

POLICE UNFALL- UND KRANKENVERSICHERUNG

Vorvertragliches Informationsdokument zu Schadenversicherungsverträgen

Gesellschaft: **Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA**, Italia - Eingetragen im Register der Versicherungsunternehmen unter der Nr. 2.00002

Produkt: **Helvetia Zero Imprevisti**

Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen über das Produkt sind in anderen Dokumenten enthalten.

Um was für eine Art von Versicherung handelt es sich?

Die Police „Helvetia Zero Imprevisti“ ist die Versicherungslösung, die Sie gegen die Folgen von Unfällen und Krankheiten schützen soll. Sie bietet eine Reihe von Garantien, die nach Wahl kombiniert werden können, so dass Sie eine individuelle Abdeckung zusammenstellen können.



Was ist versichert?

Die Police schützt Sie vor „Unfällen“ in allen Lebensbereichen, sowohl während der Arbeit (berufliche Abdeckung) als auch in der Freizeit (außerberufliche Abdeckung) und kann in Einzelfällen nur auf die Berufstätigkeit oder Nichtberufstätigkeit beschränkt werden. Zu den Freizeitaktivitäten gehören auch einige sportliche Aktivitäten.

Die im **Abschnitt Unfälle** erhältlichen Versicherungsgarantien sind:

- ✓ **Dauerhafte Invalidität durch einen Unfall:** Entschädigung, die im Verhältnis zum Grad der vollständigen oder teilweisen dauerhaften Invalidität berechnet wird, wobei dieser Grad von der Gesellschaft nach von ihr festgelegten Kriterien festgestellt wird.
- ✓ **Tod durch Unfall:** Zahlung eines dem versicherten Betrag entsprechenden Betrags an die Erben oder die in der Police angegebenen Anspruchsberechtigten.
- ✓ **Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit:** Zahlung des versicherten Tagesgeldes für jeden Tag des Verlustes der Fähigkeit, die angegebene Berufstätigkeit ganz oder teilweise auszuüben (die Garantie gilt nur für selbständige Arbeitnehmer).
- ✓ **Kosten der Unfallbehandlung:** die Erstattung der getragenen Kosten bis zum Erreichen des laut Police versicherten Betrags. Die wichtigsten erstattungsfähigen Ausgaben sind:
 - diagnostische Untersuchungen und Kontrollen, Arzthonorare, Operationssaalgebühren, Medikamente,
 - Physiotherapie und Rehabilitation, Klinikkosten und Überführungskosten.
- ✓ **Krankenhaustagegeld bei Unfällen:** die Zahlung des versicherten Tagesgeldes für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes und für maximal 365 Tage.
- ✓ **Genesungstagegeld nach Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls:** Es wird ein Tagesgeld gezahlt für die Genesungszeit nach dem Krankenhausaufenthalt für maximal 15 Tage.
- ✓ **Tagegeld bei Ruhigstellung mit Gipsverband:** es wird ein Betrag für jeden Tag der Ruhigstellung mit Gipsverband für die Dauer von maximal 100 Tagen gezahlt.

Mit der Zahlung einer zusätzlichen Prämie ist es möglich, den Versicherungsschutz auf andere garantierte Ereignisse wie „risikoarme“ und „risikoreiche“ Sportaktivitäten auszudehnen.

Die Versicherung erfolgt innerhalb der Grenzen der versicherten Beträge und der in der Police angegebenen Höchstbeträge.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Personen, die während der Laufzeit des Vertrages älter werden als
 - 80 Jahre für alle Garantien des Abschnitts Unfälle,
 - 75 Jahre für die Versicherung Tagesgeld bei Krankenhausaufenthalt wegen Krankheit und für die Versicherung Große chirurgische Eingriffe:
 - 65 Jahre für die Versicherung Dauerhafte Invalidität aufgrund von Krankheit.
- ✗ Die Folgen von Krankheiten und/oder Unfällen, die vor Vertragsabschluss zu einer Behandlung, Untersuchung oder Diagnose geführt haben (sie können aufgrund einer besonderen Vereinbarung versichert werden, sofern sie in der Police angegeben und von der Gesellschaft ausdrücklich berücksichtigt werden).
- ✗ Die Personen, die an folgenden Krankheiten leiden: Alkoholismus und/oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen (Betäubungsmittel - Halluzinogene - Psychopharmaka und psychotrope Arzneimittel, die nicht zu therapeutischen Zwecken eingenommen werden), HIV Seropositivität.
- ✗ **Was die Garantie Unfälle betrifft:** die Folgen (wie Tod, dauerhafte Invalidität usw.) von Krankheiten oder Ereignissen, die nicht als zufällig, gewalttätig oder äußerlich einzustufen sind.
- ✗ **Was die Garantie Krankheit betrifft:** Der Tod durch Krankheit ist niemals versichert; außerdem sind allein für die Versicherung Dauerhafte Invalidität durch Krankheit die Folgen eines Unfalls nicht versichert.



Gibt es Deckungsgrenzen?

Nicht abgedeckt sind die Folgen von Alkoholeinfluss (nur beim Führen von Fahrzeugen), Trunkenheit, Gebrauch und Missbrauch von Psychopharmaka und psychotropen Arzneimitteln, Gebrauch von Betäubungsmitteln, Halluzinogenen und dergleichen.

Ausgeschlossen sind die Unfälle, die verursacht wurden durch:

- ! Führen von Fahrzeugen ohne die gesetzliche vorgesehene Zulassung oder mit abgelaufenem Führerschein;
- ! Führen von Luftfahrzeugen sowie deren Verwendung als Besatzungsmitglied;
- ! Teilnahme, sowohl als Fahrer als auch als Beifahrer, an Auto- oder Motorradrennen und damit verbundenen Tests und Trainingsfahrten;
- ! vorsätzliche oder versuchte Straftaten, einschließlich Selbstmord;
- ! chirurgische Eingriffe, Untersuchungen oder medizinische Behandlungen, die nicht durch einen Unfall erforderlich geworden sind.

Die Garantien, ob bei Unfall oder Krankheit, können spezifische Selbstbehalte, Unterdeckungen und Entschädigungsgrenzen aufweisen.

Einzelne Garantien können je nach den gewählten Vertragsoptionen unterschiedliche Deckungsgrenzen aufweisen.



Was ist versichert?

Die im **Abschnitt Krankheit** erhältlichen Versicherungsgarantien sind:

- ✓ **Krankenhaustagegeld bei Krankheit:** die Zahlung des versicherten Tagesgeldes für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes und für maximal 365 Tage;
- ✓ **Große chirurgische Eingriffe:** Erstattung der Kosten, die bei einer durch einen Unfall oder eine Krankheit bedingten Operation entstehen;
- ✓ **Dauerhafte Invalidität durch Krankheit:** Zahlung einer Entschädigung, wenn die Krankheit zu einer vollständigen oder teilweisen dauerhaften Unfähigkeit des Versicherten zur Ausübung einer Tätigkeit führt, unabhängig von seinem Beruf.

Im Hinblick auf das Tagesgeld für einen Krankenhausaufenthalt wegen Krankheit ist es mit der Zahlung einer Zusatzprämie möglich, die Erweiterung auf die Genesung nach dem Krankenhausaufenthalt für maximal 20 Tage zu erwerben.

Der **Abschnitt Betreuung** sieht schließlich Folgendes vor:

- ✓ Von Europ Assistance S.p.A. rund um die Uhr und nur in Notfällen erbrachte Leistungen (auch mit telefonischer Beratung). Nicht versichert sind die Leistungen, die in Situationen erbracht werden, in denen kein Notfall vorliegt.



Gibt es Deckungsgrenzen?

Im Hinblick auf den Abschnitt Krankheit sind Krankenhausaufenthalte und/oder Kosten ausgeschlossen:

- ! die nicht eng mit der Krankheit zusammenhängen, oder mit denen der Versicherte in Fällen, in denen sich sein Gesundheitszustand nicht wirklich verändert, wie z.B. bei Leistungen und Therapien im Allgemeinen für diätetische Zwecke;
- ! für Zahnbehandlungen sowie Leistungen und Therapien, die nicht von der offiziellen Medizin anerkannt sind;
- ! bei Trunkenheit, Gebrauch und Missbrauch von Psychopharmaka und psychotropen Arzneimitteln, Betäubungsmitteln, Halluzinogenen und dergleichen;
- ! die durch pflegerische oder physiotherapeutische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung, zum Aufenthalt in Pflegeheimen, Erholungsheimen, zur Durchführung von Thermalkuren erforderlich sind.

Darüber hinaus gibt es vertragliche Karenzzeiten, d.h. Zeiten, in denen die Deckung nicht in Anspruch genommen werden kann, wie z.B. für Tagesgeldgarantien bei Krankenhausaufenthalt und großen chirurgischen Eingriffen: 30 Tage für Krankheiten, 180 Tage für unbekannte oder nicht gemeldete Vorerkrankungen, 365 Tage für natürliche Geburten und/oder Geburten mit Kaiserschnitt, unfreiwillige Abtreibung und Krankheiten durch Schwangerschaft oder Wochenbett. Die Karenzzeit für die Garantie dauerhafte Invalidität wird auf 90 Tage festgelegt.



Wo gilt die Abdeckung?

