monaten ab Datum des Schadensfalls zu erfolgen.
 - iii. Der Hersteller darf die Fertigung der Gesamtanlage/des Bestandselements der beschädigten, zerstörten oder entwendeten Anlage/des Geräts nicht eingestellt haben, bzw. das Element oder dessen Ersatzteile müssen noch erhältlich sein.

Die Schadenshöhe entspricht den Kosten der Neubeschaffung.

2. Falls die Bedingungen laut Punkt „i“ von Punkt „1“ nicht erfüllt werden und keine der Bedingungen unter Punkt „iii.“ zutrifft, kommen folgende Regeln zur Anwendung:
 - 1) Es wird der Wert der Anlage oder des Geräts zum Zeitpunkt des Schadensfalls unter Berücksichtigung seines Alters und des durch Gebrauch oder andere Gründe bedingten Verschleißes geschätzt;
 - 2) es wird der aus den Resten realisierbare Wert geschätzt.



Die maximale Entschädigung wird dem gemäß 1) geschätzten Wert abzüglich des gemäß 2) geschätzten Betrags entsprechen.

Ein Schaden gilt als irreparabel, wenn die Reparaturkosten den Neubeschaffungskosten einer Sache in der Form eines Produkts desselben Lieferanten, das gleichwertige Eigenschaften und - bezüglich der beim Versicherten getätigten Verwendung - gleichwertige Leistungsmerkmale aufweist und dessen Markteinführungsdatum nicht vor dem des Typs der beschädigten Sache liegt, gleichkommen oder diese übersteigen.

Der Versicherer behält sich jedenfalls das Recht vor, zwischen Reparatur oder Ersatz durch eine andere, im Hinblick auf den durch den Versicherten getätigten Gebrauch in Eigenschaften und Leistungsmerkmalen gleichwertigen oder überlegenen Sache desselben Lieferanten zu wählen sowie ggf. die Reparatur oder den Austausch direkt anstelle der Entschädigung des Schadens vorzunehmen, worüber ggf. der Versicherte schriftlich zu informieren ist.

Die Ausgaben für Abbruch und Räumung sind von oben aufgeführten Schätzungen getrennt zu halten, denn für diese gelten die Bestimmungen von Art. 175 - „Partielle Versicherung“ bei irreparabilem Schaden nicht (der den Austausch des einzelnen Bestandselements der Anlage erforderlich macht).

Art. 174 - Festlegung der Schadenshöhe für indirekte Schäden

1. Für Anlagen mit Fernwirkeinrichtung erfolgt die Festlegung der Entschädigung anhand folgender Regeln:
 - a. Berücksichtigt wird die durch Ablesen des Zählers erfasste durchschnittliche tägliche Stromproduktion (in kWh/Tag) der letzten 2 Wochen vor dem Schadensfall bei regulärem Anlagenbetrieb.
 - b. Es wird die Stromproduktion (in kWh/Tag) geprüft, welche die Anlage in den 3 Tagen nach dem Schadensfall leistet, bevor sie repariert wird.
 - c. Der Unterschied zwischen den Werten von a. und b. wird multipliziert mit:
 - i. dem Verkaufspreis der kWh, welcher vertraglich zwischen dem Kunden und dem Netzbetreiber festgelegt wurde;
 - ii. dem Wert der Fördergelder von GSE (Betreiber des nationalen Versorgungsnetzes) für Photovoltaikanlagen entsprechend den Bestimmungen des Ministerialdekrets vom 28.07.05 bezüglich der Fördergelder für die Stromerzeugung aus erneuerbaren Quellen i.d.g.F.;
 - d. die Gesamtentschädigung entspricht dem Wert, der sich aus der Summe der Punkte „i.“ und „ii.“, multipliziert mit der Anzahl von Tagen ergibt, die unbedingt zur Wiederherstellung der uneingeschränkten Funktionstüchtigkeit der Anlage erforderlich sind, abzüglich der in der Police als Selbstbehalt angegebenen Tage.

Falls dem Versicherten innerhalb der 6, direkt auf das Ende des Entschädigungszeitraums folgenden Monaten Vorteile zukommen, die ausschließlich auf die Unterbrechung oder Reduktion der erklärten Betriebstätigkeit zurückzuführen sind, so sind diese Vorteile von der wie oben aufgeführt bestimmten Entschädigung abzuziehen.

Falls die Zahlung der Entschädigung durch den Versicherer vor Ende dieser 6 Monate erfolgt sein sollte, hat der Versicherte den Betrag, der den erhaltenen Vorteilen entspricht, an den Versicherer zurückzuerstatten.
2. Für Anlagen ohne Fernwirkeinrichtung wird im gemäß den Bedingungen der direkten Schäden All Risks entschädigungsfähigen Schadensfall als Ersatz für alle Gewinnverluste eine pauschale Summe von 10% der Entschädigung zuerkannt, die gemäß genannter Deckungen für einen oder mehrere Schadensfälle im Versicherungsjahr ausgezahlt wird, mit der Höchstgrenze von Euro 10.000,00 pro Schadensfall.

Art. 175 - Partielle Versicherung

Die Versicherung wird für die Deckungssumme geleistet, für welche der Versicherungsnehmer bzw. Versicherte erklärt, dass sie den Kosten der Neubeschaffung der Sachen entspricht, d.h. ihrem Listenpreis bzw. in dessen Ermangelung den effektiven Kosten für den Ersatz durch eine gleichwertige neue Sache. Falls es sich zum Moment des Schadensfalls erweist, dass die Deckungssumme unter den o.g. Kosten der Neubeschaffung der Sachen liegt, d.h. dass sie niedriger ist als ihr Listenpreis bzw. - in dessen Ermangelung - als die effektiven Kosten für den Ersatz durch eine gleichwertige neue Sache, kommt die von Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs vorgesehene proportionale Reduktion der Entschädigung zur Anwendung.

Dabei wird jedoch vereinbart, dass keine Reduktion angewendet wird, wenn der Neuwert die Deckungssumme um nicht mehr als 20% überschreitet.

Geht daher aus den gemäß den unter diesem Abschnitt aufgeführten Kriterien getätigten Schätzung hervor, dass die Versicherung nur einen Teil des Werts deckt, den die versicherten Güter zum Zeitpunkt des Schadensfalls hatten, und die Versicherungssumme sich in einem Maß von über 20% als unzureichend erweist, trägt der Versicherte den verhältnismäßigen Anteil des Schadens für jede unzureichende Deckungssumme und das Proportionalitätsprinzip gemäß Art. 1907 des it. Zivilgesetzbuchs findet lediglich auf den genannte 20% übersteigenden Teil Anwendung.

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



CYBER-BEREICH C. SEKTOR SCHUTZ

ABSCHNITT 16 - FINANZIELLE VERLUSTE

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

Art. 176 - Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer entschädigt Schäden, die durch die nachstehend aufgeführten Ereignisse verursacht werden, innerhalb der Grenzen der in der Police angegebenen Deckungssumme, welche als maximale Leistung des Versicherers pro Schadensfall und Versicherungsjahr zu verstehen ist.

Die Versicherung wird in der Form „Discovery basis“ geleistet, d.h. es werden Schadensfälle gedeckt, die während der Laufzeit der Versicherung zum ersten Mal entdeckt werden.

Der Versicherer erstattet infolge eines Schadens, der durch einen Angriff auf das Informationssystem verursacht wurde, die notwendigen und verhältnismäßigen Ausgaben des Versicherten für:

- Ermittlung und Dokumentation der Ursachen;
- Schadensbegrenzung;
- Entfernung der Malware, die den Schaden verursacht hat, aus dem Informationssystem;
- Wiederherstellung und Konfiguration von Daten und Informationssystem, wobei - wenn möglich - der unmittelbar vor genanntem Angriff bestehende Zustand wiederherzustellen ist.

Ebenfalls inbegriffen sind Dienstleistungen im Rahmen des Notfallmanagements direkt nach Auftreten des Schadensfalls.

Art.177 - Kürzung der Deckungssumme

Im Schadensfall wird die Deckungssumme mit sofortiger Wirkung und bis zum Ende des laufenden Versicherungszeitraums um einen Betrag reduziert, der dem des jeweils entschädigungsfähigen Schadens entspricht, ohne entsprechende Rückerstattung der Prämie.

Falls der Versicherer infolge des Schadensfalls hingegen beschließt, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten, wird der Anteil der Prämie abzüglich Steuer zurückerstattet, der dem fortbestehenden nicht genutzten Deckungsbetrag entspricht.

Art. 178 - Nicht versicherbare Risiken

Versicherungsnehmer, die einer der folgenden Kategorien angehören, sind nicht versicherbar:

- Banken, Finanzvermittler allgemein;
- Buchhaltungs- und Steuerberatungsfirmen, Steuerberatungszentren (CAF), Hilfswerke, Rechnungsprüfungsgesellschaften;
- Notarkanzleien;
- Privatkliniken;
- Reiseveranstalter;
- IT-Dienstleistungsunternehmen;
- Verbraucher.

Art. 179 - Gültigkeitsbedingungen der Deckung.

Die Deckungen laut Art. 176 gelten unter der Bedingung, dass der Versicherungsnehmer:

- angemessene Regeln für Ausgabe und Nutzung der Passwörter anwendet;
- Antivirus, Anti-Spyware oder gleichwertige Schutzsysteme gegen Malware verwendet, die automatisch aktualisiert werden;
- dafür gesorgt hat, dass alle Netzwerkzugänge durch Firewall geschützt sind;
- regelmäßige Backups durchführt;
- die System-Updates der Anwendungen mit den jeweiligen „Sicherheitspatches“ durchführt.



Art. 180 - Gültigkeitsgebiet

Die Versicherung wird für Ereignisse geleistet, die an den in Italien gelegenen Standorten der Tätigkeit des Versicherten aufgetreten sind.

Art. 181 - Entschädigungsgrenzen

Die Versicherung wird unter Anwendung einer Selbstbeteiligung von 10% des entschädigungsfähigen Schadens mit einem Mindestbetrag von € 500,00 geleistet.

Art. 182 – Ausschlüsse

Ausgeschlossen sind:

1. alle Schadensarten, wenn die Gültigkeitsbedingungen der Deckungen laut Art. 179 nicht eingehalten worden sind;
2. Schäden Dritter;
3. Ausgaben, die entstanden sind, um das Informationssystem des Versicherten oder die darin gespeicherten Daten auf einer höheren Ebene als der vor dem versicherten Ereignis bestehenden Situation zu implementieren oder um Verbesserungen vorzunehmen, es sei denn, dies war im Rahmen der Datenwiederherstellung des Informationssystems unvermeidbar;
4. Schäden, die auf Defekte, Unterbrechungen, Ausfälle von Kommunikationssystemen, Internetdiensten, Stromversorgung und anderen Arten von externen Infrastrukturen zurückzuführen sind, die nicht der Kontrolle des Versicherten unterliegen;
5. Schäden, die auf jede Art von direktem Sachschaden jeglicher Ursache am Eigentum des Versicherten, einschließlich des Informationssystems, zurückzuführen sind;
6. Schäden aufgrund von Defekten oder Planungsfehlern des Informationssystems des Versicherten, welche dieses ungeeignet für seine Zweckbestimmung machen;
7. Bußgelder oder Geldstrafen jeglicher Art;
8. Betrag etwaiger Lösegelder, die der Versicherte aufgrund einer Cyber-Erpressung bezahlt hat;
9. Schäden aufgrund finanzieller Verluste infolge der Unmöglichkeit, Geschäftsvorgänge, Investitionen, Veräußerungen, Kauf und Verkauf von Wertpapieren jeder Art vorzunehmen;
10. Schäden, die durch Gesetzesverletzungen des Versicherten oder des Outsourcing Providers verursacht worden sind;
11. Schäden infolge von angekündigten und geplanten Unterbrechungen des Informationssystems des Versicherten;
12. Schäden durch Diebstahl, Verletzung oder unerlaubter Verbreitung von geistigem Eigentum (z.B. Copyright, Marken, Patente);
13. Schäden bezüglich Dienstleistungen, die ein Outsourcing Provider an Dritte weiterbeauftragt hat;
14. negative wirtschaftliche Auswirkungen infolge einer Reduktion oder Unterbrechung der charakteristischen Tätigkeit des Versicherten aufgrund des Ausfalls seines Informationssystems, der direkt durch einen Angriff auf das Informationssystem verursacht wurde;
15. negative wirtschaftliche Auswirkungen infolge einer Reduktion oder Unterbrechung der charakteristischen Tätigkeit des Versicherten aufgrund von System Failure;
16. Unterbrechung der Aktivität der Informationssysteme aufgrund einer beliebigen, aus jeglichem Grund erfolgten Unterbrechung von Strom-, Gas-, Wasserversorgung, Kanalisation, Internet, Telekommunikation oder Satellitendiensten, die nicht unter der Kontrolle des Versicherten stehen;
17. Unterbrechungen der Aktivitäten der Informationssysteme, die von Behörden verhängt worden sind, z.B. durch Einziehung, Nationalisierung, Beschlagnahmung oder Zerstörung, bzw. die Unterbrechung der Informationssysteme des Versicherten auf Anordnung einer beliebigen Regierungs- oder Staatsbehörde;
18. illegal durch Dritte mittels elektronischer Übertragung dem Versicherten entwendete Beträge infolge direkten und unerlaubten Zugriffs auf die Bankkonten des Versicherten;
19. Vorkenntnisse, worunter jede Art von Angriff auf das Informationssystem gemeint ist, der dem Versicherten vor Beginn der Laufzeit der Versicherung bekannt war;
20. Krieg, Invasion, feindliche Handlungen aus dem Ausland, Feindseligkeiten oder militärische Maßnahmen und ähnliches (unabhängig davon, ob ein Krieg erklärt wurde oder nicht), Bürgerkriege, Meutereien, Tumulte, welche die Ausmaße eines Volksaufstands annahmen, Militäraufstände, Aufruhr, Rebellion, Revolution, Putsch oder Machtübernahme durch das Militär, Kriegsgesetz, Einziehung, Beschlagnahmung oder Nationalisierung, Zerstörung oder Beschädigung von (privatem) Eigentum auf Veranlassung oder Anordnung jedweder Regierung bzw. staatlicher oder lokaler Behörde;
21. direkt oder indirekt verursachte Schäden, die von Kernreaktionen, radioaktiver Strahlung oder Kontamination hervorgerufen werden, ungeachtet anderer Mitverursachungsgründe des Schadensfalls, die gleichzeitig oder nacheinander auftreten;
22. Schäden durch die Unterbrechung der Aktivität infolge der Unterbrechung der Versorgung bzw. Lieferung von nicht zum IT-System gehörenden Gütern und Dienstleistungen.



Ferner gilt die Versicherung im Falle der Verwendung tragbarer elektronischer Geräte nicht, wenn der Versicherte das Informationssystem nicht anhand folgender Vorkehrungen geschützt hat:

- automatische Tastatursperre mit Passwort nach maximal 15 Minuten;
- Schutz anhand von Systemen für die Verschlüsselung der auf dem Gerät gespeicherten Daten (mit Ausnahme des RAM-Speichers), welche mit der Aktivität des Versicherten verknüpft sind;
- geeignete Konfiguration der etwaigen Bluetooth-Verbindung, mit der dafür gesorgt wird, dass das Gerät nicht sichtbar gemacht wird und dass Verbindungen ausschließlich mit ausdrücklich zugelassenen Geräten hergestellt werden.

Art. 183 - Verpflichtungen im Schadensfall

ORIENTIERUNGS- UND BERATUNGSDIENSTE

Im Schadensfall hat der Versicherte umgehend die Betriebszentrale des Service Providers zu kontaktieren. Der Versicherte kann auf folgende Dienstleistungen zugreifen:

- Bereitschaftsdienst: 12 h x 5 Tage (7:00-19:00//Mo-Fr)
- Maximale Dauer jeder Support-Tätigkeit: 45 Minuten
- Telefonischer Support-Kanal: 049 7442662

Durch Angabe der Nummer der Police hat der Versicherte die Möglichkeit, dem Service Provider das sicherheitsrelevante Ereignis zu melden und erste Anweisungen zu erhalten, um den aufgetretenen Schaden in Grenzen zu halten.