- ✓ Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.



Welche Pflichten habe ich?

Sie haben die Pflicht:

- den Anamnese-Fragebogen bei Erwerb einer Garantie des Abschnitts Krankheit auszufüllen, damit die Gesellschaft eine angemessene Bewertung der Umstände vornehmen kann, die das Risiko beeinflussen können;
- genaue und wahrhafte Antworten auf die Fragen in Bezug auf das zu versichernde Risiko zu geben;
- zuvor mitzuteilen, ob Sie für dasselbe Risiko bereits andere und nach wie vor laufende Versicherungspolices abgeschlossen haben;
- der Gesellschaft per Einschreiben eventuelle Änderungen mitzuteilen, die eine Verschlechterung des Risikos mit sich bringen können.

Die unwahren Erklärungen oder die ausbleibende Mitteilung der Verschlechterung eines Risikos können zur Beendigung der Versicherungsabdeckung sowie dazu führen, dass die Zahlung der Entschädigung abgelehnt wird.

Bei einem Versicherungsfall müssen Sie:

- die Gesellschaft über den Vorfall unter Beachtung der von ihr angegebenen Fristen und Modalitäten informieren;
- der Gesellschaft alle Unterlagen übergeben, die zur Bewertung notwendig sind;
- sich gegebenenfalls an alle weiteren Angaben der Gesellschaft halten.



Wann und wie muss ich bezahlen?

Die Zahlung der Prämie erfolgt zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses und danach aufgrund der gewählten Regelmäßigkeit der Zahlungen.

Zahlungsweisen:

- Banküberweisung;
- auf den Vermittler lautender nicht übertragbarer Scheck;
- Postzahlkarte;
- Bargeld in den gesetzlich vorgesehenen Grenzen;
- elektronische Zahlungssysteme.

Die gezahlte Versicherungsprämie umfasst die nach der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Steuern.



Wann beginnt und wann endet die Abdeckung?

Die Versicherung beginnt um 24.00 Uhr an dem in der Police angegebenen Tag - unbeschadet der im Abschnitt „Gibt es Deckungsgrenzen?“ genannten Karenzzeiten - falls die Prämie gezahlt wurde, und endet um 24.00 Uhr des in der Police angegebenen Ablaufdatums.

Sind die Prämien nicht gezahlt worden, wird die Versicherung am 30. Tag nach Fälligkeit ab 24:00 Uhr ausgesetzt und am Tag der Zahlung ab 24:00 Uhr wiederaufgenommen.



Wie kann ich die Police kündigen?

Sie können wenigstens 30 Tage vor dem jährlichen Ablauf des Vertrags ein entsprechendes Einschreiben schicken.

Bei einer mehrjährigen Versicherung mit einer Laufzeit von mehr als 5 Jahren gemäß Art. 1899 des Zivilgesetzbuches können Sie vom Vertrag erst dann zurücktreten, wenn die fünfjährige Frist bereits abgelaufen ist.

Ein Rücktritt ist auch nach einem Versicherungsfall bis zum 60. Tag nach der Zahlung oder der Verweigerung der Zahlung selbst möglich.

Wenn Sie das Rücktrittsrecht im Versicherungsfall in Anspruch nehmen, erstattet Ihnen die Gesellschaft - abzüglich der Steuern - den Teil der gezahlten und nicht genutzten Prämie für den Zeitraum zwischen dem Tag der Versendung des eingeschriebenen Kündigungsschreibens mit Empfangsbestätigung und dem jährlichen Ablauf des Vertrages.

Unfall- und Krankenversicherung

Zusätzliches vorvertragliches Informationsdokument zu
Schadenversicherungsprodukten

(Zusätzliches Informationsdokument Schadensversicherung)

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Generalvertretung und Direktion für Italien



Helvetia Zero Imprevisti

Datum: 1. Januar 2019 – Dieses Informationsdokument ist die letzte verfügbare Version

Dieses Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zu den im vorvertraglichen Informationsdokument für Schadenversicherungsprodukte enthaltenen Informationen, um dem potenziellen Versicherungsnehmer zu helfen, die Eigenschaften des Produkts, die vertraglichen Verpflichtungen und die finanzielle Situation des Unternehmens genauer zu verstehen.

Der Versicherungsnehmer muss vor der Unterzeichnung des Vertrags Einsicht nehmen in die Versicherungsbedingungen.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Generalvertretung und Direktion für Italien, mit Rechtssitz in St. Gallen (Schweiz) und Niederlassung, mit der Vertrag abgeschlossen wird, in via G.B. Cassinis 21 - 20139 Mailand; Tel.+39 02 5351.1; Website: <https://www.helvetia.it>; E-Mail: info@helvetia.it; Zertifizierte E-Mail: helvetia@actaliscertymail.it - USt-ID und Steuernr. 01462690155 – Eintragung im Verzeichnis der Versicherungsunternehmen Nr. 2.00002 – Eintragung im Verzeichnis der Versicherungskonzerne Nr. 031.

Zur Ausübung der Versicherungen mit der Verfügung der Aufsichtsbehörde ISVAP Nr. 00757 vom 19.12.1997 - Amtsblatt Nr. 298 vom 23.12.1997 zugelassenes Unternehmen.

Zuständige Aufsichtsbehörde: IVASS.

Das Eigenkapital der Gesellschaft beträgt laut dem zuletzt gebilligten Jahresabschluss 162.270.129 Euro, wovon 79.993.441 Euro den auf das Ausstattungskapital entfallenden Teil und 31.087.990 Euro die Vermögensreserven betreffen.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazione SA (Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG), Generalvertretung und Direktion für Italien, unterliegt den von der Schweizerischen Aufsichtsbehörde FINMA geforderten Solvenzkenzzahlen, die für die Schweizer Gruppe gelten. Die Bewertung der Solvabilität und Finanzlage von (Wieder)Versicherungsunternehmen oder -gruppen wurde von der Europäischen Kommission durch die delegierte Entscheidung (EU) 2015/1602 als den Anforderungen des Titels I der Richtlinie 2009/138/EG (Solvency I) gleichwertig anerkannt.

Weitere Informationen finden Sie im Jahresbericht 2017, der unter folgender Adresse verfügbar ist: <https://www.helvetia.com/content/dam/os/corporate/web/en/home/investorrelations/overview/publications/annual-results/2017/consolidated-financial-statements-fy2017.pdf>

Auf den Vertrag wird das italienische Recht angewandt.



Was ist versichert?

Es wird darauf hingewiesen, dass sich die Gesellschaft gegenüber dem Versicherungsnehmer/Versicherten im Rahmen der versicherten Beträge und der mit der Gesellschaft vereinbarten Höchstbeträge verpflichtet.

Die Police sieht folgende Garantien vor:

ABSCHNITT UNFÄLLE

Zusätzlich zu den Angaben im Informationsdokument sind folgende Unfälle inbegriffen:

- Unfälle als Passagier von Fahrzeugen zur Beförderung auf dem Landweg oder auf dem Wasser;
- Unfälle infolge von Krankheiten oder Bewusstlosigkeit, die nicht auf pathologische Zustände zurückzuführen sind;
- Unfälle aufgrund von Unerfahrenheit, Leichtsinn, Fahrlässigkeit, die auch schwerwiegend sein können;
- Unfälle aufgrund von Erstickung, die nicht krankhaften Ursprungs ist, Ertrinken, Erfrierung, Sonnenstich oder Hitzschlag, Stromschlag, akute Vergiftung durch Einnahme oder Aufnahme von Stoffen;
- Unfälle aufgrund von Tierbissen, Stichen von Insekten oder Spinnentieren, mit Ausnahme von Malaria, Tropenkrankheiten und Erkrankungen (d.h. jeder krankhaften oder pathologischen Erkrankung, die eine Person betrifft), bei denen die Insekten notwendige Träger sind, sowie die Folgen von Zeckenbissen;
- Unfälle durch Verbrennungen, die von Tieren oder Pflanzen verursacht werden.

Darüber hinaus sind im Folgenden weitere Versicherungsarten aufgeführt, die für alle Kombinationen der versicherten Risiken gelten:

- **traumatische oder belastungsbedingte Hernien** (wenn die Garantie „Dauerhafte Invalidität aufgrund eines Unfalls“ gilt): Die Versicherung wird, beschränkt auf Fälle dauerhafter Invalidität und vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, auf traumatische oder belastungsbedingte Hernien erweitert;
- **subkutane Sehnenrisse** (wenn die Garantie „Dauerhafte Invalidität aufgrund eines Unfalls“ gilt): Als Verletzungen gelten auch die Folgen von subkutanen Sehnenrissen: der Achillessehne (chirurgisch behandelt und unbehandelt); der Bizepssehne (proximal oder distal); Daumenstrecksehne; Quadrizeps-Sehne Oberschenkel; Rotatorenmanschette;
- **Sportliche Aktivitäten** (sofern sie in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder regionalen Bestimmungen ausgeübt werden): Die Versicherung gilt für die Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung risikoarmer Sportaktivitäten erleidet, auch wenn dies unter der Aufsicht von Sportverbänden oder -vereinen erfolgt.
- **Flugrisiko**: Die Garantie gilt für Unfälle, die der Versicherte erleidet als Passagier bei Flugreisen mit von wem auch immer betriebenen und von Berufspiloten geführten Flugzeugen oder Hubschraubern des öffentlichen Verkehrs; als Passagier bei Flugreisen mit mehrmotorigen Flugzeugen von Unternehmen oder Personen, die von Berufspiloten geführt werden, mit Ausnahme von Ozeanüberquerungen. Beschränkt auf diese Erweiterung wird der Versicherungsschutz nur bei Tod und dauerhafter Invalidität gewährt, wenn dies in der Police vorgesehen ist, unter Ausschluss aller anderen vereinbarten Garantien;
- **Risiko Krieg und Terrorismus**: Die Garantie gilt für Unfälle, die verursacht oder ausgelöst werden durch: Angriffe und/oder Gewalttaten bei Volksaufständen, Terroranschlägen, sofern der Versicherte nicht aktiv daran teilgenommen hat; Krieg für einen Zeitraum von höchstens 14 Tagen ab Beginn der Feindseligkeiten, wenn und soweit der Versicherte durch den Ausbruch kriegerischer Ereignisse im Ausland überrascht wird.
- **Naturkatastrophen**: Die Garantie deckt Unfälle infolge von Erdbeben, Seebeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen und Sturmfluten, die den Versicherten außerhalb der Region betreffen, in der sich die Gemeinde befindet, in der er seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Nach dem wie vorstehend beschriebenen Unfall kann eine oder mehrere der folgenden Leistungen erbracht werden:

✓ **Tod infolge eines Unfalls**

Die Entschädigung für den Todesfall kann nicht mit der Entschädigung für eine dauerhafte Invalidität infolge eines Unfalls kumuliert werden. Stirbt der Versicherte jedoch nach Zahlung der Entschädigung für die dauerhafte Invalidität infolge desselben Unfalls, zahlt die Gesellschaft den Anspruchsberechtigten nur die Differenz zwischen der Todesfallentschädigung - falls höher - und der bereits gezahlten Entschädigung für die dauerhafte Invalidität. Die Garantie ist gültig, sofern der Tod innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall eintritt, auch nach Ablauf der Versicherung. **Todeserklärung**. Ist der Versicherte durch einen gemäß der Police entschädigungsfähigen Unfall verschwunden und hat die Justizbehörde seinen mutmaßlichen Tod erklärt, so hat die Gesellschaft den Anspruchsberechtigten die für den Todesfall versicherte Summe zu zahlen. Wird nach Zahlung der Entschädigung für den Versicherten die Lebensbescheinigung ausgestellt, hat die Gesellschaft das Recht, sowohl gegen die Anspruchsberechtigten als auch gegen den Versicherten auf Rückerstattung der gezahlten Summe vorzugehen.

✓ **Dauerhafte Invalidität**

Die Entschädigung für die dauerhafte Invalidität ist zu zahlen, wenn die Invalidität auch nach Ablauf der Versicherung eintritt - und zwar innerhalb von 2 Jahren nach dem gemeldeten Unfall und in einem ursächlichen Zusammenhang damit stehend.

Führt der Unfall zu einer vollständigen dauerhaften und endgültigen Invalidität, zahlt die Gesellschaft die gesamte Versicherungssumme.

Führt der Unfall zu einer teilweisen dauerhaften und endgültigen Invalidität, wird die Entschädigung für die dauerhafte Invalidität auf der Grundlage des versicherten Betrags (vorbehaltlich der Anwendung der in der Police vorgesehenen Selbstbehalte) im Verhältnis zum festgestellten Invaliditätsgrad berechnet.

Führt der Unfall zu einer endgültigen dauerhaften Invalidität, die nicht anhand der in der „Tabelle der Bewertungen des prozentualen Grades der dauerhaften Invalidität“ (ex Tabelle INAIL, Anh. Nr. 1 zum Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30. Juni 1965) angegebenen Werte bestimmt werden kann, wird auf die unten angegebenen Kriterien verwiesen:

- im Falle einer Behinderung werden anstelle eines anatomischen oder funktionellen Verlustes eines Körpergliedes oder Organs die Prozentsätze in der obigen Tabelle im Verhältnis zur verlorenen Funktion reduziert;
- im Falle einer Beeinträchtigung eines oder mehrerer anatomischer und/oder artikulärer Bereiche eines einzelnen Körpergliedes werden Einzeluntersuchungen durchgeführt, deren Summe den Wert, der dem Totalverlust des Körpergliedes selbst entspricht, nicht überschreiten darf;
- Kann die dauerhafte Invalidität nicht auf der Grundlage der vorstehend genannten Werte und Kriterien bestimmt werden, so wird sie unter Bezugnahme auf die vorstehend genannten Werte und Kriterien unter Berücksichtigung der allgemeinen Einschränkung der Fähigkeit des Versicherten bestimmt, eine Arbeit unabhängig von seinem Beruf auszuführen.

Der anatomische oder funktionelle Verlust mehrerer Organe, Körperglieder oder Teile davon führt zur Anwendung des Invaliditätsanteils in Höhe der Summe der für jede Beeinträchtigung berechneten, individuellen Prozentsätze bis zu einem Maximalwert von 100%.

Die Garantie für die dauerhafte Invalidität aufgrund eines Unfalls wird bei Fehlen anderer Hinweise unter Anwendung des modulierten Selbstbehalts von 3% gewährt, d.h. die Gesellschaft leistet keine Entschädigung, wenn die dauerhafte Invalidität 3% des Gesamtwerts nicht übersteigt, während sie die Differenz zwischen der festgestellten dauerhaften Invalidität und dem Selbstbehalt bis zu einem Invaliditätsgrad von 9% bezahlt. Bei dauerhafter Invalidität zwischen 10% und 30% entspricht die liquidierte dauerhafte Invalidität derjenigen, die festgestellt wurde, bei dauerhafter Invalidität von über 30% ist die liquidierte Invalidität höher als die festgestellte; ab einer dauerhaften Invalidität von 65% oder mehr wird der gesamte versicherte Betrag ausgezahlt.

✓ **Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit**

Die Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit ist in folgenden Fällen zu zahlen:

- in voller Höhe für jeden Tag, an dem sich der Versicherte in völliger körperlicher Unfähigkeit befand, den angegebenen Haupt- und Nebentätigkeiten nachzugehen;
- 50% für jeden Tag, an dem der Versicherte nur einem Teil der angegebenen Haupt- und Nebentätigkeiten nachgehen konnte.

Die Entschädigung kann mit der Entschädigung für Tod, dauerhafte Invalidität, Unfallbehandlungskosten, Tagegeld für Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls, Tagegeld aufgrund einer Ruhigstellung mit Gipsverband und Tagegeld für die Genesung nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls kumuliert werden.

✓ **Unfallbehandlungskosten**

Die Gesellschaft erstattet - bis zur Höhe des in der Police angegebenen versicherten Betrag - die durch ein entschädigungsfähiges Ereignis wie einen Unfall verursachten Aufwendungen für die Leistungen und innerhalb der nachstehend genannten Grenzen, gültig pro Person und pro Versicherungsjahr.

A. Gesundheitsleistungen bei Krankenhausaufenthalt, Day Hospital, Day Surgery in einer Gesundheitseinrichtung:

- Honorare des Chirurgen, des Hilfspersonals, des Assistenten, des Anästhesisten und jeder anderen an der Operation beteiligten medizinischen oder paramedizinischen Person, OP-Gebühren und Operationsmaterial, Endoprothesen sowie während der Operation angewandte prothetische und therapeutische Vorrichtungen;
- Klinikkosten;
- medizinische und pflegerische Betreuung, Medikamente, Untersuchungen, Diagnostiktests sowie Physiotherapie und Rehabilitation während des Krankenhausaufenthaltes oder des ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriffs;
- Überführung mit einem geeigneten Transportmittel zur Pflegeeinrichtung.

Im Falle eines Aufenthaltes im Day Hospital übernimmt die Gesellschaft die Erstattung der oben genannten Kosten wie folgt:

- ab dem ersten Tag des Aufenthaltes ohne Übernachtung im Day Hospital einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung;

- Mindestaufenthalt von 2 aufeinanderfolgenden Tagen ohne Übernachtung im Day Hospital einer privaten Gesundheitseinrichtung.

B. Gesundheitsleistungen nach dem Krankenhausaufenthalt, dem Aufenthalt im Day Hospital und dem chirurgischen Eingriff ohne Krankenhausaufenthalt oder nach einem Unfall, der nicht zum Krankenhausaufenthalt oder zu einem chirurgischen Eingriff geführt hat:

- Fachärztliche Untersuchungen, diagnostische Untersuchungen und Kontrollen innerhalb von 180 Tagen nach dem Unfall (sofern ein Notaufnahme-Befund über den Unfall beigefügt ist), dem Krankenhausaufenthalt, dem Day Hospital oder einem chirurgischen Eingriff ohne Krankenhausaufenthalt, der vom behandelnden Arzt oder vom behandelnden Facharzt des Versicherten verschrieben wurde;
- Physiotherapie und Rehabilitation (mit Ausnahme von Thermalkuren und dergleichen sowie der Kauf, die Wartung, die Reparatur und der Verleih von Prothesen und therapeutischen Geräten), die vom behandelnden Arzt oder vom Facharzt, der den Versicherten behandelt, innerhalb von 6 Monaten ab dem Tag des Unfalls (sofern ein Notaufnahme-Befund über den Unfall vorliegt) oder ab dem Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus oder dem Abschluss des chirurgischen Eingriffs ohne Krankenhausaufenthalt durchgeführt und in Rechnung gestellt werden.