Es wird auf Folgendes verwiesen:

- Die fachspezifische Unterstützung dient lediglich als Beratung für das Ablesen und Auslegen der von der Cloud-Plattform Auralyze ausgegebenen Informationen und soll dem Versicherten eine Orientierungshilfe bei der Entscheidung der Maßnahmen zur Schadensbegrenzung oder der Eingriffe im Falle von sicherheitsrelevanten Ereignissen oder Zwischenfällen geben.
- Die fachspezifische Unterstützung nimmt selbst keine Schadensbegrenzung oder Eingriffe am System des Kunden weder vor Ort noch auf Cloud vor. Der Kunde hat diese Aktivitäten eigenständig oder mit Unterstützung durch eigens beauftragte Dritte vorzunehmen.
- Alle Beratungs- und Orientierungsdienste werden telefonisch geleistet, Eingriffe vor Ort sind nicht vorgesehen.

Der Versicherte hat:

1. anschließend alle vernunftgemäß erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die Auswirkungen des versicherten Ereignisses auf ein Minimum zu reduzieren.
2. dem Versicherer binnen 3 Tagen nach Kenntnisnahme den Schadensfall gemäß Angabe unter Art. 1913 des it. Zivilgesetzbuchs melden, indem die Schadensmeldung zugesendet wird:
 - auf dem Postweg: Net Insurance S.p.A. c/o Postfach 106, 26100 CREMONA – Italien
 - per E-Mail: claims@netinsurance.it
 - per Fax: +39 06 97625707
3. umgehend Anzeige bei den örtlich zuständigen Gerichts- oder Polizeibehörden für strafrechtlich relevante Umstände zu erstatten; in der Anzeige sind anzugeben: Anfangszeitpunkt des Schadensfalls, vermutete Ursache und geschätzter Umfang des Schadens unter Angabe von Net Insurance S.p.A. als Versicherer. Eine Kopie der Anzeige ist anschließend an den Versicherer weiterzuleiten.

Der Versicherte hat ferner die Pflicht:

- a) Nachweise für das Versicherte Ereignis, das den Schadensfall verursacht hat, und die getragenen Ausgaben vorzulegen;
- b) alles Mögliche und Erforderliche tun, um Ursache und Umfang des Schadens zu ermitteln;
- c) die vom Versicherten Ereignis betroffene Hardware, Software und Daten aufzuheben und dem Versicherer verfügbar zu machen;
- d) sämtliche Empfehlungen des Versicherers zu befolgen;
- e) maximale Kooperationsbereitschaft bei Untersuchung, Verteidigung und Feststellung des Schadensfalls anzubieten.

Falls der Versicherte einer der unter Punkt 1, 2 und 3 angegebenen Verpflichtungen nicht nachkommt, kann er seinen Entschädigungsanspruch gemäß Art. 1915 des it. Zivilgesetzbuchs ganz oder teilweise verlieren.

Ausgaben, die zur Erfüllung der Verpflichtungen laut Punkt 1 getragen werden, gehen gemäß Art. 1914 des it. Zivilgesetzbuchs zu Lasten des Versicherers.



Art. 184 - Verfahren zur Schadensbeurteilung

Der Schadensbetrag wird vom Versicherer oder dessen Beauftragten mit dem Versicherungsnehmer oder dessen Beauftragten vereinbart. Stattdessen können die Parteien einvernehmlich zwei Gutachter - einen pro Partei - mit einem einzigen Schriftstück ernennen.

Diese beiden Gutachter können einen Dritten ernennen, wenn es zu Meinungsverschiedenheiten kommt, bzw. auch vorher auf Beantragung durch einen der Gutachter.

Der Dritte Gutachter greift nur im Falle von Meinungsverschiedenheiten ein und die Entscheidungen über die strittigen Punkte werden mehrheitlich getroffen. Jeder Gutachter ist dazu befugt, die Unterstützung weiterer Personen in Anspruch zu nehmen, die an der Ausarbeitung des Gutachtens mitarbeiten können, ohne jedoch Stimmrecht zu haben.

Falls eine der Parteien keinen eigenen Gutachter ernennt, oder falls diese sich nicht auf die Ernennung des Dritten einigen, können diese Bestellungen auf Antrag einer Partei allein auch dem Präsidenten des Gerichts in dessen Zuständigkeitsbereich der Schadensfall eingetreten ist, übertragen werden.

Jede Partei trägt die Kosten des eigenen Gutachters, während die des dritten jeweils zur Hälfte getragen werden.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, nachdem der obligatorische Schlichtungsversuch gemäß Art. 5 der Gesetzesverordnung 28/2010 i.d.g.F. bei einer zugelassenen Schlichtungsstelle vorgenommen wurde, bleibt erhalten.

Art. 185 - Beauftragung der Gutachter

Die Gutachter haben die Aufgabe:

- Umstände, Art, Ursache und Hergang des Schadensfalls zu ermitteln;
- zu prüfen, dass die „Gültigkeitsbedingungen der Deckungen“ laut Art. 179 eingehalten worden sind;
- zu überprüfen, ob der Versicherte seinen Verpflichtungen gemäß Art. 183 - „Verpflichtungen im Schadensfall“ nachgekommen ist;
- die Schätzung und Auszahlung des Schadens und der Ausgaben entsprechend Vertragsbestimmungen vorzunehmen.

Falls das Verfahren zur Beurteilung des Schadens gemäß Art. 184 - „Verfahren zur Schadensbeurteilung“ angewendet wird, sind bei Ernennung eines Gutachterausschusses die Ergebnisse von deren Ermittlungen in einem Protokoll zu sammeln, dem die detaillierten Schätzungen beizulegen sind. Das Protokoll ist in doppelter Ausfertigung - eine für jede Partei - anzufertigen.

Das Gemeinschaftsgutachten ist auch dann gültig, wenn einer der Gutachter die Unterzeichnung verweigert; die Weigerung ist von den anderen Gutachtern im abschließenden Gutachterprotokoll zu vermerken.

Die Gutachter sind an keine besondere gerichtliche Form gebunden.

Art. 186 - Auszahlung der Entschädigung

Nach Prüfung der Wirksamkeit der Deckung, Beurteilung des Schadens und Erhalt der erforderlichen Dokumentation hat der Versicherer die Zahlung der Entschädigung binnen 30 Tagen ab Datum des Beschlusses zur Schadensregulierung vorzunehmen, vorausgesetzt dass kein Widerspruch gemäß Art. 2742 des it. Zivilgesetzbuchs eingelegt wurde.

CYBER-BEREICH

D. SEKTOR PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG

ABSCHNITT 17 - PRÄVENTION UND ÜBERWACHUNG

Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer über den **Service Provider** exklusiv folgende kostenlose Dienstleistungen zur Verfügung:

Data Breach - Überwachung und Erfassung der Beeinträchtigung von Unternehmensdaten/personenbezogenen Daten. Sobald dieser Service eine Verletzung erkannt hat, benachrichtigt das System den Systemadministrator.	Wöchentliche Kontrolle von maximal 5 E-Mail-Adressen
Continuous scanning - Überwachung und Erfassung der vom öffentlichen Netzwerk zugänglichen Ports. Sobald ein Port geöffnet wird, stellt dieser einen möglichen Risikobereich dar (z.B. für Angriffe durch Ransomware/BotNet).	Wöchentliche Kontrolle einer öffentlichen IP-Adresse
Spam Reputation - Überwachung und Feststellung der Reputation von E-Mail-Adressen, um zu vermeiden, dass	Wöchentliche Kontrolle einer IP-Adresse (öffentliche Domäne)

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS



Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs

diese von Antispam-Softwares blockiert werden.	
Threat Intelligence - Überwachung der „cyber reputation“ der Firmenressourcen (öffentliche IP-Adressen und Domänen).	Wöchentliche Kontrolle einer IP-Adresse
Kontakt: auralyze@nethive.it Telefon: 049 7442662	12 h x 5 Tage (7:00 -19:00 // Mo-Fr)



ANHANG 1. LISTE DER BERUFSTÄTIGKEITEN

Tabelle 1 - SELBSTÄNDIGE		
CODE	BERUF	RISIKOKLASSE
A001	Händler - Geschäftsinhaber - Betreiber von Hotel- und Gaststättengewerbe	2
A002	Freiberufler mit ausschließlicher Bürotätigkeit (z.B.: Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater, Berater in unterschiedlichen Sektoren)	1
A003	Freiberufler auch mit zusätzlichem Außendienst und/oder Tätigkeit auf Baustellen	3
A004	Freiberufler auch mit zusätzlichem Außendienst, aber ohne Tätigkeit auf Baustellen	2
A005	Gesundheitsberufe (Ärzte, medizinische Fachkräfte, Tierärzte) - Apotheker	2
A006	Landwirt, Züchter (Equiden, Rinder, Schweine, Ziegen, Strauße und Haustiere), Holzfäller, Fischer	3
A007	Unternehmer oder Handwerker im Baugewerbe, Dekorateur	3
A008	Unternehmer oder Handwerker im Gewerbe der Glas- oder Holzverarbeitung, Möbelmontage	3
A009	Unternehmer oder Handwerker im maritimen Gewerbe (Fischerei, Schiffsbau usw.), Seeleute	3
A010	Unternehmer oder Handwerker in der Landwirtschaft (Anbau, Zucht usw.)	3
A011	Unternehmer oder Handwerker in Maschinenbaugewerbe / Chemiebranche, einschließlich Tätigkeit in giftstoffbelasteten Sektoren	3
A012	Sportlehrer - Bergführer	3
A013	Anlagenmechaniker (Gas/Wasser/Heizung, Elektro, Aufzüge, Antennen), Schlosser, Kfz-Mechatroniker, Glaser, Tankwarte.	3
A014	LKW-, Express-, Kurier-, Taxifahrer	3
A015	Beschäftigte im Schauspielgewerbe (unter Ausschluss von Zirkusartisten und Profitänzern)	3
A016	Unternehmer oder Handwerker in anderen (als oben genannten) Branchen	2
A017	Vertreter, Berater, Handelsvermittler, Promoter	2

Tabelle 2 - NICHT SELBSTÄNDIGE TÄTIGKEITEN		
CODE	BERUF	RISIKOKLASSE
B001	Angehörige von Militär- und Polizeikräften mit internen Verwaltungsfunktionen	2
B002	Angestellte/Beamte/Führungskräfte mit rein administrativer Tätigkeit	1
B003	Angestellte/Beamte/Führungskräfte auch mit zusätzlichem Außendienst und/oder Tätigkeit auf Baustellen	3
B004	Gesundheitsberufe (Ärzte, medizinische Fachkräfte, Tierärzte) - Apotheker	2
B005	Angestellte/Beamte/Führungskräfte auch mit zusätzlichem Außendienst jedoch ohne Tätigkeit auf Baustellen	2
B006	Landwirt, Züchter (Equiden, Rinder, Schweine, Ziegen, Strauße und Haustiere), Holzfäller, Fischer	3
B007	Arbeiter im Baugewerbe, Dekorateur	3
B008	Arbeiter für Unternehmen im Gewerbe der Glas- oder Holzverarbeitung, Möbelmontage	3
B009	Arbeiter im maritimen Gewerbe (Fischerei, Schiffsbau usw.), Seeleute	3
B010	Beschäftigte im Schauspielgewerbe (unter Ausschluss von Zirkusartisten und Profitänzern)	3
B011	Arbeiter im Maschinenbaugewerbe	3
B012	Beschäftigte mit Zugang zu Umgebungen mit giftigen Substanzen	3
B013	Anlagenmechaniker (Gas/Wasser/Heizung, Elektro, Aufzüge, Antennen), Schlosser, Kfz-Mechatroniker, Glaser, Tankwarte.	3
B014	Arbeiter in Transportunternehmen (Fahrer, Kurier- oder Expressfahrer, Postboten, Maschinisten usw.)	3
B015	Angehörige von Militär- und Polizeikräften mit externen Aufgaben (unter Ausschluss von Auslandsmissionen), Feuerwehr, Forstkorps, Wachdiensten, Gemeindepolizei, Justizvollzug	3
B016	Arbeiter in anderen Branchen – Verkäufer in Geschäften	2



B017	Lehrer – Sozialarbeiter	2
B018	Geistliche und kirchliche Mitarbeiter mit Ausnahme von Missionaren	2
B019	Hausangestellte – häusliche Pflegekräfte - Babysitter	2
B020	Arbeiter in Genossenschaften	2
B021	Beschäftigte im Hotel- und Gaststättengewerbe (z.B. Kellner, Köche usw.)	2

Tabelle 3 - NICHT ARBEITENDE		
CODE	BERUF	RISIKOKLASSE
C001	Studenten und Schüler	2
C002	Hausfrauen	2
C003	Rentner	2
C004	Arbeitslose	2
C005	Wohlhabende	2



ANHANG 2. Einteilung der Operationen in Kategorien

Beschreibung der Operation	Operation
KARDIOCHIRURGIE	
Einfache Koronarangioplastie	IV
Ein- oder mehrfacher aortokoronarer Bypass	VI
Kardiochirurgie am offenen Herzen, bei Erwachsenen und Neugeborenen, einschließlich Aneurysmen und mehrfachem Herzklappenaustausch (EKZ), unter Ausnahme der anderweitig beschriebenen Eingriffe	VI
Kardiochirurgische Operationen bei geschlossenem Herzen (ohne EKZ), unter Ausnahme der anderweitig beschriebenen Eingriffe	V
Entfernung von Herz- oder Perikardzysten	V
Kommissurotomie für Mitralklappenstenose	V
Intraaortale Gegenpulsation über arteriellen Gefäßzugang	V
Perikarddrainage oder erneute Eröffnung wegen Blutung	II
Embolektomie mit Fogarty-Katheter	III
Verletzungen, Fremdkörper, Tumoren des Herzens oder Herzbeutel tamponade, Operation	V
Arteriovenöse Lungenfisteln, Operation	VI
Partielle Perikardektomie	IV
Vollständige Perikardektomie	V
Perikardiozentese	I
Einfacher Herzklappenaustausch (mit EKZ)	VI
Austausch von Herzklappen mit aortokoronarem Bypass (mit EKZ)	VII
Herztransplantation	VII
Chirurgische Valvuloplastie	VI
INTERVENTIONELLE KARDIOLOGIE	
Transkatheter-Ablation	IV
Einfache/mehrfache Koronarangioplastie mit oder ohne Stentimplantation	IV
Endomyokardiobiopsie	II
Rechts- und Linksherzkatheter, Berechnung von Durchfluss und Druckgradienten mittels Koronarangiographie + Ventrikulographie rechts und links	III
Koronarangiographie Native Gefäße + ev. selektive Studie von Venen- und Arterienbypassen + Ventrikulographie links + Linksherzkatheter	III
Schrittmacher, endgültige Implantation, einschließlich der eventuellen Implantation/Explantation eines temporären Schrittmachers + eventuelle Neupositionierung der Elektroden sowie elektronische Programmierung	VI
Schrittmacher, temporäre Implantation und anschließende Explantation (als ein einziger Eingriff)	II
Batteriewechsel beim endgültigen Schrittmacher	II
Elektrophysiologische Studie	II
Herzklappensprengung	IV
MAMMACHIRURGIE	
Mammaabszess, Inzision	I
Radikale Mastektomie, beliebige Technik, in Verbindung mit Lymphadenektomie	V
Einfache Mastektomie mit eventueller Lymphadenektomie	IV
Subkutane Mastektomie	IV
Gutartige Knoten und/oder Zysten, Entfernung	II
Positionierung von Markierung für nicht tastbare Knoten	I
Quadrantektomie in Verbindung mit Lymphadenektomie	V
Quadrantektomie ohne verbundene Lymphadenektomie	IV