C. Zahnärztliche Behandlungen:

- Dazu gehören Zahnbehandlungen und Zahnprothesen, die durch einen Unfall erforderlich werden, was durch den Notaufnahme-Befund zu belegen ist.

✓ **Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls**

Die Gesellschaft zahlt das in der Police vereinbarte Tagegeld nach der Einlieferung des Versicherten in eine Gesundheitseinrichtung infolge eines nach der Police entschädigungsfähigen Unfalls für jeden Aufenthaltstag und für eine maximale Dauer von 365 Tagen, einschließlich auch für den Fall der Aufnahme in ein Day Hospital und eine Day Surgery.

✓ **Genesungstagegeld nach Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls**

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes, der durch einen laut Police entschädigungsfähigen Unfall notwendig geworden ist, zahlt die Gesellschaft das in der Police vereinbarte Tagegeld für die Zeit der Genesung nach dem Krankenhausaufenthalt, einschließlich des Aufenthaltes im Day Hospital und in der Day Surgery, sofern die Genesungszeit vom behandelnden Arzt des Versicherten vorgeschrieben ist, für eine maximale Dauer von 15 Tagen je Ereignis und pro Versicherungsjahr.

✓ **Tagegeld bei Ruhigstellung mit einem Gipsverband**

Die Gesellschaft zahlt das im Datenblatt der Police vereinbarte Tagegeld für die Zeit der Ruhigstellung mit Gipsverband nach einem laut der Police entschädigungsfähigen Unfall ab dem Tag nach der Anwendung des Gipsverbandes für eine maximale Dauer von 100 Tagen pro Ereignis und pro Versicherungsjahr. Bei festgestellter Fraktur von:

- Mindestens 3 Rippen;
- Wirbeln;
- Beckenknochen

die eine Ruhigstellung ohne Anwendung eines Gipsverbandes vorsehen, zahlt die Gesellschaft das vereinbarte Tagegeld für die vom behandelnden Arzt vorgeschriebene Bettruhe bis zu maximal 30 Tagen pro Ereignis und pro Versicherungsjahr, in jedem Fall aber gegen Vorlage eines Erste-Hilfe-Berichts und/oder radiologischen Befundberichts. Sieht das Datenblatt zur Police auch ein Tagegeld für den unfallbedingten Krankenhausaufenthalt vor, wird das Tagegeld für die Ruhigstellung ab dem Tag nach der Entlassung des Versicherten aus der medizinischen Einrichtung gezahlt.

Das Tagegeld für die Ruhigstellung mit Gipsverband wird nicht mit dem Taggeld für die Genesung nach dem Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls kumuliert, sofern in der Police vereinbart, während es mit der Garantie für eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit kumuliert wird, sofern in der Police vereinbart.

✓ **Sonstige geleistete Garantien**

Wurde zusätzlich zu den oben genannten Leistungen eine dauerhafte Invalidität infolge eines Unfalls anerkannt, gelten auch die folgenden Ausweitungen:

- **Ästhetischer Schaden:** führt der Unfall zu Gesichtsverletzungen, die zu dauerhaften Verunstaltungen oder Schnittwunden führen, werden die Kosten für die Verringerung der ästhetischen Schäden erstattet;
- **Erstattung der Kosten für die Wohnungsanpassung bei schwerer dauerhafter Invalidität:** wenn der nach der Police entschädigungsfähige Unfall zu einer dauerhaften Invalidität von 66% oder mehr führt und die Wohnung des Versicherten Anpassungen zur Überwindung architektonischer Barrieren erfordert;
- **Erstattung der Kosten für die Fahrzeuganpassung:** wenn der nach der Police versicherbare Unfall zu einer dauerhaften Invalidität von 66% oder mehr führt und das Auto des Versicherten oder eines seiner mit ihm lebenden Familienmitglieder in Bezug auf die gemeldete Behinderung angepasst und/oder personalisiert werden muss;

- **Verlust des Schuljahres:** wenn der versicherte Schüler unter 20 (zwanzig) Jahren durch Unfälle einen Schaden erlitten hat, der so lange andauert, dass der Verlust des Schuljahres festgestellt werden kann, wird eine Entschädigung gezahlt.

ABSCHNITT KRANKHEIT

Der Abschnitt sieht folgende Garantien vor:

✓ **Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheit**

Die Gesellschaft zahlt das in der Versicherungspolice vereinbarte Tagesgeld nach der Aufnahme des Versicherten in eine Gesundheitseinrichtung infolge einer Krankheit, einer natürlichen Entbindung, einer Entbindung mit Kaiserschnitt und einem therapeutischen Abort für jeden Aufenthaltstag und für eine maximale Dauer von 365 Tagen, einschließlich auch für den Fall der Aufnahme in eine Day Surgery.

Das Tagesgeld wird auch bei einem Aufenthalt im Day Hospital gezahlt, jedoch für eine maximale Dauer von 100 pro Ereignis und pro Versicherungsjahr.

✓ **Große chirurgische Eingriffe**

Die Versicherung wird für die Erstattung der Kosten geleistet, die nach der Aufnahme in eine Gesundheitseinrichtung für einen oder mehrere chirurgische Eingriffe getragen wurden, die in der Liste der wichtigsten chirurgischen Eingriffe aufgeführt sind, die aufgrund von Krankheit oder Unfall erforderlich sind.

Nimmt der Versicherte den Nationalen Gesundheitsdienst in Anspruch, erfolgt die Erstattung der selbst getragenen Kosten oder Mehrkosten.

Alternativ zur Erstattung der getragenen Kosten einschließlich derjenigen, die vor und nach dem Krankenhausaufenthalt getragen wurden, kann der Versicherte für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes und bis zu maximal 90 Tagen pro Versicherungsjahr die Zahlung eines Ersatztagegeldes beantragen.

Die Garantie sieht auch die Zahlung von Ausgaben vor, die vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt getragen wurden, sofern sie sich auf die Krankheit oder den Unfall beziehen, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machten.

✓ **Dauerhafte Invalidität aufgrund von Krankheit**

Die Versicherung wird im Fall einer dauerhaften Invalidität infolge einer Erkrankung geleistet, die nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherung eingetreten ist, spätestens jedoch bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung ihre Gültigkeit verliert.

✓ **BETREUUNG**

GELEISTETE GARANTIE

Die Gesellschaft erbringt unter Rückgriff auf die Organisationsstruktur von Europe Assistance S.p.A. die folgenden Versicherungsleistungen:

RUND UM DIE UHR ERBRACHTEN LEISTUNGEN UNABHÄNGIG VOM AUFENTHALTSORT DES VERSICHERTEN

- Ärztliche Beratung
- Entsenden eines Arztes für Allgemeinmedizin in Notfällen in Italien
- Entsenden einer Pflegekraft zum Wohnsitz
- Entsenden eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz
- Krankenwagentransport in Italien
- Transport im Krankenwagen oder im Taxi in Italien nach der Entlassung
- Überführung in ein ausgerüstetes Krankenhaus
- Rückkehr vom ausgerüsteten Krankenhaus
- Fachärztliche Gesundheitsinformationen
- Medical Advice Program

RUND UM DIE UHR ERBRACHTEN LEISTUNGEN, WENN SICH DER VERSICHERTE MEHR ALS 50 KM VON SEINER WOHNSITZGEMEINDE ENTFERNT BEFINDET

- Dolmetscher im Ausland
- Entsendung dringender Arzneimittel
- Vorauszahlung der Arztkosten
- Rückkehr aus gesundheitlichen Gründen
- Rückkehr mit einem Familienangehörigen
- Reise eines Familienangehörigen
- Vorgezogene Rückkehr
- Begleitung von Minderjährigen
- Bereitstellung eines Fahrers
- Leichenrückführung

OPTIONEN MIT PRÄMIENMINDERUNG	
Modulierter Selbstbehalt von 5% für dauerhafte Invalidität	Der versicherte Betrag für dauerhafte Invalidität durch Unfall unterliegt einem Selbstbehalt von 5%; daher zahlt die Gesellschaft keine Entschädigung, wenn die dauerhafte Invalidität 5% der vollständigen Invalidität nicht übersteigt; übersteigt hingegen die dauerhafte Invalidität 5%, zahlt sie die Differenz zwischen der festgestellten dauerhaften Invalidität und dem Selbstbehalt bis zu einem Invaliditätsgrad von 14%. Bei dauerhafter Invalidität zwischen 15% und 30% entspricht die ausgezahlte dauerhafte Invalidität der festgestellten, bei dauerhafter Invalidität von über 30% ist die ausgezahlte Invalidität höher als die festgestellte; ab einer dauerhaften Invalidität von 65% oder mehr wird der gesamte versicherte Betrag ausgezahlt.
Modulierter Selbstbehalt von 5% für dauerhafte vollständige Invalidität	Der versicherte Betrag für die dauerhafte Invalidität durch Unfall unterliegt einem Selbstbehalt von 5%; daher zahlt die Gesellschaft keine Entschädigung, wenn die dauerhafte Invalidität 5% oder weniger der vollständigen Invalidität ausmacht. Im Fall einer dauerhaften Invalidität, die diesen Prozentsatz überschreitet, wird die Entschädigung nur für den überschüssigen Teil gezahlt.
Modulierter Selbstbehalt von 10% für dauerhafte vollständige Invalidität	Der versicherte Betrag für die dauerhafte Invalidität durch Unfall unterliegt einem Selbstbehalt von 10%; daher zahlt die Gesellschaft keine Entschädigung, wenn die dauerhafte Invalidität 10% oder weniger der vollständigen Invalidität ausmacht. Im Fall einer dauerhaften Invalidität, die diesen Prozentsatz überschreitet, wird die Entschädigung nur für den überschüssigen Teil gezahlt.
Tabelle zur Bestimmung des Grades der dauerhaften Invalidität	Unter Anwendung der entsprechenden Tabelle der Bewertungen des Grades der dauerhaften Invalidität erfolgt gegen eine Verringerung der Prozentsätze des Grades der dauerhaften Invalidität eine Reduzierung der Prämie.
OPTIONEN GEGEN ZAHLUNG EINER ZUSATZPRÄMIE	
Erweiterung auf „risikoarme“ sportliche Aktivitäten (sofern sie in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder regionalen Bestimmungen durchgeführt werden)	Die Versicherung gilt für die Unfälle, die der in der Versicherungspolice angegebene Versicherte bei der Ausübung der folgenden sportlichen Aktivitäten erleidet, die unter der Aufsicht von Sportverbänden oder Sportvereinen durchgeführt werden, unter Ausschluss des Berufssports oder der Fälle, in denen der Versicherte die sportliche Tätigkeit in einer Weise ausübt, dass sie vom zeitlichen Aufwand her jede andere Beschäftigung überwiegt: <ul style="list-style-type: none"> • Fußball; • Kleinfeldfußball; • Basketball; • Skifahren (Slalom und/oder Abfahrt) und Snowboarden (einschließlich Fahrten abseits der Piste, aber nur wenn sie am Rand der präparierten Pisten erfolgen); • Gymnastik (Kunstturnen und mit Sprungbrett); • Radsport; • Eislauf, Rollschuhlauf; • Pferdesport im Allgemeinen.
Erweiterung auf „risikoreiche“ sportliche Aktivitäten (sofern sie in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder regionalen Bestimmungen durchgeführt werden)	Die Versicherung gilt für die Unfälle, die der in der Versicherungspolice angegebene Versicherte bei der Ausübung der folgenden sportlichen Aktivitäten erleidet, die unter der Aufsicht von Sportverbänden oder Sportvereinen durchgeführt werden, unter Ausschluss des Berufssports oder der Fälle, in denen der Versicherte die sportliche Tätigkeit in einer Weise ausübt, dass sie vom zeitlichen Aufwand her jede andere Beschäftigung überwiegt: <ul style="list-style-type: none"> • Boxen, Kampfsport und Ringkampf in den verschiedenen Formen, die Garantie gilt nur für Unfälle, die sich während normaler Übungen, Proben oder Trainings ereignen, immer unter Ausschluss des Kampfes; • Schwerathletik; • Bergsteigen mit Felsklettern oder Zugang zu Gletschern über Grad 3 der U.I.A.A.-Skala (Union Internationale des Associations d'Alpinisme) hinaus; • Skispringen, Wasserskispringen; • Bob; • Tauchen mit Atemgerät, einschließlich Embolien und Folgen des Wasserdrucks, jedoch unter Ausschluss aller Verletzungen des Hörorgans, vorausgesetzt, der Versicherte verfügt über einen von den zuständigen Sportbehörden ausgestellten Tauchschein; • Skibergsteigen; • Amerikanischer Fußball; • Rugby;

	<ul style="list-style-type: none"> • Rollhockey, Eishockey, Feldhockey; • Ski- und Snowboardfahren außerhalb der Piste. <p>Die Versicherung wird beschränkt auf die Todesfälle, die dauerhafte Invalidität und die Unfallbehandlungskosten geleistet, sofern in der Police vereinbart.</p>
Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität mit Überbewertung von 225%	Der versicherte Betrag für die dauerhafte Invalidität aufgrund eines Unfalls wird nach dem Prozentsatz des Grades der dauerhaften Invalidität geleistet, der gemäß der entsprechenden Tabelle ermittelt wird.
Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität mit gestaffelten Beträgen	Die Zahlung der Entschädigung für die dauerhafte Invalidität erfolgt auf folgende Weise: a) für den Teil des versicherten Betrags bis zu einer Höhe von € 100.000,00 zahlt die Gesellschaft die nach den Bedingungen der Police fällige Entschädigung ohne Anwendung eines Selbstbehalts. b) für den Teil des versicherten Betrags in Höhe von über € 100.000,00 und bis zu € 200.000,00 wird keine Entschädigung geleistet, wenn die dauerhafte Invalidität gleich oder kleiner als 5% der vollständigen Invalidität beträgt; andererseits, wenn die dauerhafte Invalidität größer als dieser Prozentsatz ist, wird die Entschädigung nur für den Teil gezahlt, der darüber liegt. c) für den Teil der Versicherungssumme in Höhe von über € 200.000,00 und bis zu € 500.000,00 wird keine Entschädigung geleistet, wenn die dauerhafte Invalidität gleich oder kleiner als 10% der vollständigen Invalidität beträgt; andererseits, wenn die dauerhafte Invalidität größer als dieser Prozentsatz ist, wird die Entschädigung nur für den Teil gezahlt, der darüber liegt. d) für den Teil der Versicherungssumme in Höhe von über € 500.000,00 wird keine Entschädigung geleistet, wenn die dauerhafte Invalidität gleich oder kleiner als 15% der vollständigen Invalidität beträgt; andererseits, wenn die dauerhafte Invalidität größer als dieser Prozentsatz ist, wird die Entschädigung nur für den Teil gezahlt, der darüber liegt.
Gleichstellung des Grades der dauerhaften Invalidität - Wegfall des Selbstbehalts bei schwerer dauerhafter Invalidität	Wenn in der Police einer der folgenden Selbstbehalte vereinbart ist; in gestaffelten Beträgen bei absoluter Invalidität von 5% bzw. 10%, bei festgestellter dauerhafter Invalidität von 65% oder darüber zahlt die Gesellschaft dem Versicherten 100% der Versicherungssumme. Im Fall einer festgestellten dauerhaften Invalidität von 30% oder mehr zahlt die Gesellschaft die Entschädigung, ohne die in der Police vereinbarten Selbstbehalte anzuwenden.
Zusätzliches Tagegeld für die Genesung nach dem Krankenhausaufenthalt	Im Fall eines Krankenhausaufenthaltes, der durch eine Krankheit bedingt ist, die nach der Police entschädigt werden kann, zahlt die Gesellschaft für die Zeit der Genesung nach dem Krankenhausaufenthalt, die von der Gesundheitseinrichtung zum Zeitpunkt der Entlassung des Versicherten oder vom Krankenhausarzt, der den Versicherten behandelt oder operiert hat, vorgeschrieben wurde, ein Tagegeld für den gleichen versicherten Betrag, der für die Garantie „Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt“ vereinbart wurde, und für eine Höchstdauer von 20 Tagen pro Ereignis und pro Versicherungsjahr. Das zusätzliche Tagegeld für die Genesung nach dem Krankenhausaufenthalt wird in den folgenden Fällen nicht gezahlt: <ul style="list-style-type: none"> • nach Krankenhausaufenthalten für natürliche Entbindung, Kaiserschnittgeburt und Eingriffe an Mandeln und adenoiden Vegetationen bei Personen unter 9 Jahren; • nach einem Aufenthalt im Day Hospital.
Verdoppelung des Tagegeldes bei Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Großen Chirurgischen Eingriffs	Bei einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Krankheit, die nach den Versicherungsbedingungen entschädigungsfähig ist und einen chirurgischen Eingriff erfordert, der in der „Liste der großen chirurgischen Eingriffe“ dieses Heftes aufgeführt ist, zahlt die Gesellschaft für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes das Doppelte der Versicherungssumme für das in der Police vereinbarte „Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt“, auch in diesem Fall für eine maximale Dauer von 365 Tagen und gegebenenfalls ohne Anwendung des Selbstbehalts.



Was ist NICHT versichert?

Ausgeschlossene Risiken	Es gibt keine weiteren Informationen als die im Informationsdokument angegebenen.
--------------------------------	---



Gibt es Deckungsgrenzen?