HANDCHIRURGIE	
Handwurzelamputationen	II
Amputationen von Fingergliedern	II
Mittelhandamputationen	II
Aponeurektomie, Morbus Dupuytren	III
Arthrodesse des Karpalgelenks	IV
Arthrodesse von Metacarpophalangeal- und/oder Interphalangealgelenken	III
Arthroplastik	IV
Beschreibung der Operation	
Prothese Karpalgelenk	V
Gelenkprothese für Metacarpophalangeal- und/oder Interphalangealgelenke	V
Frakturen und Luxationen von Metakarpalknochen und Phalangen, operative Behandlung	III
Frakturen und Luxationen des Handgelenks, operative Behandlung	IV
Sehnervenverletzungen, Operation	II
Spastische Hand - schlaffe Lähmungen, operative Behandlung	III
Schnappfinger (schnellender Finger), Quervain-Krankheit, Sehnenscheidenentzündungen	III
Osteotomie (als ein einziger Eingriff)	III
Pseudoarthrose der langen Knochen, Operation	III
Kahnbein-Pseudoarthrose, Operation	III
Vollmann-Kontraktur, Operation	V
Sekundärrekonstruktion des Daumens oder anderer Finger durch Mikrochirurgie	VI
Fingersteifigkeit	III
Nervenkompressionssyndrome (Karpaltunnel, Loge-de-Guyon-Syndrom, Ulnarisrinnensyndrom usw.)	III
Synovektomie (als ein einziger Eingriff)	III
Mikrochirurgische Behandlung von Verletzungen des Plexus brachialis	VI
HALSCHIRURGIE	
Abszesse, Karbunkel, Phlegmonen und deren Drainage	I
Präskalenische Biopsie	I
Tracheo-ösophageale Fistel, Operation	V
Unterkiesspeicheldrüse (Glandula submaxillaris), Entfernung wegen chronischer Entzündungen oder gutartiger Neoplasie	III
Unterkiesspeicheldrüse (Glandula submaxillaris), Entfernung wegen bösartigen Tumoren	IV
Beidseitige, laterozervikale Lymphadenektomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Einseitige, laterozervikale Lymphadenektomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Supraklavikuläre Lymphadenektomie	III
Lymphknoten, chirurgische Entfernung zu Diagnosezwecken	I
Nebenschilddrüsen - komplette Behandlung, Operation	V
Schilddrüse, Enukleation von zystischen Tumoren oder Autonomem Adenomen	III
Schilddrüse, Lobektomie	IV
Thyreoidektomie wegen intrathorakalem Struma, sowohl über den Hals als auch anhand von Sternotomie oder Thorakotomie	V
Subtotale Thyreoidektomie	IV
Totale Thyreoidektomie wegen bösartiger Neubildungen mit ein/beidseitiger Ausräumung aller Halslymphknoten	VI
Totale Thyreoidektomie ohne Ausräumung der	V



Halslymphknoten	
Tracheotomie, plastische und deren Verschluss	II
Tracheotomie, sowohl notfallmäßig als auch elektiv	III
Verletzungen im Bereich von Kehlkopf und Luftröhre, Operation	IV
Bösartige Tumoren im Bereich des Halses, Entfernung	IV
SPEISERÖHRECHIRURGIE	
Divertikel der Speiseröhre im Halsbereich (einschließlich Myotomie), Operation	IV
Divertikel der Speiseröhre im Brustbereich, Operation	V
Vollständige Ösophagektomie mit gleichzeitiger Rekonstruktion der Speiseröhre und Lymphadenektomie	VI
Ösophagusresektion, partielle	VI
Vollständige Ösophagogastrrektomie über Thorako-Laparotomie und ggf. Lymphadenektomie	VI
Operative Ösophagogastrroduodenoskopie	II
Magenhochzug - Roux-Y-Rekonstruktion - Koloninterposition (substituierend oder palliativ)	V
Ösophagostomie	III
Traumatische oder spontane Verletzungen, Fremdkörper, gutartige Tumoren, Biopsie und nicht endoskopische Verödung	IV
Ösophageale Endoprothesen, Implantation	II
Gutartige Ösophagusstenose, Operation	V
Ösophagusstenose, endoskopische Laserbehandlung (pro Sitzung)	I
Ösophagusvarizen: Hämostase anhand Sondentamponade oder endoskopischer Sklerotherapie	II
Ösophagusvarizen: transthorakale oder abdominale Operation	V
LEBER- UND GALLENWEGSCHIRURGIE	
Nadelbiopsie/Nadelaspiration	I
Portokavale, splenorenale oder mesenterica-kavale Anastomose	VI
Leberbiopsie (als ein einziger Eingriff)	II
Gallensteine, Operation	V
Zystische Echinokokkose, Perizystektomie	V
Cholezystektomie	IV
Cholezystogastrostomie oder Cholezystoenterostomie	IV
Cholezystektomie wegen nicht resektabler Neoplasie	IV
Biliodigestive Anastomosen (Choledocho-Hepatiko-Jejunostomie/Duodenostomie) mit oder ohne Cholezystektomie	V
Choledochotomie und Choledocholithotomie (als ein einziger Eingriff)	V
Dearterialisierung der Leber mit oder ohne Chemotherapie	IV
Azygos-portale Kreislauftrennung über abdominalen Zugang	V
Intrahepatische biliodigestive Drainage	IV
Implantation von Hepatikakatheter für Chemotherapie	II
Lithotripsie bei Gallensteinen in Haupt- und Nebengallengang (vollständige Behandlung)	V
Vatersche Papille, Exzision	IV
Papillotomie, transduodenal (als ein einziger Eingriff)	IV
Papillotomie, endoskopisch	III
Größere Leberresektionen	VI
Kleinere Leberresektionen	V
Lebertransplantation	VII
Gallengänge, Palliativoperationen	V
DARMCHIRURGIE	
Anus praeter, Verschluss mit Wiederherstellung der	IV

Darmkontinuität	
Appendektomie bei diffuser Peritonitis	IV
Einfache Appendektomie	III
Abszess oder Fistel der Ischiorektalgrube, Operation	III
Perianalabszess, Operation	III
Gastrointestinaler oder intestinaler Bypass aufgrund bösartiger Erkrankungen	VI
Intestinaler Bypass zur Behandlung pathologischer Adipositas	V
Dermoidzysten, Kreuz- und Steißbeinfistel (auch rezidivierend), Operation	III
Partielle Kolektomie	V
Partielle Kolektomie, mit Lymphadenektomie und ggf. Kolostomie	V
Totale Kolektomie	V
Totale Kolektomie mit Lymphadenektomie	VI
Kolektomie mit Kolonnaht (als ein einziger Eingriff)	IV
Anlage eines künstlichen Darmausgangs (als ein einziger Eingriff)	III
Anlage eines kontinenten Ileostomas (als ein einziger Eingriff)	IV
Fremdkörper im Rektum, Extraktion über abdominalen Zugang	IV
Fremdkörper, Extraktion mittels Sphinkterotomie	II
Jejunostomie (als ein einziger Eingriff)	III
Meckel-Divertikel, Resektion	III
Duodenojejunostomie (als ein einziger Eingriff)	III
Hemikolektomie rechtsseitig mit Lymphadenektomie	V
Hemikolektomie linksseitig, mit Lymphadenektomie und ggf. Kolostomie	VI
Hämorrhoiden und/oder Rhagaden, Kryochirurgie (vollständige Behandlung)	II
Hämorrhoiden und Rhagaden, radikale Operation	III
Hämorrhoiden und/oder Rhagaden, Laserchirurgie (vollständige Behandlung)	II
Hämorrhoiden, radikale Operation	III
Hämorrhoiden, Gummibandligatur (vollständige Behandlung)	II
Enterostomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Anal fistel, extrasphinkterisch	III
Anal fistel, intrasphinkterisch	II
Anal fistel, Laserchirurgie (vollständige Behandlung)	II
Hartmann-Operation	VI
Ileostomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Analinkontinenz, Operation	IV
Darm, Resektion	V
Invagination, Volvulus, innere Hernie, Operation	IV
Megakolon: Kolostomie	III
Verfahren nach Mikulicz	III
Operative Pankoloskopie	II
Polypektomie in Laparoskopie	III
Rektalpolyp, Entfernung	II
Totale Proktokolektomie mit Ileum-Pouch	VI
Rektumprolaps, transanale Operation	III
Rektumprolaps, Operation über abdominalen Zugang	IV
Analrhagaden, chirurgische Behandlung mit Sphinkterotomie	III
Anteriore Kolon-Rektumresektion, einschließlich Lymphadenektomie und ggf. Kolostomie	VI
Rektumamputation wegen Neoplasie des Anus mit beidseitiger inguinaler Lymphadenektomie	VI
Rektumamputation, über abdominoperinealen Zugang, ggf. mit Lymphadenektomie	VI
Operative Sigmoidoskopie des Rektums	I

Sphinkterotomie (als ein einziger Eingriff)	I
Myotomie am Colon sigmoideum	V
Rektumkarzinom, Entfernung über sakralen Zugang	V
Ausgedehnte Adhäsiolyse (Dünndarmplikatur), Operation	V
PANKREASCHIRURGIE	
Nadelbiopsie/Nadelaspiration der Bauchspeicheldrüse	I
Abszesse der Bauchspeicheldrüse, Drainage	III
Biopsie (als ein einziger Eingriff)	II
Denervierung der Bauchspeicheldrüse (als ein einziger Eingriff)	V
Ableitungsoperation Pankreasgang	V
Duodenopankreatektomie (Kausch-Whipple), einschließlich etwaiger Lymphadenektomie	VI
Pankreasfistel, Operation	VI
Milz, erhaltende Operationen (Splenorraphie, Resektion von Milzteilen)	V
Endokrine Neoplasie der Bauchspeicheldrüse, Operation	VI
Pankreatektomie links, einschließlich Splenektomie und ggf. Lymphadenektomie	VI
Totale Pankreatektomie (einschließlich Lymphadenektomie)	VI
Akute Bauchspeicheldrüsenentzündung, konservierende Operationen	V
Akute Bauchspeicheldrüsenentzündung, resezierende Operationen	VI
Pseudozysto-Jejunostomie oder andere Ableitung, Operation	V
Splenektomie	V
Bauchspeicheldrüsentransplantation	VII
BAUCHWANDCHIRURGIE	
Zysten, Hämatome, Abszesse, Phlegmonen der Bauchwand	I
Rektusdiastase (als ein einziger Eingriff), Operation	III
Schenkelhernie, einfach oder rezidivierend	II
Schenkelhernie, eingeklemmt	III
Zwerchfellhernie	V
Oberbauchhernie, einfach, eingeklemmt oder rezidivierend	III
Leistenhernie mit Hodenektomie	III
Leistenhernie, einfach, eingeklemmt oder rezidivierend	III
Nabelhernie, einfach oder rezidivierend	III
Seltene Hernien (Hernia ischiadica, Obturator-, Lumbal-, Perianalhernie)	IV
Narbenhernie, Operation	IV
Beidseitige Lymphadenektomie an Leiste oder Oberschenkel (als ein einziger Eingriff)	IV
Einseitige Lymphadenektomie an Leiste oder Oberschenkel (als ein einziger Eingriff)	III
Bösartiger Tumor der Bauchwand, Entfernung	III
BAUCHFELLCHIRURGIE	
Douglas-Abszess, Drainage	III
Subphrenischer Abszess, Drainage	IV
Explorative/diagnostische/operative Laparoskopie	II
Laparotomie bei Verletzung innerer Parenchymorgane, die Blutstillung erfordern	V
Laparotomie mit Resektion von Darmsegmenten	V
Explorative Laparotomie als Hauptoperation bei nicht resektabler Neoplasie	IV
Laparotomie bei Kontusion und Verletzungen des Bauchraums ohne Läsionen von inneren Organen	IV
Laparotomie bei Verletzungen innerer Parenchymorgane, die eine Exzision erfordern	V
Laparotomie bei Magen-Darm-Verletzungen, die eine Naht erfordern	V

Laparotomie aufgrund diffuser Peritonitis	IV
Laparotomie aufgrund lokaler Peritonitis	IV
Einfache Laparotomie (explorativ und/oder zur Lösung von Verwachsungen)	IV
Diagnostische Peritoneallavage	I
Darmverschluss mit Resektion	V
Darmverschluss ohne Resektion	IV
Parazentese	I
Retroperitonealer Tumor, Resektion	V
CHIRURGIE - KLEINE OPERATIONEN	
Zugang zur Anlage von peripherem Venenkatheter	I
Nadelaspiration/Nadelbiopsie an jedem beliebigen Körperteil, außer gesondert beschriebenen Fällen	I
Diffuse, subaponeurotische, oberflächliche oder begrenzte Abszesse oder Phlegmonen, Inzision	I
Biopsie als einzelner chirurgischer Vorgang, an jedem beliebigem Körperteil, außer gesondert beschriebenen Fällen	I
Synovialzyste, radikale Entfernung	I
Zyste an Rumpf/Gliedmaßen, Entfernung	I
Oberflächlich oder tief außerhalb von Körperhöhlen eingedrungener Fremdkörper, Extraktion	I
Kopfhaut, großflächige Wunde und Ablösung	I
Bluterguss, oberflächlich oder tief, außerhalb von Körperhöhlen, Punktion	I
Entfernen von Peritonealkatheter	I
Oberflächliche oder tiefe Verletzung im Gesicht, Naht	I
Oberflächliche oder tiefe Verletzung, Naht	I
Peripherer arteriovenöser Shunt, Anlage	I
Chirurgische Implantation von Peritonealkatheter	I
Panaritium, oberflächlich, tief oder mit Knochenbefall, Operation	II
Perkutane Positionierung von Zentralvenenkatheter (als eine einzige Leistung)	I
Tief liegender Tumor außerhalb von Körperhöhlen, Entfernung	II
Oberflächliche, bösartige Tumoren an Rumpf/Gliedmaßen, Entfernung	II
Oberflächliche oder subkutane, gutartige Tumoren, Entfernung	I
Eingewachsener Nagel, Entfernung oder radikale Behandlung	I
MAGENCHIRURGIE	
Dumping-Syndrom, Umwandlungsoperation	V
Hiatushernie, Operation (einschließlich Antirefluxplastik)	IV
Magen-Jejunum-Kolonfistel, Operation	VI
Totale Gastrektomie mit Lymphadenektomie	VI
Totale Gastrektomie bei gutartiger Erkrankung	V
Gastroenterostomie wegen nicht resektabler Neoplasie	IV
Gastrostomie (PEG)	III
Pyloroplastik (als ein einziger Eingriff)	IV
Magen- und Duodenumresektion	V
Magen-Jejunumresektion bei Anastomosenerkrankung	V
Selektive, trunkuläre Vagotomie mit Pyloroplastik	V
Superselektive Vagotomie	V
MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE	
Speichelstein, Entfernung	II
Kieferzysten, Operation	II
Zysten, Schleimhäute, kleine gutartige Neoplasien an Zunge, Wangen, Lippen oder Mundboden (Entfernung)	I
Kondylektomie (als ein einziger Eingriff)	III
Kondylektomie mit Kondylusersatz wegen Ankylose des	V



Kiefergelenks, beidseitig	
Kondylektomie mit Kondylusersatz wegen Ankylose des Kiefergelenks, einseitig	IV
Tief in die Weichgewebe von Mundhöhle und/oder Gesicht eingedrungene Fremdkörper, Entfernung	II
Befestigung lockerer Zahnelemente durch Stifte (pro Kiefer)	I
Fistel des Stenon-Gangs, Operation	II
Zahnfisteln, Hautplastik	III
Bildung von Parotiszysten, Enukleation	IV
Zahnfleischbogen, oben oder unten, Plastik	II
Fossa pterygopalatina (Flügelgaumengrube), Operation	VI
Oberkieferknochenfrakturen, chirurgische Therapie	IV
Frakturen von Unterkiefer und Kiefergelenk, chirurgische Therapie	IV
Unterkieferfrakturen, Reposition mit Fixierungsmitteln	II
Frenulotomie mit Frenuloplastik, oben und unten	I
Zystisches Lymphangiom am Hals, Operation	IV
Zunge und Mundboden, Operation bei bösartigen Tumoren mit Ausräumen des Unterzungenraums	V
Zunge und Mundboden, Operation bei bösartigen Tumoren mit funktionellem oder radikalem, laterozervikalem Ausräumen	VI
Zunge und Mundboden, Operation bei bösartigen Tumoren ohne Ausräumen des Unterzungenraums	IV
Zunge, partielle Amputation bei gutartigen Tumoren, Angiomen, Makroglossie	II
Kiefergelenkluxation, chirurgische Therapie	III
Unterkiefer, partielle Resektion bei Neoplasie	V
Oberkiefer, Resektion bei Neoplasie	V
Gesichtsschädel, resezierende Operation wegen Tumoren mit Ausschälung der Augenhöhle	VI
Diskektomie des Kiefergelenks (als ein einziger Eingriff)	III
Große Neubildungen im Knochen, Exzision	III
Kleine Neubildungen im Knochen, (Osteome, Zementome, Odontome, Torus palatinus und mandibularis), Exzision	II
Bösartige Neoplasien der Lippe/Wange mit Ausräumen des Unterzungenraums, Entfernung	V
Bösartige Neoplasien der Lippe/Wange ohne Ausräumen des Unterzungenraums, Entfernung	III
Bösartige Neoplasien von Lippe oder Weichgewebe der Mundhöhle, Entfernung	II
Umschriebene Ostitis der Kieferknochen, Behandlung	I
Lähmung des Gesichtsnerven, Plastik mit dynamischem Verfahren	V
Lähmung des Gesichtsnerven, Plastik mit statischem Verfahren	IV
Parotidektomie, partiell oder total	V
Plastik für Gaumenfistel	III
Schleimhautplastik für Mund-Antrum-Verbindung	II
Ranula, Entfernung	II
Rekonstruktion durch Knochenersatz, mit alloplastischen Materialien oder Kieferprothesen	V
Abtragen von Knochen und Schleimhaut über halb eingeschlossenem Zahn	I
Kieferhöhle, Eröffnung über Alveolarknochen	II
Gutartige oder gemischte Tumoren der Ohrspeicheldrüse, Enukleation	IV
KINDERCHIRURGIE	
Entfernung von Wilms-Tumor	VI
Kephalhämatom, Aspiration	I
Zysten des Vorderdarms (enterogen und bronchogen), Operation	VI