UNFÄLLE

Außer dem, was im Informationsdokument vorgesehen ist, sind alle Unfälle ausgeschlossen, die eintreten und verursacht werden durch:

- Verwendung und Fahren von Fortbewegungsmitteln unter Wasser;
- Ausübung einer Sportart, die für den Versicherten eine nicht erklärte berufliche Haupt- oder Nebentätigkeit darstellt;
- Verwendung von Fahrzeugen auf Rennstrecken, auch als Beifahrer und auch ohne Wettbewerb, mit Ausnahme von sicheren Fahrkursen, sowie Verwendung von Luftfahrzeugen (einschließlich Drachenfliegern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen) und Motorbooten bei Wettkämpfen und damit verbundenen Proben;
- andere nicht aufgeführte Sportarten, die eine hohe Gefährlichkeit aufweisen, und auf jeden Fall Extremsportarten;
- Alkoholeinfluss am Steuer von Fahrzeugen im Allgemeinen, Einfluss durch den Gebrauch oder Missbrauch von Psychopharmaka und psychotropen Arzneimitteln sowie durch den Gebrauch von Halluzinogenen und den nicht-therapeutischen Gebrauch von Betäubungsmitteln und auf jeden Fall, wenn sich der Versicherte in einem Zustand der Trunkenheit befindet;
- freiwilliger Wehrdienst und Einberufung zum Wehrdienst für die Mobilmachung oder aus anderen außergewöhnlichen Gründen;
- natürlich oder künstlich hervorgerufene atomare Energieumwandlungen oder -versetzungen und Beschleunigungen atomarer Teilchen (nukleare Kernspaltung oder -fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.);
- die Beteiligung an Unternehmungen einschließlich sportlicher Unternehmungen von außergewöhnlicher Art oder an leichtsinnigen Aktionen (z.B. Erkundungsfahrten, arktische Expeditionen, Himalaya- und/oder Anden-Expeditionen);
- die Versicherungsfälle, die direkt oder indirekt durch Geisteskrankheiten und psychische Störungen im Allgemeinen verursacht werden oder davon abhängen, einschließlich der organischen Gehirnsyndrome, schizophrenen Störungen, paranoischen Störungen, manisch-depressiven Formen, Epilepsie und entsprechenden Folgen und Komplikationen;
- Behandlungen und Eingriffe im Zusammenhang mit dem erworbenen Immunschwächesyndrom (AIDS) und Krankheiten im Zusammenhang mit der HIV-Infektion;
- Schäden, die hervorgerufen wurden durch nicht für friedliche Zwecke eingesetzte radioaktive, biologische und chemische Substanzen (d.h. wenn sie in Fällen von Krieg oder Aufständen verwendet werden).

In der folgenden Tabelle sind die Entschädigungsgrenzen, Selbstbehalte und etwaige Unterdeckungen zu den einzelnen im Abschnitt Unfälle angebotenen Abdeckungen aufgeführt:

Garantie	Entschädigungsgrenzen	Unterdeckung	Selbstbehalt
<i>Abschnitt Unfälle</i>			
Ästhetischer Schaden	5.000 Euro pro Versicherungsfall	-	-
Kosten für die Wohnungsanpassung bei schwerer dauerhafter Invalidität	5% des versicherten Betrags max. 10.000 Euro pro Versicherungsfall	-	-
Kosten für die Fahrzeuganpassung bei schwerer dauerhafter Invalidität	5% des versicherten Betrags max. 10.000 Euro pro Versicherungsfall	-	-
Verlust des Schuljahres	1.000 Euro pro Versicherungsfall und pro Versicherungsjahr	-	-
Erweiterung auf traumatische oder belastungsbedingte Hernien	30 Tage vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bei operierbaren Hernien; 10% des versicherten Betrags für dauerhafte Invalidität bei nicht operierbaren Hernien	-	-
Subkutane Sehnenrisse	5% des versicherten Betrags für dauerhafte Invalidität bis maximal € 5.000 pro Versicherungsfall und Versicherungsjahr; Entschädigung eines einzigen Versicherungsfalls pro Körperglied	-	-
Risiko Krieg, Terrorismus und Naturkatastrophen	maximale Gesamtzahlung zu Lasten der Gesellschaft 20.000.000,00 Euro.	-	-
Dauerhafte Invalidität aufgrund eines Unfalls	-	-	Variabel aufgrund der gewählten

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls	-	-	- 7 Tage; - Kein Selbstbehalt nach einem Unfall, der zu einem Krankenhausaufenthalt mit chirurgischem Eingriff führt; - 2 Tage bei Aufenthalt in einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung mit wenigstens zwei Übernachtungen
Unfallbehandlungskosten Überführung mit einem geeigneten Transportmittel	5% des versicherten Betrags	-	-
Unfallbehandlungskosten physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen	20% des versicherten Betrags, wenn sie innerhalb von 6 Monaten an dem Tag des Unfalls durchgeführt und in Rechnung gestellt werden	-	-
Unfallbehandlungskosten fachärztliche Untersuchungen, diagnostische Untersuchungen und Kontrollen, die innerhalb von 180 (einhundertachtzig) Tagen nach dem Unfall durchgeführt werden.	20% des versicherten Betrags	-	-
Unfallbehandlungskosten zahnärztliche Behandlungen	20% des versicherten Betrags bei einem Höchstbetrag von 3.000,00 Euro, sofern die Behandlung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durchgeführt wird.	-	-
Genesungstagegeld nach Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls	maximale Dauer 15 Tage pro Ereignis und Versicherungsjahr	-	-
Tagegeld bei Ruhigstellung mit einem Gipsverband	maximale Dauer 100 Tage pro Ereignis und Versicherungsjahr. maximale Dauer 30 Tage bei Frakturen, die keine Ruhigstellung vorsehen	-	-
Erweiterung auf „risikoarme“ Sportaktivitäten	Nicht gültig für die Garantie „vorübergehende Arbeitsunfähigkeit“ und „subkutaner Sehnenriss“	-	5%
Erweiterung auf „risikoreiche“ Sportaktivitäten	Nur für die Garantien „Tod“ und „dauerhafte Invalidität“ gültige Erweiterung Die entsprechend versicherten Beträge gelten als um 50% gemindert bei einem Höchstbetrag von € 300.000,00 für jede Garantie	-	10%
Obergrenze im Katastrophenfall	4.000.000,00 Euro	-	-

KRANKHEIT

! Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Krankheit

Außer dem, was im Informationsdokument wiedergegeben ist, gilt die Versicherung nicht für Krankenhausaufenthalte, die sich auf Folgendes beziehen:

- Unfälle im Allgemeinen;
- direkte Folgen von Krankheiten, Missbildungen und pathologischen Zuständen, die vor Vertragsabschluss zu einer Behandlung oder Untersuchung oder Diagnose geführt haben, die der Versicherungsnehmer/Versicherte der Gesellschaft bei Vertragsabschluss vorsätzlich oder grob fahrlässig vorenthalten hat;
- Beseitigung oder Korrektur angeborener körperlicher Mängel und/oder Fehlbildungen, die vor Abschluss der Police bestanden haben;
- Beseitigung und/oder Korrektur von Refraktionsfehlern wie Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Übersichtigkeit, Weitsichtigkeit;
- Berufskrankheiten;
- die Versicherungsfälle, die direkt oder indirekt durch Geisteskrankheiten und/oder geistige Behinderungen und psychische Störungen im Allgemeinen verursacht werden oder davon abhängen, einschließlich der organischen Gehirnsyndrome, schizophrenen Störungen, paranoischen Störungen, manisch-depressiven Formen, Epilepsie und entsprechenden Folgen und Komplikationen;

- Folgen aufgrund von Trunkenheit, Gebrauch und Missbrauch von Psychopharmaka und psychotropen Arzneimitteln, Gebrauch von Betäubungsmitteln, unbeschadet der therapeutischen Verabreichung, sowie von Halluzinogenen und dergleichen;
- freiwillige und nicht therapeutische Unterbrechung der Schwangerschaft;
- alle Folgen von Anorexie und Bulimie sowie Leistungen und Therapien im Allgemeinen für diätetische Zwecke;
- Leistungen und Therapien, die nicht von der offiziellen Medizin anerkannt sind, wie z.B. homöopathische und phytotherapeutische Therapien;
- konservative, prothetische, implantologische, extraktive und orthodontische Zahnbehandlungen sowie die Behandlungen des Zahnfleisches, es sei denn, es handelt sich um Behandlungen, die aufgrund bösartiger Neoplasien notwendig sind;
- die direkten oder indirekten Folgen von natürlich oder künstlich hervorgerufenen atomaren Energieumwandlungen oder -versetzungen und Beschleunigungen atomarer Teilchen (nukleare Kernspaltung oder -fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.), es sei denn, sie werden verursacht durch Strahlungen, die für medizinische Therapien verwendet werden;
- Krankenhausaufenthalte aufgrund der Notwendigkeit, dass der Versicherte, nachdem er dauerhaft pflegebedürftig geworden ist, bei der Durchführung der grundlegenden Handlungen des täglichen Lebens Unterstützung von Dritten erhält, sowie langfristige Krankenhausaufenthalte, die vor allem durch pflegerische oder physiotherapeutische Maßnahmen erforderlich geworden sind;
- stationäre Aufenthalte in Pflegeheimen, Genesungsheimen, Wohnheimen oder Thermaltherapien, auch im Rahmen von Gesundheitseinrichtungen;
- Behandlungen zur künstlichen Befruchtung, Behandlung der erworbenen Unfruchtbarkeit und/oder der Impotenz der einzelnen Partner des Paares.