Nabelfisteln und -zysten: vom Ductus omphalomesentericus, mit Darmresektion	V
Nabelgranulom, Verödung	I
Neuroblastom in Bauch-, Becken-, Brustbereich	VI
Darmverschluss des Neugeborenen, Atresie (Notwendigkeit einer Anastomose)	VI
Darmverschluss des Neugeborenen, mit oder ohne Darmresektion	V
Darmverschluss des Neugeborenen - Mekoniumileus: einfache Ileostomie	III
Darmverschluss des Neugeborenen - Mekoniumileus: Resektion mit einfacher Anastomose	VI
Darmverschluss des Neugeborenen - Mekoniumileus: Verfahren nach Mikulicz	VI
Plexus brachialis, Neurolyse wegen geburtstraumatischer Armlähmung	V
Rektumprolaps, Cerclagemethode nach Thiersch-Ombredanne	II
Rektumprolaps, abdominale Operation	V
PLASTISCH-REKONSTRUKTIVE CHIRURGIE	
Anlage eines gestielten Lappens	II
Große Gesichtsangiome (über 4 cm), Operation	III
Kleine Gesichtsangiome (unter 4 cm), Operation	II
Große Angiome an Rumpf und Gliedmaßen (über 7 cm), Operation	II
Kleine/mittelgroße Angiome an Rumpf und Gliedmaßen (unter 7 cm), Operation	I
Große Keloide, Entfernung	II
Kleine Keloide, Entfernung	I
Narben an Gesicht, Rumpf oder Gliedmaßen, jeder Größe, Korrektur	II
Mischtransplantate	II
Transplantation von Vollhaut, Haut-Fettgewebe, Freihaut oder Schleimhaut	II
Transplantation vom Oberschenkelmuskel	II
Transplantation von Nerven, Sehnen, Knochen oder Knorpel	III
Gaumenrückverlagerung und Pharyngoplastik	IV
Lippen (vollständige Behandlung), Rekonstruktionsplastik	III
Lappenbildung in situ	II
Ohrmuschel, Rekonstruktionsplastik	III
Z-Plastik im Gesicht oder an anderer Stelle	II
V/Y-, YV-Plastik	II
Narbenretraktion der Finger mit Transplantation, Operation	IV
Narbenretraktion der Finger ohne Transplantation, Operation	III
Mammarekonstruktion nach radikaler Mastektomie	V
Mammarekonstruktion nach einfacher totaler Mastektomie	IV
Mammarekonstruktion nach subkutaner Mastektomie	III
Reparatur von Hautdefekt (PSC) mit durch Rotation oder Verschiebung verlagertem großem Hautlappen	III
Reparatur von Hautdefekt (PSC) mit durch Rotation oder Verschiebung verlagertem kleinem Hautlappen	II
Reparatur von Hautdefekt (PSC) mit fasziokutanem Lappen	III
Reparatur von Hautdefekt (PSC) mit myofasziokutanem Lappen	IV
Reparatur von Hautdefekt (PSC) oder von Vernarbungen durch Gewebeexpansion	III



Débridement bei großflächigen Verbrennungen (ambulante Leistung)	I
Débridement bei kleinen Verbrennungen (ambulante Leistung)	I
Transfer von freiem mikrovaskulärem Lappen	V
Transfer von gestieltem Lappen	II
Tief liegende, bösartige Tumoren des Gesichts, Entfernung	III
Oberflächliche, bösartige Tumoren des Gesichts, Operation	II
Oberflächliche Tumoren oder gutartige Zysten des Gesichts, Operation	I
THORAX- UND LUNGENCHIRURGIE	
Nadelbiopsie mit und ohne Pleurapunktion, explorative Punktion	I
Abszesse, Operation	IV
Bilobektomie, Operation	VI
Laterozervikale Biopsie	I
Supraklavikuläre Biopsie	I
Endobronchiale Instillation	II
Zysten (Echinococcus oder andere), Entfernung	V
Dekortikation/Pleurektomie, Operation	V
Drainage bei akuter oder chronischer Mediastinitis oder Mediastinalabszess	II
Drainage von Empyem	II
Pleuradrainage bei traumatischem Häm- und/oder Pneumothorax	II
Pleuradrainage bei spontanem Pneumothorax	I
Bullöses Lungenemphysem, chirurgische Behandlung	IV
Traumatische Zwerchfellhernie	V
Verletzung im Brust-/Bauchbereich mit Läsionen der Eingeweide	V
Verletzung im Brust-/Bauchbereich ohne Läsionen der Eingeweide	III
Verletzungen im Brustbereich mit Läsionen der Eingeweide	V
Fistel an Bronchusstumpf nach Exzision oder ähnlichen Operationen, Operation	VI
Ösophagus-Bronchialfisteln, Operation	VI
Rippen- oder Brustbeinfrakturen, chirurgische Behandlung	III
Endoskopische bronchoalveoläre Lavage	I
Pleuralavage	I
Instabiler Thorax (Engl. flail chest), chirurgische Behandlung	V
Mediastinale Lymphadenektomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Diagnostische oder operative Mediastinoskopie	II
Suprasternale Mediastinoskopie wegen Mediastinalenphysem	II
Lokalisierte Neubildungen der Rippen	II
Neubildungen des Zwerchfells	IV
Neubildungen der Luftröhre	III
Bösartige Neoplasien an Rippen und/oder Brustbein	IV
Bösartige Neoplasien und/oder Zysten des Mediastinums	VI
Pleurektomie	V
Pleuropneumektomie	VI
Pleurotomie und Drainage (mit Resektion einer oder mehrerer Rippen), Operation	III
Pneumonektomie, Operation	VI
Therapeutischer Pneumothorax	I
Sternal- oder Knochenmarkpunktion	I
Explorative Lungenpunktion	I
Zwerchfellrelaxation	V
Bronchusresektion und End-zu-End-Anastomose	VI
Resektion überzähliger Rippe	V

Segmentresektion oder Lobektomie	V
Typische oder atypische Segmentresektionen	V
Engpasssyndrom der oberen Thoraxapertur	V
Thymektomie	V
Thorakozentese	I
Thorakoplastik, erster Eingriff	V
Thorakoplastik, zweiter Eingriff	III
Thoraskopie	II
Explorative Thorakotomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Explorative Tracheo-Bronchoskopie	II
Interventionelle Tracheo-Bronchoskopie	III
Lungentransplantation	VII
GEFÄSSCHIRURGIE	
Abdominale Aortenaneurysmen + Aortendissektion: Resektion und Transplantation	VI
Aneurysmen distaler Arterien der Gliedmaßen	IV
Aneurysmen, Resektion und Transplantation: Viszeralarterien und supraaortische Äste	V
Angioplastie der Viszeralarterien (als ein einziger Eingriff)	V
Aortoiliakaler oder aortofemoraler Bypass	V
Bypass Aorta-Truncus brachiocephalicus, Aorta-Carotis, Carotis-Subclavia	V
Bypass an peripheren Arterien: femorotibial, axillo-femoral, femoropopliteal	V
Embolektomie und/oder Thrombektomie an Arterien, tiefen Venen oder V. cava	V
Dekomprimierende Fasziotomie	IV
Ligatur von kommunizierenden Venen (als ein einziger Eingriff)	I
Ligatur und/oder Naht großer Gefäße: Aorta - V. cava - A. iliaca	II
Ligatur und/oder Naht mittelgroßer Gefäße: femoralis - poplitea - brachialis - mammaria interna - axillaris - glutea - carotis - vertebralis - subclavia - brachiocephalica	IV
Ligatur und/oder Naht kleiner Gefäße: tibialis - lingualis - thyroidea maxillaris - temporalis - facialis - radialis - arcus palmaris/pedis	II
Saphenektomie der Saphena magna e/o parva, vollständig oder partiell, Krampfaderentfernung, Thrombektomie und ggf. Ligatur der kommunizierenden Venen oder hämodynamische Korrektur (CHIVA)	III
Thrombektomie an oberflächlicher Vene (als ein einziger Eingriff)	III
Aortoiliakale Thrombendarteriektomie ggf. mit Gefäßplastik	VI
Thrombendarteriektomie und Bypass und/oder Embolektomie an A. carotis und supraaortischen Gefäßen	VI
Thrombendarteriektomie und Patch und/oder Embolektomie an A. carotis und supraaortischen Gefäßen	VI
Thrombendarteriektomie und Plastik der A. femoralis	V
Thrombendarteriektomie und Transplantation und/oder Embolektomie an A. carotis und supraaortischen Gefäßen	VI
Krampfaderentfernung mit oder ohne Ligatur von kommunizierenden Venen (als ein einziger Eingriff)	II
DERMATOLOGISCHE CHIRURGIE, KRYOTHERAPIE, LASER	
Entfernung gutartiger Haut- oder Schleimhauttumoren mit LASER, ausgenommen Gesicht (in einer einzigen Sitzung)	I
Entfernung gutartiger Gesichtstumoren mit LASER (in einer einzigen Sitzung)	I
Elektrokoagulation oder Kryotherapie für eine oder mehrere Läsionen, Veränderungen, Neubildungen (pro Sitzung)	I
Laserbehandlung von viral bedingten Hautveränderungen	I



(Kondylome usw.) (pro Sitzung)	
Laserbehandlung bösartiger Hauttumoren (vollständige Behandlung)	I
GASTROENTEROLOGIE	
Kapselbiopsie vom Jejunum unter Durchleuchtungskontrolle	I
GYNÄKOLOGIE	
Adhäsioolyse	IV
Nadelbiopsie/Nadelaspiration tiefliegender Körperteile	I
Bilaterale Adnexektomie, konservierende Operation	V
Bilaterale Adnexektomie, resezierende Operation	V
Unilaterale Adnexektomie, konservierende Operation	IV
Unilaterale Adnexektomie, resezierende Operation	IV
Abszesse der Geschlechtsdrüsen oder Zyste der Bartholin-Drüse, Inzision und Drainage	I
Paraurethrale Abszesse, Divertikel oder Zysten, chirurgische Behandlung	III
Beckenabszess, chirurgische Behandlung	II
Biopsie von Portio, Vulva, Vagina, Endometrium	I
Zyste der Bartholin-Drüse, Entfernung	III
Intraligamentäre Eierstockzysten, Entfernung	IV
Vaginalzysten, Entfernung	I
Kolpoperineorrhaphie bei Dammrissen	I
Kolpoperineorrhaphie bei Dammrissen mit Verletzung des Rektums	III
Kolpotomie und Ausräumung von Blut- und Eiteransammlungen	II
Konisation und Emmet-Plastik	III
Denervierung der Vulva	II
Elektrokoagulation von Portio oder Vulva	I
Dehnung des Gebärmutterhalses und Legen einer Kanüle (Methode Petit-Leufour)	I
Exenteration des Beckens	VI
Uterine, vesikovaginale, rektovaginale Fisteln, Operation	V
Harninkontinenz, vaginale oder abdominale Operation	V
Radikale Hysterektomie über laparotomischen oder vaginalen Zugang, mit oder ohne Lymphadenektomie	V
Einfache totale Hysterektomie mit uni-/bilateraler Adnexektomie über laparoskopischen oder vaginalen Zugang, Operation	IV
Hysteropexie	IV
Diagnostische Hysteroskopie und ggf. Biopsie (als eine einzige Untersuchung)	I
Operative Hysteroskopie: Endometriumbiopsie, Operation	III
Operative Hysteroskopie: Fremdkörperentfernung	I
Operative Hysteroskopie: Synechien, Septum, Fibrome, Polypen, Operation	II
Diagnostische Laparoskopie und/oder Chromopertubation, einschließlich etwaiger Biopsie	II
Explorative Laparotomie (als ein einziger Eingriff)	II
Explorative Laparotomie mit selektiver Lymphadenektomie in der lumbal-pelvischen Region und Biopsie	V
Laparotomie bei Verletzungen und Rissen der Gebärmutter	V
Lasertherapie von Vagina, Vulva oder Portio (pro Sitzung)	I
Laparoskopische Lymphadenektomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Metroplastik (als ein einziger Eingriff)	IV
Myomektomie auf laparoskopischem Wege mit plastischer Uterusrekonstruktion	IV

Vaginale Myomektomie	III
Neubildungen der Vulva, Entfernung	I
Einfache Neurektomie	IV
Plastik mit Erweiterung des Introitus (einschließlich Operation wegen Vaginismus)	III
Vordere und hintere Scheidenplastik, Operation	IV
Vordere oder hintere Scheidenplastik, Operation	III
Zervixpolypen, Entfernung	I
Polypen an der äußeren Harnröhrenöffnung	I
Vaginalprolaps oder Kolpopexie, Operation mit abdominalem oder vaginalem Zugang	IV
Schleimhautprolaps der äußeren Harnröhrenöffnung, chirurgische Behandlung	II
Diagnostische und therapeutische Gebärmutterausschabung	II
Bilaterale Ovariectomie aufgrund von Dysfunktion	IV
Unilaterale Ovariectomie aufgrund von Dysfunktion	III
Bilaterale Salpingektomie	IV
Unilaterale Salpingektomie	IV
Salpingoplastik	V
Vaginalseptum, chirurgische Entfernung	II
Emmet-Plastik (als ein einziger Eingriff)	II
Bilaterale, konservierende, chirurgische Behandlung mit laparotomischem Zugang von Endometrioseherden im Bauch-/Becken-/Eierstockraum	V
Laparotomische, konservierende, chirurgische Behandlung bei extrauteriner Schwangerschaft	IV
Unilaterale, konservierende, chirurgische Behandlung mit laparotomischem Zugang von Endometrioseherden im Bauch-/Becken-/Eierstockraum	IV
Bilaterale, resezierende, chirurgische Behandlung mit laparotomischem Zugang von Endometrioseherden im Bauch-/Becken-/Eierstockraum	IV
Laparotomische, resezierende, chirurgische Behandlung bei extrauteriner Schwangerschaft	IV
Unilaterale, resezierende, chirurgische Behandlung mit laparotomischem Zugang von Endometrioseherden im Bauch-/Becken-/Eierstockraum	IV
Bösartige Vaginaltumoren mit Lymphadenektomie, radikale Operation	V
Bösartige Vaginaltumoren ohne Lymphadenektomie, radikale Operation	IV
Endometriumbiopsie (Pipelle-Methode) zu Diagnosezwecken	I
Partielle Vulvektomie	III
Partielle Vulvektomie mit bilateraler, diagnostischer Lymphadenektomie der oberflächlichen Leistenlymphknoten, Operation	IV
Radikale, erweiterte Vulvektomie mit Lymphadenektomie der Leisten- und Beckenlymphknoten, Operation	VI
Einfache Vulvektomie (lokal oder kutan), Operation	IV
Totale Vulvektomie	IV
GEBURTSHILFE	
Medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch	II
Amniozentese	II
Geburtshilfe durch konservierende oder resezierende Kaiserschnittoperation (und/oder Geburtshilfe bei Dystokie mit oder ohne Episiotomie) (einschließlich normaler Wochenbettpflege im KH)	IV
Chorionzottenbiopsie	II
Zervixcerclage	II
Kolpoperineoplastik bei Dehiszenz der Naht, Operation	I
Chordozentese	II



Fetoskopie	II
Zervixriss, Naht	I
Explorative Laparotomie	II
Explorative Laparotomie, mit resezierender Operation	V
Brustentzündung im Wochenbett, chirurgische Behandlung	I
Revision der Geburtswege, Operation	II
Revision der Gebärmutterhöhle während oder nach indizierten Schwangerschaftsabbruch, im Wochenbett, Operation	II
Manuelle Reposition bei Uterusinversion in Laparotomie, Operation	IV

NEUROCHIRURGIE

Anastomose intra-/extrakranieller Gefäße	VI
Intrakranieller Abszess oder Bluterguss, Operation	VI
Ligatur der intrakraniellen A. carotis	V
Atlanto-okzipital-Gelenk, Operation wegen Fehlbildungen	VI
Chordotomie, Rhizotomie und verschiedene Myelo- und Radikulopathien, Operation	VI
Intrakranieller Fremdkörper, Entfernung	VI
Kranioplastik	VI
Kraniotomie zur Dekompression/Exploration	V
Kraniotomie bei traumatischen intrazerebralen Läsionen oder Epiduralhämatom	VI
Kraniotomie bei Tumoren des Kleinhirns, auch der Schädelbasis	VII
Direkte und indirekte Liquorablenkung, Operation	VI
Fokale Epilepsie, Operation	VI
Bandscheibenhernie an Brust- oder Lendenwirbelsäule	IV
Bandscheibenhernie an Brustwirbelsäule, transthorakal	V
Bandscheibenhernie Halswirbelsäule, Myelopathie, Radikulopathie	IV
Bandscheibenhernie, vorderer Zugang mit Spondylodese	V
Liquorfistel	VI
Arteriovenöse Fisteln, chirurgische Therapie mit Ligatur des extrakraniellen, zuführenden Gefäßes	V
Arteriovenöse Fisteln, chirurgische Therapie mit Ligatur des intrakraniellen, zuführenden Gefäßes	VI
Arteriovenöse Fisteln, chirurgische Therapie durch Direktansatz	VI
Lumbale Ganglionektomie oder Splanchniektomie	V
Hypophyse, transsphenoidale Operation	VI
Laminektomie zur Exploration, Dekompression und für extradurale Operationen	V
Laminektomie bei intraduralen, extramedullären Tumoren	VI
Laminektomie bei intramedullären Tumoren	VI
Intrakranielle Neoplasien oder Aneurysmen, Entfernung	VII
Spinale Neoplasien, Entfernung	V
Neoplasien, Chordotomie, Radikulotomie, Erkrankungen von Hirnhäuten und Rückenmark, spinale Operation	VI
Neurolyse (als ein einziger Eingriff)	III
Primäre Neurorrhaphie (als ein einziger Eingriff)	III
Retro-ganglionäre partielle Neurotomie des Nervus trigeminus, intrakranielle Resektion anderer Nerven (als ein einziger Eingriff)	VI
Einfache Neurotomie (als ein einziger Eingriff)	III
Schädeldachplastik	VI
Plexus brachialis, Operation	V
Subokzipitalpunktion zur Liquorentnahme oder zur Verabreichung von Medikamenten oder Kontrastmittel	I
Lumbalpunktion bei jeder Art von Indikation	I
Rhizotomie und Mikrovaskuläre Dekompression von	VI

intrakraniellen Nerven	
Splitterentfernung und Kraniektomie bei Schädeldachfraktur (einschließlich etwaiger Plastik)	VI
Zervikaler Sympathikus: Denervation des Karotissinus, Operation	IV
Zervikaler Sympathikus: Ganglionektomie, Operation	IV
Zervikaler Sympathikus: Stellektomie, Operation	IV
Thorakale Sympathektomie (Ganglionektomie), Operation	IV
Thorakale Sympathektomie und damit verbundene Splanchniektomie	V
Lumbale Sympathektomie (Ganglionektomie), Operation	IV
Lumbale Sympathektomie: Resektion hypogastrischer Nerv, Operation	IV
Lumbale Sympathektomie: periarterielle Sympathektomie, Operation	III
Lumbale Sympathektomie: postganglionäre Sympathektomie, Operation	IV
Lumbale Sympathektomie: Beckenabschnitt des Sympathikus, Operation	IV
Lumbale Sympathektomie: Splanchniektomie, Operation	IV
Lumbale Wirbelkanalstenose	V
Stereotaktische Hirnoperationen	V
Risse und Blockaden von peripheren Ästen des Trigeminus und anderer kranialer Nerven	III
Thalamotomie, Pallidotomie und ähnliche Operationen	VII
Radiofrequenz-Rhizotomie des Trigeminus oder anderer kranialer Nerven	IV
Schädelbohrung für Punktion und Ventrikeldrainage	III
Transplantationen, Implantationen und andere plastische Operationen (als ein einziger Eingriff)	IV
Wirbelsäulen- und Rückenmarkstraumata, Operation mit anteriorem oder posteriorem Zugang	VI
Orbitatumoren, Entfernung über intrakraniellen Zugang	VII
Tumoren der peripheren Nerven, Entfernung	V
Tumoren der Schädelbasis, Operation auf transoralem Wege	VII
Orbitatumoren, Operation	VI

OPERATIONEN AM AUGAPFEL

Ferromagnetischer Fremdkörper im Augapfel, Entfernung	III
Nicht magnetischer Fremdkörper im Augapfel, Entfernung	V
Enukleation mit Implantation mobiler Prothese	IV
Enukleation oder Exenteration	III
Eviszeration mit Intraokularimplantat	IV

BINDEHAUTCHIRURGIE

Fremdkörper, Entfernung	I
Neoplasien der Bindehaut, Entfernung mit Implantat	II
Neoplasien der Bindehaut, Entfernung mit Plastik zur Erhaltung der Gleitfähigkeit	II
Kleine Zysten, Vernähen mit Amnionmembrantransplantation	I
Bindehautplastik für Implantat oder Erhalt der Gleitfähigkeit	II
Pinguecula oder Pterygium	I
Vernähen von Bindehautverletzung	I

HORNHAUTCHIRURGIE

Refraktive Chirurgie	III
Perforierende Keratoplastik	IV
Lamelläre Keratoplastik	III
Refraktive Keratoplastik (unter Ausschluss ästhetischer Zwecke)	II
Fremdkörper in der Hornhaut (Entfernung)	I
Fremdkörper, Entfernung aus der Vorderkammer	III
Epikeratoplastik	IV



Lamelle aus Biomaterial, Einbringen aus therapeutischen Zwecken	I
Osteo-Odonto-Keratoprothese (komplette Behandlung)	IV
Parazentese der Vorderkammer	I
Hornhautnaht (als ein einziger Eingriff)	I
Perforierende Hornhauttransplantation	VI
Lamellare Hornhauttransplantation	V

LINSENCHIRURGIE

Absaugung der getrübten Linse (als ein einziger Eingriff)	III
Katarakt (senil, traumatisch, pathologisch, kompliziert), Extraktion	III
Kongenitale oder traumatische Katarakt, Entfernung	II
Weiche Katarakt, Operation	III
Sekundäre Katarakt, Entfernung	I
Katarakt, Entfernung und Implantation von Kunstlinse in vorderer oder hinterer Augenkammer	III
Kunstlinse, sekundäre Implantation in Vorderkammer	II

Kunstlinse, sekundäre Implantation in hinterer Augenkammer	III
Kunstlinse, Entfernung aus vorderer Augenkammer (als ein einziger Eingriff)	II
Kunstlinse, Entfernung aus hinterer Augenkammer (als ein einziger Eingriff)	III
Linsenluxation-komplizierte Katarakt, Extraktion	III
Linse, Extraktion bei starker Kurzsichtigkeit (Fukala-Operation)	III
Fukala-Operation und Implantation von Kunstlinse in vorderer oder hinterer Augenkammer	III

IRISCHIRURGIE

Regenbogenhautzyste, Entfernung und Plastik	II
Iridektomie	II
Iridodialyse, Operation	II
Iridoplastik	II
Iridotomie	II
Irisprolaps, Reposition	II
Synechiotomie	II
Vernähen der Iris	II

AUGENMUSKELCHIRURGIE

Äußerer oder innerer gerader Augenmuskel, Vorverlagerung	II
Oberer oder unterer, gerader oder schräger Augenmuskel, Vorverlagerung	III
Ptosis des Augenlids, Operation (ausgeschlossen ästhetische Zwecke)	III
Lähmungsschielen, Operation	III

GLAUKOMCHIRURGIE

Retrobulbäre Alkoholinjektion am Ziliarnerv, Operation	I
Zyklodialyse	III
Perforierende Zyklodiathermie	II
Goniotomie	III
Iridocycloretraktion, Operation	IV
Mikrochirurgie am Kammerwinkel	IV
Fistel-Operation	IV
Trabekulektomie	IV
Trabekulektomie + Kataraktentfernung - kombinierter Eingriff	IV
Trabekulektomie + Kataraktentfernung + Kunstlinsen-Implantation - kombinierter Eingriff	V
Trabekulotomie	III

AUGENHÖLENCHIRURGIE

Orbitabiopsie	II
Augenhöhlenplastik	III

Tiefe Zysten oder Neoplasien an der Augenhöhlenkontur, Entfernung	III
Fremdkörper in der Augenhöhle, Entfernung	II
Exenteration der Augenhöhle	IV
Orbitale Injektion	I
Operation nach Krönlein oder Orbitotomie	VI
Augenhöhle, Operation zur Dekompression mit Zugang von unten	III

LIDCHIRURGIE

Abszess am Augenlid, Inzision	I
Blepharochalasis, Trauma oder Verletzungen, Blepharoplastik-Operation: ein Lid	II
Chalazion	II
Kanthoplastik	II
Ektropium-Entropium	II
Epikanthus-Kolobom	II
Hernie der Augenlider, Korrektur durch Reduktion überschüssiger Haut: ein Lid (ästhetische Zwecke ausgeschlossen)	I
Hernie der Augenlider, Korrektur (ästhetische Zwecke ausgeschlossen)	I
Kleine Tumoren oder Zysten, Entfernung	I
Eröffnen von Ankyloblepharon	I
Vernähen von Lidhaut (als ein einziger Eingriff)	I
Vernähen von alle Hautschichten durchtrennenden Verletzungen (als ein einziger Eingriff)	I
Tarsorrhaphie (als ein einziger Eingriff)	I
Tumoren, Entfernung mit Implantationsplastik	III
Tumoren, Entfernung mit Plastik zum Erhalten der Gleitfähigkeit	II

NETZHAUTCHIRURGIE

Entfernung, Cerclage, Entfernung von Materialien, die bei der Netzhautablösung verwendet worden sind	II
Elektrokoagulation der Netzhaut wegen Ablösung	III
Netzhaut, Operation wegen Ablösung, einschließlich aller Phasen	IV
Vordere und hintere Vitrektomie	V

LEDERHAUTCHIRURGIE

Sklerotomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Vernähen der Lederhaut	II

AUGENBRAUENCHIRURGIE

Zysten oder Fremdkörper, Entfernung	I
Anheben der Augenbraue, Operation	II
Plastik für Implantat oder Erhalt der Gleitfähigkeit	II
Vernähen von Verletzungen	I

OPHTHALMISCHE LASERBEHANDLUNGEN

Laserchirurgie der Hornhaut für therapeutische oder optische Zwecke (ästhetische Zwecke ausgeschlossen)	II
Lasertherapie von Anhangsgebilden, Bindehaut, Gefäßneubildungen der Hornhaut	I
Lasertherapie von Glaukom und dessen Komplikationen	I
Lasertherapie von Gefäßerkrankungen und/oder Fehlbildungen der Netzhaut (pro Sitzung)	I
Lasertherapie der Regenbogenhaut	I
Lasertherapie bei Netzhautläsionen	I
Lasertherapie der diabetischen Retinopathie (pro Sitzung)	I
Laserbehandlung bei sekundärer Katarakt	I

TRÄNENDRÜSENCHIRURGIE

Verschluss des Tränenpunkts (einschließlich etwaiger Prothese)	I
Dakryozystorhinostomie	III
Fistel, Entfernung	I
Phlegmone, Inzision (als ein einziger Eingriff)	I

Implantation von Silikonröhrchen in Tränenkanalstenose	I
Tränensack oder Tränendrüse, Entfernung	II
Tränensack, Inzision (als ein einziger Eingriff)	I
Strikturotomie (als ein einziger Eingriff)	I
Tränenwege, Rekonstruktion	III
ORTHOPÄDIE - OPERATIONEN	
Vordere Akromioplastik	IV
Nadelaspiration am Knochen	I
Hallux valgus, Korrektur	III
Verlängerung der oberen und/oder unteren Gliedmaßen (pro Segment, vollständige Behandlung)	V
Amputation großer Segmente (vollständige Behandlung)	IV
Amputation mittlerer Segmente (vollständige Behandlung)	III
Amputation kleiner Segmente (vollständige Behandlung)	II
Spondylodese mit vorderem und/oder hinterem Zugang	VI
Arthrodes: große Gelenke	IV
Arthrodes: mittlere Gelenke	II
Arthrodes: kleine Gelenke	II
Arthrolyse: große Gelenke	III
Arthrolyse: mittlere Gelenke	II
Arthrolyse: kleine Gelenke	II
Arthroplastik mit Biomaterialien: große Gelenke	V
Arthroplastik mit Biomaterialien: mittlere Gelenke	III
Arthroplastik mit Biomaterialien: kleine Gelenke	II
Gelenkprothese Handgelenk	V
Gelenkprothese Schulter, partiell	VI
Gelenkprothese Schulter, vollständig	VI
Gelenkprothese Hüfte partiell (vollständige Behandlung)	VI
Gelenkprothese Hüfte vollständig (vollständige Behandlung)	VI
Gelenkprothese Knie	VI
Gelenkprothese Ellbogen, Sprunggelenk	VI
Diagnostische Arthroskopie (als ein einziger Eingriff)	II
Kalter Abszess: Drainage	I
Gelenk- oder Knochenbiopsie	I
Transpedikuläre Biopsie der Wirbelkörper	III
Offene Wirbelbiopsie	II
Bursektomie	II
Arthrorise mit Calcaneus-Stoppschraube	III
Chemonukleolyse bei Bandscheibenhernie	IV
Meniskuszyste, Entfernung	III
Chondrektomie	I
Bewegliche Fremdkörper in Gelenken (als ein einziger Eingriff), Entfernung	III
Halsrippe und „Halsrippensyndrom“, Operation	V
Kinematisch günstige Konstruktion des Amputationsstumpfs	IV
Exartikulation zwischen Schulterblatt und Thorax	VI
Exartikulation, große Gelenke	VI
Exartikulation, mittlere Gelenke	V
Exartikulation, kleine Gelenke	III
Operation nach Elmslie-Trillat	III
Hemipelvektomie	VI
„Interne“ Hemipelvektomie mit Rettung der Gliedmaße	VI
Epiphyseodese	IV
Bandscheibenhernie an Brust- oder Lendenwirbelsäule	IV
Bandscheibenhernie an Brustwirbelsäule, transthorakal	V
Bandscheibenhernie Halswirbelsäule, Myelopathie, Radikulopathie	IV
Bandscheibenhernie, vorderer Zugang mit Spondylodese	V
Einfache Exostose, Entfernung	II