! **Große chirurgische Eingriffe**

Die Versicherung gilt nicht für folgende Ausgaben in Bezug auf:

- direkte Folgen von Unfällen, Krankheiten, Missbildungen und pathologischen Zuständen, die vor Vertragsabschluss zu einer Behandlung oder Untersuchung oder Diagnose geführt haben, die der Versicherungsnehmer- Versicherte der Gesellschaft bei Vertragsabschluss vorsätzlich oder grob fahrlässig vorenthalten hat;
- Beseitigung oder Korrektur angeborener körperlicher Mängel und/oder Fehlbildungen, die vor Abschluss des Vertrags bestanden haben;
- Krankenhausaufenthalt, und medizinische Kosten, die direkt oder indirekt durch Geisteskrankheiten und/oder geistige Behinderungen und psychische Störungen im Allgemeinen verursacht werden oder davon abhängen, einschließlich der organischen Gehirnsyndrome, schizophrenen Störungen, paranoiden Störungen, manisch-depressiven Formen, Epilepsie und entsprechenden Folgen und Komplikationen;
- Berufskrankheiten;
- Folgen vorsätzlicher Handlungen, die vom Versicherten vollführt oder versucht wurden, sowie solche, die er freiwillig gegen seine eigene Person gerichtet oder zugelassen hat;
- Folgen von Alkoholeinfluss am Steuer von Fahrzeugen im Allgemeinen, Einfluss durch den Gebrauch oder Missbrauch von Psychopharmaka und psychotropen Arzneimitteln sowie auf durch den Gebrauch von Halluzinogenen und den nicht-therapeutischen Gebrauch von Betäubungsmitteln;
- Natürliche Entbindung, Kaiserschnitt-Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie die Krankheiten durch Schwangerschaft und Wochenbett;
- Leistungen zu ästhetischen Zwecken;
- konservative, prothetische, implantologische, extraktive und orthodontische Zahnbehandlungen sowie die Behandlungen des Zahnfleisches; ausgeschlossen sind alle Arten von Zahnprothesen, es sei denn, es handelt sich um Behandlungen, die aufgrund bösartiger Neoplasien notwendig sind;
- Kauf, Wartung und Reparatur von Prothesen und Therapiegeräten, mit Ausnahme von Endoprothesen, die während des chirurgischen Eingriffs eingesetzt werden;
- die direkten oder indirekten Folgen von natürlich oder künstlich hervorgerufenen atomaren Energieumwandlungen oder -versetzungen und Beschleunigungen atomarer Teilchen (nukleare Kernspaltung oder -fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.), es sei denn, sie werden verursacht durch Strahlungen, die für medizinische Therapien verwendet werden;
- Einlieferungen in Pflegeheime, sofern sie als Gesundheitseinrichtungen qualifiziert sind;
- alle Folgen von Anorexie und Bulimie sowie Leistungen und Therapien im Allgemeinen für diätetische Zwecke;
- Leistungen und Therapien, die nicht von der Medizin anerkannt sind, wie z.B. homöopathische und phytotherapeutische Therapien;
- Behandlungen zur künstlichen Befruchtung, Behandlung der erworbenen Unfruchtbarkeit und/oder der Impotenz der einzelnen Partner des Paares;
- Folgen der Ausübung von professionellen sportlichen Aktivitäten und „risikoreichen“ sportlichen Aktivitäten;

- Unfallfolgen aufgrund der Verwendung von Fahrzeugen auf Rennstrecken, auch als Beifahrer und auch ohne Wettbewerb, mit Ausnahme von sicheren Fahrkursen, sowie Verwendung von Luftfahrzeugen (einschließlich Drachenfliegern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen) und Motorbooten bei Wettkämpfen und damit verbundenen Proben;
- Unfallfolgen aufgrund der Teilnahme als Fahrer als auch als Beifahrer, an Auto- oder Motorradrennen und damit verbundenen Tests und Trainingsfahrten, es sei denn, es handelt sich um geregelte Wettbewerbe und damit verbundene Probefahrten;
- Folgen von Volksaufständen, Terroranschlägen, Attentaten, sofern der Versicherte nicht aktiv daran teilgenommen hat;
- die Beteiligung an Unternehmungen einschließlich sportlicher Unternehmungen von außergewöhnlicher Art oder an leichtsinnigen Aktionen (z.B. Erkundungsfahrten, arktische Expeditionen, Himalaya- und/oder Anden-Expeditionen);
- Unfallfolgen aufgrund der Verwendung und/oder des Fahrens von Unterwasser- oder Luftfahrzeugen;
- Unfallfolgen aufgrund des Fahrens von motorbetriebenen Fahrzeugen oder Booten für andere als private Zwecke (der Ausschluss gilt nicht für die Berufskategorien „Taxifahrer und LKW-Fahrer“) und auf jeden Fall, wenn der versicherte Fahrer nicht im Besitz der vorgeschriebenen Fahrerlaubnis ist oder im Zustand der Trunkenheit fährt;
- Behandlungen und Eingriffe im Zusammenhang mit dem erworbenen Immunschwächesyndrom (AIDS) und Krankheiten im Zusammenhang mit der HIV-Infektion;
- Unfälle oder Krankheiten, die hervorgerufen werden durch nicht für friedliche Zwecke eingesetzte radioaktive, biologische und chemische Substanzen (d.h. in Fällen von Krieg und Aufständen).

! Dauerhafte Invalidität aufgrund einer Krankheit

Die Versicherung gilt nicht für dauerhafte Invaliditäten, die vor dem Inkrafttreten der Versicherung bestanden haben, sowie solche, die auf vorher bestehende Körpermängel, Missbildungen oder pathologische körperliche Erkrankungen zurückzuführen sind.

Ausgeschlossen sind des Weiteren dauerhafte Invaliditäten, die direkt oder indirekt auf Folgendes zurückzuführen sind:

- Geisteskrankheiten und psychische Störungen im Allgemeinen, einschließlich der organischen Gehirnsyndrome, schizophrenen Störungen, paranoischen Störungen, manisch-depressiven Formen, Epilepsie und entsprechenden Folgen und Komplikationen;
- vorsätzliche oder versuchte Straftaten des Versicherten;
- erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS) und Krankheiten im Zusammenhang mit der HIV-Infektion;
- Tropenkrankheiten;
- Ästhetische Behandlungen, Abmagerungskuren und diätetische Therapien;
- die direkten oder indirekten Folgen von natürlich oder künstlich hervorgerufenen atomaren Energieumwandlungen oder -versetzungen und Beschleunigungen atomarer Teilchen (nukleare Kernspaltung oder -fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.);
- Berufskrankheiten;
- Krankheiten, die hervorgerufen wurden durch nicht für friedliche Zwecke eingesetzte radioaktive, biologische und chemische Substanzen (d.h. wenn sie in Fällen von Krieg oder Aufständen verwendet werden).

In der folgenden Tabelle sind die Entschädigungsgrenzen, Selbstbehalte und etwaigen Unterdeckungen zu den im Abschnitt Krankheit angebotenen Abdeckungen aufgeführt:

Garantie	Entschädigungsgrenze	Selbstbehalt	Unterdeckung
Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Krankheit	Maximale Dauer 100 Tage pro Ereignis und pro Jahr	Anzahl der in der Police angegebenen Tage	-
Zusätzliches Tagegeld für die Genesung nach dem Krankenhausaufenthalt	Maximale Dauer 20 Tage pro Ereignis und pro Jahr	-	-
Verdoppelung des Tagegeldes bei Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Großen Chirurgischen Eingriffs	maximal 200 Euro pro Tag für maximal 365 Tage	-	-
Krankenhausaufenthalt für großen chirurgischen Eingriff	Alternativ zur Erstattung des Eingriffs ist es möglich, die Zahlung eines Tagegeldes von 150,00 Euro pro Tag für maximal 90 Tage zu beantragen	-	-
Dauerhafte Invalidität aufgrund einer Krankheit		25%	-

! BETREUUNG

Die maximale Deckungsdauer für jeden ununterbrochenen Auslandsaufenthalt in jedem Jahr der Gültigkeit der Police beträgt 60 Tage.

Der Versicherte entbindet die Ärzte, die ihn nach oder auch vor dem Versicherungsfall untersucht oder behandelt haben, vom Berufsgeheimnis in Bezug auf die Versicherungsfälle, die Gegenstand dieser Leistung sind.

Alle Leistungen sind nicht geschuldet für Versicherungsfälle, die auf Folgendes zurückzuführen sind:

- Krieg, Erdbeben, Wetterphänomenen mit Katastrophenmerkmalen, Phänomene der Umwandlung des Atomkerns, Strahlungen infolge der künstlichen Beschleunigung von Atomteilchen;
- Streiks, Revolutionen, Aufruhr oder Volksaufstände, Plünderungen, Terrorismus und Vandalismus;
- Vorsatz des Versicherten;
- Selbstmord oder versuchter Selbstmord;
- Unfälle durch die Ausübung folgender Aktivitäten: Bergsteigen mit Felsklettern oder Zugang zu Gletschern, Skispringen, Wasserskispringen, Fahren und Benutzung von Bobschlitten, Luftsportarten im Allgemeinen, tollkühne Handlungen, Auto-, Motorboot- oder Motorradrennen und die entsprechenden Probe- und Trainingsfahrten, sowie alle Unfälle, die infolge beruflich ausgeübter Sportaktivitäten erlitten wurden;
- Geisteskrankheiten und psychische Störungen im Allgemeinen, einschließlich der organischen Gehirnsyndrome, schizophrenen Störungen, paranoischen Störungen, manisch-depressiven Formen, Epilepsie und entsprechenden Folgen und Komplikationen;
- Krankheiten durch Schwangerschaft nach dem 6. Monat oder Wochenbett;
- Krankheiten, die dem Versicherten bekannt waren, aber im Anamnese-Fragebogen nicht angegeben wurden, und die bereits bestehenden Krankheiten, die im Anamnese-Fragebogen angegeben und von der Gesellschaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen wurden;
- Alkoholmissbrauch, durch den Gebrauch oder Missbrauch von Psychopharmaka und psychotropen Arzneimitteln sowie durch den Gebrauch von Halluzinogenen und den nicht-therapeutischen Gebrauch von Betäubungsmitteln;
- Organentnahme und/oder -transplantation;

Die Leistungen werden auch nicht in den Ländern erbracht, die sich in einem Zustand der erklärten oder faktischen Kriegsführung befinden.