Offene Fraktur, chirurgische Reinigung	II
Lateral Release-Operation	I
Gelenkbänder Fußrücken (jede Technik), Rekonstruktion	IV
Gelenkbänder Knie (auch in Arthroskopie), Rekonstruktion	IV
Gelenkbänder Knie mit Meniskektomie (auch in Arthroskopie)	IV
Rezidivierende Luxation (Schulter, Knie), Plastik	IV
Meniskektomie (in Arthroskopie) (vollständige Behandlung)	III
Meniskektomie (in Arthroskopie) + Entfernung von beweglichen Teilen (vollständige Behandlung)	IV
Meniskektomie (in Arthroskopie) + Entfernung von beweglichen Teilen + Knorpelglättung (vollständige Behandlung)	IV
Meniskektomie (traditionelle Technik) (vollständige Behandlung)	III
Knochenmark, Explantation	II
Neurinome, chirurgische Behandlung	III
Nukleolyse und/oder Absaugung im Lendenbereich	IV
Osteitis und Osteomyelitis (vollständige Behandlung), Operation	IV
Osteosynthese an Wirbeln	VI
Osteosynthese: große Segmente	V
Osteosynthese: mittlere Segmente	IV
Osteosynthese: kleine Segmente	III
Einfache oder komplexe Osteotomie (Becken, Wirbel usw.)	III
Pridie-Bohrung	I
Entnahme von Knochentransplantat und Implantation	III
Pseudoarthrose großer Segmente oder angeborene P. des Schienbeins (vollständige Behandlung)	V
Pseudoarthrose mittlerer Segmente (vollständige Behandlung)	IV
Pseudoarthrose kleiner Segmente (vollständige Behandlung)	III
Punktion von Schienbein oder Becken	I
Distale Speiche, Resektion mit Knochentransplantation vom Wadenbein für die Speiche	V
Replantation einer Gliedmaße oder eines Segments	VII
Gelenkresektion	IV
Kreuzbeinresektion	V
Begradigung Mittelfußknochen	IV
Offene Versorgung und Fixierung einer traumatischen Wirbelsäulenluxation	VI
Offene Versorgung und Fixierung einer traumatischen Luxation großer Gelenke	IV
Offene Versorgung und Fixierung einer traumatischen Luxation mittlerer und kleiner Gelenke	II
Entfernung von Fixierungsmitteln	III
Ruptur Rotatorenmanschette der Schulter, Reparatur	IV
Skapulopexie	IV
Skoliose, Operation	VI
Synovektomie an großen und mittleren Gelenken (als ein einziger Eingriff)	VI
Synovektomie an kleinen Gelenken (als ein einziger Eingriff)	II
Tikhoff-Linberg-Schulterresektion	VI
Lumbale Wirbelkanalstenose	V
Ausräumen metastatischer Herde und Armierung mit Osteosynthese + Knochenzement	V
Hüftpfanne, Rekonstruktion	V
Chirurgisches Débridement und kleine Nähte	I



Versetzung der Muskeln der Rotatorenmanschette der Schulter	IV
Knochentumoren und pseudotumorale Formen, große Segmente oder Gelenke, Entfernung	V
Knochentumoren und pseudotumorale Formen, mittlere Segmente oder Gelenke, Entfernung	IV
Knochentumoren und pseudotumorale Formen, kleine Segmente oder Gelenke, Entfernung	II
Knochentumoren und pseudotumorale Formen, Wirbel, Entfernung	VI
Uncoforaminotomie oder Vertebrotonomie (vollständige Behandlung)	VI
Vollmann-Kontraktur (ischämische Kontraktur), Operation	V

ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE AN SEHNEN, MUSKELN, FASZIEN

Muskelbiopsie	I
Knopflochdeformität	IV
Hammerfinger	II
Sehnenganglion (Zyste) ggf. iatrogen, Entfernung	II
Tenolyse (als ein einziger Eingriff)	II
Tenoplastik, Myoplastik, Muskelnahrt	III
Komplexe Sehnnahrt	III
Einfache Sehnnahrt	II
Tenotomie, Myotomie, Aponeurotomie (als ein einziger Eingriff)	III
Sehnen-, Muskel- oder Nerventransplantationen (vollständige Behandlung)	IV

HNO-CHIRURGIE: RACHEN - MUNDHÖHLE - MUND-RACHEN UND SPEICHELDRÜSEN

Im Bereich der Mandeln, im hinteren oder seitlichen Rachenbereich angesiedelte Abszesse, Inzision	I
Leukoplakie, Entfernung	I
Parapharyngeale Neoplasien	V
Tonsillektomie	III
Gutartiger Tumor im Mandel- oder Rachenbereich, Entfernung	II
Bösartiger Tumor im Mandel- oder Rachenbereich, Entfernung	IV
Uvulektomie	I
Velopharyngoplastik	IV

HNO-CHIRURGIE: NASE UND NASENNEBENHÖHLEN

Adenoidektomie	II
Adenotonsillektomie	III
Sondierung Stirnhöhle	I
Zysten oder kleine gutartige Tumoren der Nasenhöhlen, Entfernung	I
Choanalatresie mit knöchernem Verschluss, Entfernung auf transpalatinalen Weg	III
Hämatom, Abszess des Septums, Drainage	I
Siebbein, radikale bilaterale Ausräumung	IV
Siebbein, radikale unilaterale Ausräumung	III
Mund-Antrum-Verbindungen	I
Nasenbeinfraktur, Reposition	I
Ozaena, chirurgische Behandlung	II
Nasen- oder Choanalpolypen, einfache Entfernung	I
Rhinophym, Operation	II
Rhinoseptumplastik mit freien Knochenimplantaten	V
Rekonstruktive oder funktionelle Rhinoseptumplastik (ästhetische Zwecke ausgeschlossen), einschließlich Turbinektomie	III
Rhinoseptumplastik, Revision	II
Nasennebenhöhlen, Operation wegen Mukozele	IV
Nasennebenhöhlen, radikale, uni- oder bilaterale	V

Operation	
Stirnhöhle, Ausräumung auf nasalem oder externem Weg	II
Kieferhöhle, radikale bilaterale Ausräumung	III
Kieferhöhle, radikale unilaterale Ausräumung	II
Keilbeinhöhle, Eröffnung auf transnasalem Weg	V
Konservierende, neurovaskuläre Dekompression durch Schnitt von Septum, Sieb- und Keilbein, mit funktioneller Turbinotomie	V
Radikale, unilateral erweiterte, neurovaskuläre Dekompression ersten oder zweiten Grades mit Septumkorrektur, Ethmoidektomie und Sphenoidektomie (Novak/Bonaccorsi)	V
Radikale, unilateral erweiterte, neurovaskuläre Dekompression dritten Grades mit Septumkorrektur, Ethmoidektomie und Sphenoidektomie (Novak/Bonaccorsi)	V
Synechien der Nase, Durchtrennung	I
Sporen oder Grate der Nasensecheidewand, Entfernung	I
Gutartige Tumoren der Nasennebenhöhlen, Entfernung	III
Bösartige Tumoren der Nase und Nasennebenhöhlen, Entfernung	VI
Untere Nasenmuschel, funktionelle Ausräumung (als ein einziger Eingriff)	I
Nasenmuschel, Verödung (als ein einziger Eingriff)	I
Turbinotomie (als ein einziger Eingriff)	II
Krampfader der Nasensecheidewand, Behandlung	I

HNO-CHIRURGIE: OHR

Attikoantrotomie mit Labyrinthektomie	VI
Hirnbrunnenzysten, Eröffnung auf transmastoidalem Weg	VI
Gehörgangsabszess, Inzision	I
Extraduraler Abszess, Eröffnung auf transmastoidalem Weg	VI
Fremdkörper, chirurgische Entfernung auf retroaurikulärem Weg	I
Paukendrainage	I
Hämatom der Ohrmuschel, Inzision	I
Angeborene Fisteln, Entfernung	II
Mastoidektomie	IV
Radikale Mastoidektomie	V
Myringoplastik auf endauralem Weg	III
Myringoplastik auf retroaurikulärem Weg	IV
Myringotomie (als ein einziger Eingriff)	I
Neoplasie der Ohrmuschel, Exzision	II
Neoplasie des Gehörgangs, Exzision	II
Gleichgewichtsnerv, Resektion	VI
Neurom des achten Nervenpaars, Entfernung	VI
Osteome des Gehörgangs, Entfernung	II
Petrosektomie	VI
Eitrige Felsenbeinentzündung, Behandlung	V
Polypen oder Zysten an oder hinter der Ohrmuschel, Entfernung	I
Revision von radikaler Mastoidektomie, Operation	V
Endolymphsack, Chirurgie	V
Stapedektomie	V
Stapedotomie	V
Tympanoplastik mit oder ohne Mastoidektomie	V
Tympanoplastik zweiter Eingriff	III
Explorative Tympanoplastik	II
Mittelohrtumoren, Entfernung	V

HNO-CHIRURGIE: LARYNX UND HYPOPHARYNX

Adduktoren, Operation wegen Lähmung	V
Abszess an Epiglottis, Inzision	I
Biopsie per Laryngoskopie	I
Biopsie per Mikrolaryngoskopie	I

Endolaryngeale Verödung	I
Stimmbänder, Dekortikation in Mikrolaryngoskopie	III
Chordektomie (auch mit Laser)	V
Fremdkörper, Entfernung per Laryngoskopie	I
Partielle Larynxatresie, Resektion mit plastischer Rekonstruktion	IV
Partielle Laryngektomie	V
Partielle Laryngektomie mit unilateraler Ausräumung der Halslymphknoten	VI
Totale Laryngektomie mit uni- oder bilateraler Ausräumung der Halslymphknoten	VI
Totale Laryngektomie ohne Ausräumung der Halslymphknoten	V
Laryngozele	IV
Vollständige Laryngopharyngektomie	VI
Gutartige Neubildungen, Entfernung per Laryngoskopie	II
Gutartige Neubildungen, Entfernung per Mikrolaryngoskopie	II
Gutartige Neubildungen, organische und funktionelle Stenosen, Behebung per Kehlkopf-Mikrochirurgie mit CO ₂ -Laser	II
Oberer Kehlkopfnerv, Verödung mit Alkohol	II
Kehlkopfpapillom	II
Perichondritis und Parapharyngealabszess	II
UROLOGIE: DIAGNOSTISCHE ENDOSKOPIE	
Brush-Zytologie in Zystoskopie (als ein einziger Eingriff)	II
Zystoskopie ggf. mit Biopsie	II
Chromozystoskopie und uni- oder bilateraler Ureterkatheter	I
Chromozystoskopie und funktionelle Beurteilung	I
Ureteroskopie (allumfassend)	I
Einfache Urethrozystoskopie (als ein einziger Diagnosevorgang)	I
UROLOGIE: OPERATIVE ENDOSKOPIE	
Harnleitersteine, Extraktion mittels spezieller Sonde	III
Blasenhals oder Prostata, endoskopische Resektion	IV
Blasenhals, Resektion aufgrund von Sklerose, Rezidiv	II
Fremdkörper in der Blase, Extraktion per Zystoskopie	II
Elektrokoagulation kleiner Blasentumoren (pro Sitzung)	I
Harninkontinenz, Operation (Teflonpaste)	IV
Lithotripsie im Harnleiter Ultraschall, Laser usw.	IV
Lithotripsie, endoskopische Litholapaxie der Blase	III
Meatotomie der Harnröhre (als ein einziger Eingriff)	I
Meatotomie der Harnröhre (als ein einziger Eingriff)	I
Perkutane bilaterale Nephrostomie	III
Perkutane unilaterale Nephrotomie	II
Neubildungen am Harnleiter, endoskopische Resektion	III
Neoplasie der Blase, endoskopische Resektion	IV
Prostata, endoskopische Resektion + Vaporisation (TURP, TUVF)	IV
Vesikourethraler Reflux, endoskopische Operation (Teflon-Injektion)	III
Bilateraler Harnleiter-Stent (als ein Eingriff)	II
Unilateraler Harnleiter-Stent (als ein Eingriff)	I
Ureterozele, endoskopische Operation	III
Endoskopische Ureterotomie	II
Harnröhrenklappen, endoskopische Resektion (als ein einziger Eingriff)	II
Stent bei Ureterstenosen, einschließlich Nephrostomie	V
Stent bei Harnröhrenstenosen auf endoskopischem Wege (Urolume)	II
UROLOGIE: KLEINE OPERATIONEN UND UROLOGISCHE DIAGNOSTIK	
Wechsel Zystostomiekatheter	I

Wechsel Pyelostomiekatheter	I
UROLOGIE: PROSTATA	
Nadelaspiration/Nadelbiopsie der Prostata	I
Radikale Prostatektomie wegen Karzinom mit Lymphadenektomie (jede Art von Zugang und Technik)	VI
Subkapsuläre Prostatektomie bei Adenom	IV
UROLOGIE: NIEREN	
Perkutane Nierenbiopsie	I
Chirurgische Nierenbiopsie (als ein einziger Eingriff)	III
Nierenzyste, perkutane Punktion	I
Nierenzyste, perkutane Punktion zur Entleerung mit Injektion von Verödungsmittel	I
Nierenzyste, Resektion	III
Heminephrektomie	V
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei beidseitigen Nierensteinen (vollständige Behandlung)	V
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei einseitigen Nierensteinen (vollständige Behandlung)	IV
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei beidseitigen Nieren- und Harnleitersteinen (vollständige Behandlung)	V
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei einseitigen Nieren- und Harnleitersteinen (vollständige Behandlung)	IV
Lumbalschnitt bei paranephritischem Abszess	IV
Erweiterte Nephrektomie bei Tumor (einschließlich Adrenalektomie)	VI
Nierenpolresektion	V
Einfache Nephrektomie	V
Nephropexie	IV
Nephrostomie oder Pyelostomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Radikale Nephroureterektomie mit Lymphadenektomie sowie ggf. Adrenalektomie, Operation	VI
Radikale Nephroureterektomie mit Behandlung wegen Vena-Cava-Thrombus (einschließlich Adrenalektomie)	VI
Pyelokalikolithotomie (als ein einziger Eingriff)	IV
Nierenbeckenpunktion (als ein einziger Eingriff)	I
Komplexe Pyelonephrolithotomie (Nephrotomie und/oder Sektionsschnitt), Operation	V
Ureteropyeloplastik bei Harnleiterabgangsenge	V
Adrenalektomie (komplette Behandlung)	VI
Nierentransplantation	VII
UROLOGIE: HARNLEITER	
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei beidseitigen Harnleitersteinen (vollständige Behandlung)	V
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie bei einseitigen Harnleitersteinen (vollständige Behandlung)	IV
Transureteroureterostomie	IV
Anastomosierung des Harnleiters mit dem Krummdarm, uni- oder bilateral	V
Bilaterale Ureterozystoneostomie	V
Unilaterale Ureterozystoneostomie	III
Bilaterale Ureterokutaneostomie	V
Unilaterale Ureterokutaneostomie	IV
Enteroplastik des Harnleiters durch kontinente Harnableitung mit Mainz-Pouch (ein- oder zweiseitig), Kutaneostomie	VI
Kutane Harnableitung mit Darminterponat (nicht kontinentes Stoma)	V
Ureterolyse und Omentumplastik	III
Ureterolithotomie über Lumbal- oder Iliakalschnitt	IV
Ureterolithotomie, Zugang vom Becken	V
Ein- oder beidseitige Ureterosigmoidostomie	V
Steine oder Fremdkörper in Harnröhre, Entfernung	I
Harnröhrenkarunkel	I
Paraurethrale Zysten, Divertikel oder Abszesse, Operation	II



Elektrokoagulation von Harnröhrenkondylomen mit Glättung der Harnröhre	III
Harnröhrenfisteln	V
Harninkontinenz, Anlegen von künstlichem Sphinkter	IV
Meatotomie und Meatotoplastik	II
Polypen am Harnröhrenausgang, Koagulation	I
Prolaps Harnröhrenmuskel	II
Resektion und Nähen der Harnröhre vorderer Penisteil	IV
Resektion und Nähen der Harnröhre hinterer Beckenbodenteil	V
Traumatische Harnröhrenruptur	IV
Totale Urethrektomie	IV
Urethroplastik (in einem Eingriff), Operation	IV
Urethroplastik (freie oder gestielte Lappen), vollständige Behandlung	V
Perineale Urethrostomie	III

UROLOGIE: BLASE

Abszess im Retzius-Raum vor der Harnblase	III
Partielle Zystektomie mit Ureterozystoneostomie	V
Einfache partielle Zystektomie	IV
Totale Zystektomie einschließlich Lymphadenektomie und Prostatovesikulektomie oder radikaler Hysterektomie mit Adnexektomie, mit Ileum-Conduit oder Colonpouch	VI
Totale Zystektomie einschließlich Lymphadenektomie und Prostatovesikulektomie oder Hysterektomie mit Adnexektomie, mit Ersatzblase aus Darmabschnitt (Neoblase)	VI
Totale Zystektomie einschließlich Lymphadenektomie und Prostatovesikulektomie oder Hysterektomie mit Adnexektomie, mit bilateraler Ureterosigmoidostomie oder Ureterokutaneostomie	VI
Zystolithotomie (als ein einziger Eingriff)	II
Zystopexie	III
Nähen der Blase bei traumatischer Ruptur	III
Suprapubische Zystostomie	II
Blasenhals, Y/V-Plastik (als ein einziger Eingriff)	V
Divertikulektomie	IV
Blasenektrophie (vollständige Behandlung)	VI
Urachusfistel und/oder Urachuszyste, Operation	IV
Suprapubische Fistel, Operation (als ein einziger Eingriff)	III
Blasen-Darmfistel mit Darmresektion und/oder Zystoplastik, Operation	VI
Vesikovaginale oder vesikorektale Fistel, Operation	V
Harnblase, Erweiterungsplastik (Colon/Ileum)	V
Harnblasenplastik zur Verhinderung von Reflux	V

UROLOGIE: MÄNNLICHE GENITALIEN

Implantation von Hodenprothese (als ein einziger Eingriff)	I
Ein- oder beidseitige Hodenbiopsie	I
Hoden- oder Nebenhodenzysten, Exzision	II
Samenleiter, Ligatur (bei chronischen Erkrankungen)	II
Samenleiter, Refertilisierung	IV
Totale Emaskulation ggf. mit Lymphadenektomie	V
Epididymektomie	III
Phimose, Frenuloplastik, Zirkumzision	II
Hoden- oder Leistenfisteln	III
Frenulotomie und Frenuloplastik	I
Hodentorsion, Operation	III
Hydrozele, Operation	II
Hydrozele, Punktion	I
Peyronie-Krankheit (Induratio penis plastica), Operationen	IV
Schwellkörper (Schwellkörperplastik usw.), Operationen	IV
Ein- oder beidseitige Orchidopexie	III
Erweiterte Orchidektomie mit abdominaler	V

Lymphadenektomie	
Bilaterale, subkapsuläre Orchidektomie	III
Bilaterale Orchidektomie mit Epididymektomie, ggf. mit Prothese	IV
Unilaterale Orchidektomie mit Epididymektomie, ggf. mit Prothese	III
Paraphimose, Operation	II
Penis, partielle Amputation	III
Penis, vollständige Amputation mit Lymphadenektomie	V
Penis, vollständige Amputation	IV
Positionierung von Penisprothese	V
Priapismus, Operation (perkutan)	II
Priapismus, Operation (Shunt)	III
Hodensack, Resektion	II
Hodentraumata, Operation zur Behebung	II
Hodentumoren ggf. mit Lymphadenektomie, Operation	V
Varikozele, Operation (auch mit mikrochirurgischer Technik)	III

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Information gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (EU) 679/2016

Die Versicherungsgesellschaften **Net Insurance S.p.A.** und **Net Insurance Life S.p.A.** (nachstehend auch der „Versicherer“) mit Sitzungssitz 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 Sitzungssitz 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,

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs

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

5) Empfänger der Daten

- a. Die personenbezogenen Daten können für die Zwecke laut Punkt 3 an andere Stellen der Versicherungskette weitergeleitet werden, z.B. an Mitversicherer, Rückversicherer, Archivierungsunternehmen, mit der Schadensabwicklung beauftragte Gesellschaften, Gutachter, Treuhänder und Rechtsbeistände, Kontrollorgane (Versicherungsaufsicht IVASS, Staatlich beauftragter Versicherungsdienstleister CONSAP, Finanzinspektionsstelle UIF, Banca d'Italia), Gerichtsbehörden und andere Datenbanken, an welche die personenbezogenen Daten obligatorisch gemäß Gesetz oder für die Zwecke des Abschlusses/der Ausführung des Versicherungsvertrags mitzuteilen sind.
- b. Ferner können die personenbezogenen Daten ausschließlich für die Zwecke gemäß Punkt 3 an Gesellschaften des Konzerns (Dachgesellschaften, kontrollierte und verbundene Gesellschaften) gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen mitgeteilt werden.
- c. Die personenbezogenen Daten können, wo erforderlich, anderen Stellen der sogenannten

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs

„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 oder am Sitz der Gesellschaften angefordert werden.

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

6) Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

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

- bezüglich Versicherungsverträgen über weitere fünf Jahre nach dem Datum, zu dem der Vertrag seine Wirkung beendet hat, und über weitere fünf Jahre ab dem 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:

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs

NET INSURANCE S.p.A.

Datenschutzbeauftragter

Via Giuseppe Antonio Guattani 4,

00161 Rom

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

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

- a. Einschreiben mit Rückschein an den Datenschutzgaranten, Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia 11 -00187Rom

zertifizierte E-Mail-Nachricht an die Adresse protocollo@pec.gpdp.it.



FORMULAR VERSICHERUNGSANTRAG



ANTRAG PROTECTION BUSINESS Nr. _____		
Die Deckungen werden erst mit Ausstellung der Versicherungspolice und Zahlung der diesbezüglichen Prämie wirksam.		
Vermittler _____	Filialnummer _____	Prod.code. _____

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSNEHMER

Nach- und Vorname/Firma	_____		
Steuernummer/UST-IdNr.	_____		
Anschrift Wohnort/Firmensitz	_____	Hausnummer	_____
Stadt und Provinz	_____ ()	PLZ	_____
E-Mail-Adresse	_____ Telefon _____		
Sektor/Tätigkeit	_____		
Gesamtzahl Personal/Betten	_____	Seit weniger als einem Jahr eröffnetes Gewerbe?	_____
Herkunft des Risikos von anderer Versicherungsgesellschaft JA ☐ NEIN ☐			
Immobilienkredit vorhanden	JA ☐ NEIN ☐	Kerndaten des Immobilienkredits _____	

ANGABEN DES GESETZLICHEN VERTRETERS

Nach- und Vorname	_____		
Geboren in	_____	den.	_____
Steuernummer	_____		
Wohnhaft in (Straße, Platz usw.)	_____	Hausnummer	_____
Stadt und Provinz	_____ ()	PLZ	_____
E-Mail-Adresse	_____	Mobiltelefon	_____

ANSCHRIFT FÜR POLICE (ausfüllen, wenn anders als Wohnort/Firmensitz)

Anschrift	_____	Hausnummer	_____
Stadt und Provinz	_____ ()	PLZ	_____

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs



DATEN DER POLICE

Ausstellung				
Inkrafttreten ab 24 Uhr des		Ablauf um 24 Uhr des		
Vertragslaufzeit: Jahre und Tage				
Unterteilung		Stillschweigende Verlängerung	JA	Rahmenvertrag
Geltende Versicherungsbedingungen:	Dok. NET/0108/01 Ausg. 05-2024			
Zahlungsmethode:	Lastschriftverfahren			
IBAN des Versicherungsnehmers:				

DECKUNGEN SEKTOR VORSORGE

Im Falle des Erwerbs von Deckungen aus Abschnitt 5. Gesundheit:

Gewählte Formel: ☐ INDIVIDUELL ☐ FAMILIENGRUPPE

Wurde die FORMEL „FAMILIENGRUPPE“ gewählt, gelten die nachstehend als „Versicherte Personen“ Bezeichneten als Mitglieder derselben „FAMILIENGRUPPE“ des Versicherten Nr. 1 gemäß dem für diesen angegebenen Versicherungsplan.

DECKUNGEN	DECKUNGSSUMME/ PROFIL	NETTOBETRAG JAHRESPRÄMIE	STEUER	BRUTOBETRAG JAHRESPRÄMIE
Gesundheit	Versicherungsplan A SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan B SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan C SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan D SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			

VERSICHERTE PERSONEN

VERSICHERTER _____

Nach- und Vorname			
Geboren in			
Steuernummer			
Wohnhaft in (Straße, Platz usw.)		Hausnummer	
Stadt und Provinz		PLZ	
Beruf		Berufsart	
Gewicht		Körpergröße	

Deckungen Versicherter _____	DECKUNGSSUMME/ PROFIL	NETTOBETRAG JAHRESPRÄMIE	STEUER	BRUTOBETRAG JAHRESPRÄMIE
Temporäre Todesfallversicherung				
Entschädigung für Schwere Erkrankungen				
Unfälle	Todesfall			
	Bleibende Invalidität			

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs



	Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit				
	Erstattung von unfallbedingten Pflegekosten				
	Krankenhaustagegeld				
	Gefährliche Sportarten	JA ☐	NEIN ☐		
Krankheitsbedingte bleibende Invalidität					
Gesundheit	Versicherungsplan A	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan B	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan C	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
	Versicherungsplan D	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Beistand für Personen	Personenbeistand	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Reisebeistand Travel	Beistand auf Reisen	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Reisebeistand Travel Gold	Beistand auf Reisen Gold	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Kontoschutz (*) Für das Girokonto mit dem IBAN-Code		SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			

(*) Der Versicherte nimmt zur Kenntnis, dass der einzige Begünstigte der von diesem Vertrag vorgesehenen Leistung Kontoschutz der Versicherungsnehmer (Beitretende Firma) ist. Der Versicherte verzichtet hiermit auf jeglichen Anspruch in Verbindung mit dieser Leistung.

Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

Hinweis: Der Versicherte erklärt ferner zu wissen, dass gemäß Art. 11 der Verordnung Nr. 41/2018 des Kontrollorgans IVASS unwahre oder ungenaue Erklärungen bzw. das Verschweigen von Umständen zum Zwecke des Vertragsabschlusses den Leistungsanspruch beeinträchtigen können.

<LUOGO E DATA>

Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

BEGÜNSTIGTE (GÜLTIG FÜR DIE DECKUNGEN TEMPORÄRE TODESFALLVERSICHERUNG UND UNFALLTOD)

HINWEISE:

- Wird der Abschnitt für die Angabe der Personalien des Begünstigten nicht ausgefüllt, kann die Gesellschaft beim Tod des Versicherten auf größere Schwierigkeiten bei Identifikation und Ausfindigmachung des Begünstigten stoßen.
- Änderung oder Widerruf des namentlich angegebenen Begünstigten sind dem Unternehmen mitzuteilen.

NAMENTLICHE ANGABE DES BEGÜNSTIGTEN

Nach- und Vorname		
Geboren in		den,
Steuernummer		

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs



Wohnhaft in (Straße, Platz usw.)	_____	Hausnum mer	_____
Stadt und Provinz	_____ ()	PLZ	_____
E-Mail-Adresse	_____	Telefon	_____

NICHT NAMENTLICHE BEZEICHNUNG DES BEGÜNSTIGTEN

Der unterzeichnende Versicherungsnehmer dieser Police erklärt hiermit ausdrücklich, den Begünstigten in nicht namentlicher Form angeben zu wollen, wozu folgende Begünstigte genannt werden:

☐ GESETZLICHE UND/ODER TESTAMENTARISCHE ERBEN DES VERSICHERTEN

☐ _____

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter) _____

Der diese Police unterzeichnende Versicherungsnehmer:

☐ ERTEILT HIERMIT SEINE EINWILLIGUNG

☐ VERWEIGERT HIERMIT SEINE EINWILLIGUNG

zur Übermittlung von Mitteilungen an den Begünstigten (bei namentlicher Angabe) vor dem Tod des Versicherten.

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter) _____

DRITTE PERSON ALS ANLAUFSTELLE (NICHT DER BEGÜNSTIGTE SELBST)

Falls der Versicherungsnehmer spezielle Anforderungen hinsichtlich der Vertraulichkeit stellt, kann er eine dritte Person als Anlaufstelle benennen, an die sich der Versicherer beim Tod des Versicherten wenden kann:

Nach- und Vorname	_____		
Geboren in	_____	den,	_____
Steuernummer	_____		
Wohnhaft in (Straße, Platz usw.)	_____	Hausnum mer	_____
Stadt und Provinz	_____ ()	PLZ	_____
E-Mail-Adresse	_____	Telefon	_____

<LUOGO E DATA> Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter) _____

Der unterzeichnende Versicherte erklärt, gemäß Art. 1919 des it. Zivilgesetzbuchs seine Zustimmung zur Versicherung seines Lebens zu erteilen.

<LUOGO E DATA> Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

Hinweise:

- Unwahre oder ungenaue Erklärungen bzw. das Verschweigen von Umständen zum Zwecke des Vertragsabschlusses können den Leistungsanspruch beeinträchtigen.
- Vor Unterzeichnung des Gesundheitsfragebogens prüft die Person die Richtigkeit der im Fragebogen getätigten Angaben.
- Der Versicherte kann verlangen, einer ärztlichen Untersuchung unterzogen zu werden, um seinen effektiven Gesundheitszustand bestätigen zu lassen, wofür er die Kosten selbst zu tragen hat.
- Gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 ist der Versicherte nicht verpflichtet, vergangene Krebserkrankungen anzugeben, deren aktive Behandlung ohne Rezidive seit mehr als 10 Jahren - bzw. 5 Jahren

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs



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.

DATEN DES VERSICHERTEN

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

ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERTEN

Die mit diesem Dokument eingeforderten Antworten und Informationen sind vom Versicherten bzw., falls dieser minderjährig ist, von seinem Erziehungsberechtigten auszufüllen. Für die Gültigkeit der Versicherungsdeckung ist dieses Dokument in allen Teilen auszufüllen und zu unterzeichnen, denn es gestattet die Risikobeurteilung durch die Gesellschaft.

Der Versicherte nimmt zur Kenntnis, dass folgende Zustände von der Versicherung ausgeschlossen sind:

- Invalidität verursachende Zustände, Unfälle und allgemein Krankheiten, die bereits vor Abschluss der Versicherung bekannt waren, diagnostiziert oder behandelt worden sind, sowie deren Komplikationen samt direkten und indirekten Folgen (**dieser Ausschluss bezieht sich entsprechend den Hinweisen fürs Ausfüllen, Buchstabe d, nicht auf Krebserkrankungen**);
- persistierende Symptome - wie zum Beispiel Brustschmerzen, Verstopfung, Blut im Stuhl, Husten, erhöhte Temperatur, Ergüsse, Knoten, Schwellungen, Kopfschmerzen, Durchfall, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Vergrößerung von Lymphdrüsen -, für welche der Versicherte noch keine Diagnose erhalten hat, für welche er jedoch plant, sich in den Tagen nach Unterzeichnung der Police ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen, bzw. für welche er die Ergebnisse von Untersuchungen erwartet.

Der Versicherte ist sich bewusst, dass - unabhängig von der etwaigen Beurteilung des Gesundheitszustands zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsbeitritts - Personen nicht versicherbar sind, die an

- Alkoholsucht,
- Drogensucht oder
- einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden.

Sollte ferner im Versicherungsverlauf eine dieser Erkrankungen auftreten, verliert die Versicherungsdeckung zeitgleich mit deren Erscheinung ihre Wirkung, ausgenommen die Vorgaben laut Art. 25, Abs. 13 bezüglich HIV-Infektion sowie damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS.

<LUOGO E DATA>

Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

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



1.	Warten Sie auf eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation?	Ja ☐	Nein ☐
2.	Haben Sie bereits eine Operation gehabt, eine Diagnose erhalten oder warten Sie gerade auf die Ergebnisse von Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen: - Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome? (unbeschadet der Befreiung von der Angabe gemäß den Hinweisen zum Ausfüllen, Buchstabe d) - Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris? - Hirngefäßerkrankungen wie: Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma? - Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz? - chronische Virus-Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa? - Nephrose, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern? - Diabetes (Typ 1 und 2)? - Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematoses, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis?	Ja ☐	Nein ☐
3.	Leiden Sie an Hypercholesterinämie (über 250 mg/dL trotz Behandlung), arterieller Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierter Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion?	Ja ☐	Nein ☐
4.	Wurde Ihnen eine Invalidität von 25% oder mehr zuerkannt oder haben Sie diese beantragt?	Ja ☐	Nein ☐
5.	Haben Sie sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen, wie z.B.: Magnetresonananz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben?	Ja ☐	Nein ☐

<LUOGO E DATA>

Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERTEN ABS. 2 – ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN

Die mit diesem Dokument eingeforderten Antworten und Informationen sind vom Versicherten bzw., falls dieser minderjährig ist, von seinem Erziehungsberechtigten auszufüllen. Für die Gültigkeit der Versicherungsdeckung ist dieses Dokument in allen Teilen auszufüllen und zu unterzeichnen, denn es gestattet die Risikobeurteilung durch die Gesellschaft.

Der Versicherte ist sich bewusst, dass allgemein Krankheiten, die vor Abschluss der Versicherung bereits bekannt waren, diagnostiziert oder behandelt worden sind, sowie deren Komplikationen, direkten und indirekten Folgen, von der Versicherung ausgeschlossen sind.

Der Versicherte ist sich bewusst, dass - unabhängig von der etwaigen Beurteilung des Gesundheitszustands zum Zeitpunkt der Beantragung des Versicherungsbeitritts - Personen nicht versicherbar sind, die an



- e) Alkoholsucht,
- f) Drogensucht oder
- g) einer HIV-Infektion sowie an den damit verbundenen Syndromen mit oder ohne AIDS leiden.

Sollte ferner im Versicherungsverlauf eine dieser Erkrankungen auftreten, verliert die Versicherungsdeckung zeitgleich mit deren Erscheinung ihre Wirkung.

<LUOGO E DATA>

Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

DATEN DES VERSICHERTEN

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

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

ABS. 2 – ENTSCHÄDIGUNG FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN

1. Ist für Sie eine stationäre Krankenhausaufnahme oder eine Operation geplant?	Ja ☐	Nein ☐
2. Haben Sie bereits eine Operation gehabt, eine Diagnose erhalten oder warten Sie gerade auf die Ergebnisse von Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen/Störungen:	Ja ☐	☐ Nein
• Krebs oder andere Arten bösartiger Tumoren (auch der Haut), Leukämie oder Lymphome? (unbeschadet der Befreiung von der Angabe gemäß den Hinweisen zum Ausfüllen, Buchstabe d)	Ja ☐	☐ Nein
• Herzkrankheiten (Erkrankungen von Myokard, Gefäßen, Herzklappen, Arrhythmien) zum Beispiel: Myokardinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma, Angina Pectoris?	Ja ☐	☐ Nein
• Hirngefäßerkrankungen wie: Schlaganfall (thrombotischer oder hämorrhagischer Schlaganfall), transitorische ischämische Attacke (TIA), Hirnaneurysma?	Ja ☐	☐ Nein
• Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit ständigem Behandlungsbedarf, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Ateminsuffizienz?	Ja ☐	☐ Nein
• chronische Virus-Hepatitis (ausgeschlossen Hepatitis A), Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis, chronische Entzündungskrankheiten des Darms, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa?	Ja ☐	☐ Nein

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs



• Nephrose, chronische Niereninsuffizienz, polyzystische Nierenerkrankung, Erkrankungen der Blase, die ständige Behandlung oder die Verwendung eines Katheters erfordern? • Diabetes (Typ 1 und 2)? • Morbus Parkinson, Demenz, Alzheimer, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, demyelinisierende Erkrankungen, Lupus erythematoses, Muskeldystrophie, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie oder Dermatomyositis?	Ja ☐	☐ Nein
3. Leiden Sie an Hypercholesterinämie (über 250 mg/dL trotz Behandlung), arterieller Hypertonie (über 140/90 trotz Behandlung), nicht therapeutisch/pharmakologisch kompensierter Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion?	Ja ☐	☐ Nein
4. Wurde Ihnen eine Invalidität von 25% oder mehr zuerkannt oder haben Sie diese beantragt?	Ja ☐	☐ Nein
5. Haben Sie sich während der letzten 12 Monate besonderen diagnostischen Untersuchungen unterzogen, wie z.B.: Magnetresonanz, Ultraschall, CT, Koronarangiographie, Szintigraphie, Röntgenaufnahmen, Mammographie, Biopsie, Darmspiegelung oder Belastungs-EKG, bei denen von der Norm abweichende Ergebnisse aufgetreten sind bzw. die weitere Untersuchungen erforderlich gemacht haben?	Ja ☐	☐ Nein
6. Wurde Ihnen jemals von einer anderen Versicherungsgesellschaft ein Antrag auf eine Vorsorgeversicherung für Schwere Erkrankungen (sog. Dread Disease oder Critical Illness), Invalidität, Behandlungskosten oder eine Lebensversicherung abgelehnt oder nur zu Sonderbedingungen akzeptiert?	Ja ☐	☐ Nein
7. Sind in Ihrer Blutsverwandtschaft ersten Grades (Vater, Mutter, Brüder, Schwestern) Fälle von Herzinfarkt, Koronarer Herzkrankheit, Kardiomyopathie, Schlaganfall, polyzystischer Nierenerkrankung oder bösartigen Tumoren vor dem Alter von 60 Jahren aufgetreten?	Ja ☐	Nein ☐

<LUOGO E DATA>

Der Versicherte _____
(für Minderjährige, der Erziehungsberechtigte)

DECKUNGEN SEKTOR VERMÖGEN/CYBER

DECKUNGEN (für alle versicherten Immobilien gültig)	DECKUNGSSUMME	NETTOBETRAG JAHRESPRÄMIE	STEUER	BRUTTOBETRAG JAHRESPRÄMIE
Betriebshaftpflicht				
Arbeitgeberhaftpflicht				
Rechtsschutz	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Schutz von POS-Einnahmen	SIEHE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN			
Cyber				
GESAMTBETRAG				

STANDORT IMMOBILIE

Art der versicherten Immobilie	☐ Eigentum und bewirtschaftete Immobilie ☐ Bewirtschaftete Immobilie		
Anschrift (Straße, Platz usw.)		Hausnummer	
Stadt und Provinz	()	PLZ	

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs



Treppe	_____	Stockwerk	_____	Wohnung	_____	m ²	_____
Blatt	_____	Parzelle	_____	Baueinheit	_____	Belastung	JA ☐ NEIN ☐
Branche		_____		Tätigkeit		_____	

Treppe	_____	Stockwerk	_____	Wohnung	_____	m ²	_____
Blatt	_____	Parzelle	_____	Baueinheit	_____	Belastung	JA ☐ NEIN ☐
Branche		_____		Tätigkeit		_____	

DATEN DER ANLAGE

Typ	_____	Spitzenleistung in kWp	_____
Anlagenwert	_____		
Art der Installation	_____		

DECKUNGEN IMMOBILIENSTANDORT		DECKUNGSSUMME	NETTOBETRAG JAHRESPRÄMIE	STEUER	BRUTTOBETRAG JAHRESPRÄMIE
Brandschäden an Gebäude und/oder Hausrat/Bestand	Gebäude				
	Hausrat/Bestand				
	Mieterhaftpflicht				
Diebstahl und Raub					
Elektronik und Maschinenpannen All Risk					
Erneuerbare Energien All Risk					
Haus- und Grundbesitzerhaftpflicht					
GESAMTBETRAG					

PRÄMIE

RATENBETRAG BEI UNTERZEICHNUNG

NETTOBETRAG PRÄMIE	STEUER	BRUTTOPRÄMIE
_____	_____	_____

BETRAG FOLGENDE RATEN

NETTOBETRAG PRÄMIE	STEUER	BRUTTOPRÄMIE
_____	_____	_____

GESAMTJAHRESPRÄMIE

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



--	--	--	--	--

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

ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Der unterzeichnende Versicherungsnehmer erklärt hiermit durch seinen oben genannten Gesetzlichen Vertreter:

- die von Net Insurance S.p.A. und Net Insurance Life S.p.A. bereitgestellten Informationsunterlagen **NET/0108/01 Ausg. 05-2024**, die das Dokument zur vorvertraglichen Information, das Zusätzliche Dokument zur vorvertraglichen Information, das Glossar, die Versicherungsbedingungen und ein Faksimile der Police enthalten, erhalten und eingesehen zu haben und diese Dokumente als festen Bestandteil des Versicherungsvertrag zu akzeptieren.

<LUOGO E DATA>

Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter) _____

- erklärt hiermit gemäß Art. 56 der Verordnung Nr. 40/2018 der Aufsichtsbehörde IVASS
 - Anhang 3 - INFORMATIONEN ÜBER DEN ANBIETER eingesehen, und
 - Anhang 4 - INFORMATIONEN ÜBER DEN VERTRIEB VON VERSICHERUNGSPRODUKTEN, DIE KEINE VERSICHERUNGSANLAGEPRODUKTE SIND (NON-IBIP), die dem Versicherungsnehmer vor Unterzeichnung des Angebots bzw., falls letzteres nicht vorgesehen ist, vor Vertragsabschluss bereitzustellen sind, sowie
 - Anhang 4-ter - VERZEICHNIS DER VERHALTENSREGELN FÜR DEN ANBIETER erhalten zu haben,
- und bestätigt, dass alle für die Beurteilung des Risikos seitens Net Insurance S.p.A. und Net Insurance Life S.p.A. erforderlichen Angaben wahrheitsgemäß, genau und vollständig erteilt worden sind.

Nicht der Wahrheit entsprechende, ungenaue Angaben oder das Verschweigen von Fakten durch die Person, die zur Erteilung der für den Vertragsabschluss erforderlichen Informationen legitimiert ist, können den Versicherungsanspruch beeinträchtigen.

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

- ☐ per E-Mail in digitaler Form (an die unter den Angaben zur Person mitgeteilten E-Mail-Adressen) und im geschützten Bereich der Website;
- ☐ in gedruckter Form.

Es steht dem Versicherungsnehmer frei, diese Erklärung jederzeit zu ändern.

<LUOGO E DATA>

Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter) _____

Auftrag für SEPA-Lastschrift (SDD)

Mit der Unterzeichnung dieses Auftrags erlaubt der Versicherungsnehmer:

- der Versicherungsgesellschaft, die Belastung des Girokontos des Unterzeichners bei dessen Bank anzufordern;
- der Bank des Unterzeichners die Lastschrift entsprechend den Anweisungen der Versicherungsgesellschaft vorzunehmen.

<LUOGO E DATA>

Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter) _____



Gemäß Art. 1341 und 1342 des italienischen Zivilgesetzbuchs erklärt der Unterzeichner hiermit, die Bestimmungen folgender Artikel der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Dok. NET/0108/01 Ausg. 04-2022) ausdrücklich anzuerkennen:

Art. 1 Erklärungen zu den Risikoumständen – Art. 2 Wirkung, Laufzeit und Kündigung des Vertrags – Versicherungsprämie – Art. 8 Erhöhung des Risikos – Art. 10 Rücktritt im Schadensfall – Art. 11 Reduktion der Deckungssummen – Art. 12 – Änderung der Wohnung – Art. 17 Andere Versicherungen – Art. 18 Obergrenze der Entschädigung – Art. 23-39-54-67-75 Altersgrenzen – Art. 30-41-56-71-77 Voraussetzungen – Art. 25-47-59-69-91-94-97-102 – 115 – 117 – 128 – 145 – 157 – 169 – 182 Ausschlüsse – Art. 26-49-70-82 Wartezeiten – Art. 40-55-76 Personen, die nicht versicherbar sind – Art. 3-29-39-56-71 Automatische Anpassung der Prämie auf Grundlage des Alters des Versicherten – Art. 48-81 Bestehende Erkrankungen – Art. 38 – 50-60—72 – 83 – 92 – 95 – 99 – 104 – 107 – 118 -130 – 149 – 162 – 170 – 183 Was tun im Schadensfall? – Art. 57 Änderungen des Risikos – Andere als die erklärte Berufstätigkeit – Art. 103 Personen, die nicht als Dritte gelten – Art. 179 Gültigkeitsbedingungen der Deckungen.

<LUOGO E DATA>

Der Versicherungsnehmer (gesetzlicher Vertreter)

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN - VERSICHERUNGSNEHMER

Die Gesellschaft _____ mit Sitz in _____
Steuernummer/UST.-IdNr. _____
E-Mail _____

- a) erklärt hiermit, die in diesen Informationsunterlagen enthaltene Datenschutzinformation an alle Betroffenen übergeben zu haben, deren personenbezogene Daten an den Verantwortlichen weitergeleitet worden sind (dies sind beispielsweise Beschäftigte des Versicherungsnehmers oder Begünstigte im Falle von Kollektivversicherungen).

☐ **Bestätigung**

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

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

☐ **Einwilligung**

☐ **Ablehnung**

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

☐ **Einwilligung**

☐ **Ablehnung**

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

☐ **Einwilligung**

☐ **Ablehnung**



Ort und Datum _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers in der Person des
amtierenden gesetzlichen Vertreters

Name (in Druckschrift) _____

Titel: _____

<LUOGO E DATA>

Der Versicherungsnehmer (Gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift zuständiger Mitarbeiter der Bank

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN - VERSICHERTER

Der Unterzeichner _____, geboren in _____, am _____
E-Mail _____, erteilt hiermit 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 oben erläuterten Methoden, im Bewusstsein, dass die Verarbeitung dieser Daten für die Umsetzung einiger Vorgänge im Rahmen des Vertragsverhältnisses (z.B. Abwicklung der Schadenfälle) 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 und anderer Konzerngesellschaften 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 und anderer Konzerngesellschaften mithilfe der in der Information erläuterten, automatisierten und nicht-automatisierten Methoden.

☐ **Einwilligung**

☐ **Ablehnung**

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

☐ **Einwilligung**

☐ **Ablehnung**

Datum _____

Der Betroffene _____

Versicherungsbedingungen - PROTECTION BUSINESS

Multirisk-Police mit einjähriger Dauer zum Schutz des Betriebs



FAKSIMILE



KONTAKTDATEN

Website www.netinsurance.it

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF ALLE ABSCHNITTE (mit Ausnahme von ABSCHNITT 2, ABSCHNITT 5, ABSCHNITT 6-7-8- und ABSCHNITT 10)

- Auf dem Postweg: Net Insurance S.p.A. c/o Postfach 106 - 26100 CREMONA - Italien
- Per E-Mail: claims@netinsurance.it Fax +39 0697625707

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF: ABSCHNITT 2 (Entschädigung für Schwere Erkrankungen) - ABSCHNITT 5 (Deckungen „Tagegeld“, „Surgical Cash“, „Erstattung von Behandlungskosten“, „Gerätediagnostik“, „Fachärztliche Untersuchungen“, „physiotherapeutische und Reha-Behandlungen“ und „Dental“)

- Auf dem Postweg: Net Insurance S.p.A. c/o Postfach 106 - 26100 CREMONA - Italien
- Per Telefon: 02 303500015, von Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr (auch bei Klärungsbedarf)
- Tool Schadensfälle: bei den Sparkassenfilialen verfügbare Applikation für Meldung und Tracking von Schadensfällen
- Per E-Mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it
- Über das Internet oder über die hierfür vorgesehene App: <https://app.myassistance.eu>

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF: ABSCHNITT 6-7-8- (Reisebeistand) EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

- in Italien unter der kostenlosen Rufnummer: 800 542 009
- aus dem Ausland unter der Nummer: +39.02.58.28.65.49
- Besteht keine Möglichkeit für einen telefonischen Kontakt, senden Sie bitte ein Telegramm oder ein Einschreiben an:
EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. - Via del Mulino 4 - 20057 Assago (MI)
- oder ein Fax an die Nummer: +39.02.58.47.72.01

ZUR MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN IN BEZUG AUF: ABSCHNITT 10 (Rechtsschutz)

ARAG SE - Allgemeine Vertretung und Generaldirektion Italien, Viale del Commercio 59 - 37135 VERONA

- Telefonzentrale: 045.8290411
- Faxnummer für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: 045 8290557
- E-Mail-Adresse für die Übermittlung neuer Schadensmeldungen: denunce@ARAG.it,
- Faxnummer für die anschließende Übermittlung von Unterlagen für die Abwicklung des Schadensfalls 045.8290449

SONSTIGE INFORMATIONSANFRAGEN

- Kostenlose Rufnummer 800 9096 44 (Contact Center)
- Website: www.netinsurance.it/wecare
- Fax + 39 06 97625707

ZUR EINSENDUNG EINER BESCHWERDE

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