In der folgenden Tabelle sind die Entschädigungsgrenzen, Selbstbehalte und etwaige Unterdeckungen zu den einzelnen im Abschnitt Betreuung angebotenen Abdeckungen aufgeführt:

Garantie	Entschädigungsgrenze	Selbstbehalt	Unterdeckung
<i>Betreuung</i>			
Unabhängig vom Aufenthaltsort des Versicherten geleistete Garantien			
Entsenden einer Pflegekraft zum Wohnsitz	€ 200,00	-	-
Entsenden eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz	€ 200,00	-	-
Krankenwagentransport in Italien	maximal 200 km	-	-
Transport im Krankenwagen oder im Taxi in Italien nach der Entlassung	€ 100,00	-	-
Geleistete Garantien, wenn sich der Versicherte mehr als 50 km entfernt von seiner Wohnsitzgemeinde befindet			
Dolmetscher im Ausland	maximal 8 Arbeitsstunden	-	-
Vorauszahlung der Arztkosten	€ 500,00	-	-
Reise eines Familienangehörigen	€ 500,00	-	-
Leichenrückführung	€ 3.000,00	-	-



Welche Pflichten habe ich? Welche Pflichten hat die Gesellschaft?

Was tun im Versicherungsfall?

Anzeige eines Versicherungsfalls:

UNFALL

Bei einem Versicherungsfall müssen der Versicherungsnehmer/Versicherte oder seine Anspruchsberechtigten:

- alles Mögliche unternehmen, um den Schaden zu vermeiden oder zu verringern, indem sie sich sofort einer medizinischen Behandlung unterziehen, ihre Vorschriften befolgen und Handlungen vermeiden, die die Behandlung und die Fähigkeit behindern könnten, die Arbeit wieder aufzunehmen;
- dies der Agentur, der die Police zugewiesen ist, oder der Gesellschaft innerhalb von 3 Tagen ab dem Zeitpunkt mitteilen, zu dem die Möglichkeit hierzu bestand;
- der Anzeige des Versicherungsfalls ein ärztliches Attest beifügen; die Anzeige muss auch die Angabe von Ort, Tag und Uhrzeit des Ereignisses sowie eine detaillierte Beschreibung des Vorgangs enthalten;
- den Verlauf der Verletzungen mit zusätzlichen ärztlichen Attesten dokumentieren; im Falle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit müssen die Bescheinigungen zu ihrem jeweiligen

Ablaufdatum erneuert werden, und die Entschädigung wird nach Abschluss der klinischen Genesung gezahlt;

- sich in Italien ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen unterziehen, die von der Gesellschaft verfügt wurden, ihr alle Informationen zur Verfügung stellen und eventuelle vollständige Krankenblätter und alle anderen Gesundheitsunterlagen im Original vorlegen, wobei zu diesem Zweck jeder Arzt, der ihn untersucht und behandelt hat, vom Berufsgeheimnis befreit wird;
- die Originale der Rechnungen, Zahlungsbelege, Quittungen für die Zahlung der medizinischen Kosten beilegen, die ordnungsgemäß im Zusammenhang mit der Garantie „Unfallbehandlungskosten“ quittiert wurden;
- auf jeden Fall der Gesellschaft eine Genesungsbescheinigung oder gleichwertige Unterlagen zur Verfügung stellen, die die Stabilisierung der behindernden Folgeerscheinungen belegen (z.B. ein medizinischer Bericht oder INAIL-Invaliditätsbescheinigungen).

Der Versicherte oder im Todesfall die Anspruchsberechtigten müssen den Ärzten der Gesellschaft gestatten, alle Untersuchungen und Ermittlungen (einschließlich der Genehmigung einer Autopsie unter Hinzuziehung eines von der Gesellschaft gewählten Arztes) durchzuführen, die sie für notwendig hält, und zu diesem Zweck die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben, vom Berufsgeheimnis zu entbinden.

Die Bewertung der Folgen einer dauerhaften Invalidität muss in Italien durchgeführt werden.

Die Nichterfüllung dieser Pflichten kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Rechts auf Entschädigung führen.

Im Falle des Todes des Versicherten durch einen Unfall muss der in der Police genannte Anspruchsberechtigte oder, falls dies nicht der Fall ist, die legitimen Erben und/oder Testamentsvollstrecker Folgendes vorweisen:

- medizinische Unterlagen und Krankenblatt, falls es zu einem Krankenhausaufenthalt gekommen ist;
- Sterbeurkunde;
- Familienstandsbescheinigung des Versicherten;
- eine eidesstattliche Versicherung, aus der die Testamentslage und die Identifizierung der Erben hervorgeht;
- bei Minderjährigen oder nicht geschäftsfähigen Personen unter den Anspruchsberechtigten oder rechtmäßigen Erben das Dekret des Vormundschaftsrichters, das die Liquidation genehmigt und die Gesellschaft von der Weiterverwendung des Anteils befreit, der dem Minderjährigen oder der nicht geschäftsfähigen Person zusteht;
- alle weiteren Unterlagen, die zur Feststellung der Modalitäten des Versicherungsfalls sowie zur korrekten Identifizierung der berechtigten Personen erforderlich sind.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Kosten in Bezug auf die ärztlichen Bescheinigungen und alle anderen angeforderten medizinischen Unterlagen zu Lasten des Versicherten gehen.

KRANKHEIT

Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Krankheit

Bei einem Versicherungsfall müssen der Versicherungsnehmer/Versicherte oder seine Anspruchsberechtigten:

- alles Mögliche unternehmen, um den Schaden zu vermeiden oder zu verringern, indem sie sich sofort einer medizinischen Behandlung unterziehen, die Vorschriften befolgen und Handlungen vermeiden, die die Behandlung behindern könnten;
- dies der Agentur, der die Police zugewiesen ist, oder der Gesellschaft innerhalb von 3 Tagen ab dem Zeitpunkt mitteilen, zu dem die Möglichkeit hierzu bestand;
- der Gesellschaft die vollständige Krankenakte und alle anderen Gesundheitsdokumente im Original zur Verfügung stellen, um die Krankheit zu ermitteln, die zum Krankenhausaufenthalt geführt hat, wobei zu diesem Zweck jeder Arzt, der ihn untersucht und behandelt hat, vom Berufsgeheimnis befreit wird;
- sich in Italien allen medizinischen Untersuchungen und Inspektionen unterziehen, die von der Gesellschaft angeordnet wurden.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Kosten in Bezug auf die ärztlichen Bescheinigungen und alle anderen angeforderten medizinischen Unterlagen zu Lasten des Versicherten gehen.

Große chirurgische Eingriffe

Bei einem Versicherungsfall müssen der Versicherungsnehmer/Versicherte oder seine Anspruchsberechtigten:

	<ul style="list-style-type: none"> - alles Mögliche unternehmen, um den Schaden zu vermeiden oder zu verringern, indem sie sich sofort einer medizinischen Behandlung unterziehen, die Vorschriften befolgen und Handlungen vermeiden, die die Behandlung behindern könnten; - dies der Agentur, der die Police zugewiesen ist, oder der Gesellschaft innerhalb von 3 Tagen ab dem Zeitpunkt mitteilen, zu dem die Möglichkeit hierzu bestand; - der Gesellschaft die vollständige Krankenakte und alle anderen Gesundheitsdokumente im Original zur Verfügung stellen, um die Krankheit zu ermitteln, die zum Krankenhausaufenthalt geführt hat, wobei zu diesem Zweck jeder Arzt, der ihn untersucht und behandelt hat, vom Berufsgeheimnis befreit wird; - der Gesellschaft die Originale der ordnungsgemäß quittierten Rechnungen, Zahlungsbelege, Quittungen für die medizinischen Kosten übergeben; - sich in Italien allen medizinischen Untersuchungen und Inspektionen unterziehen, die von der Gesellschaft angeordnet wurden. <p>Es wird darauf hingewiesen, dass die Kosten in Bezug auf die ärztlichen Bescheinigungen und alle anderen angeforderten medizinischen Unterlagen zu Lasten des Versicherten gehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dauerhafte Invalidität aufgrund einer Krankheit</u> Im Versicherungsfall muss der Versicherte oder jemand anderer an seiner Stelle: <ul style="list-style-type: none"> - die Krankheit innerhalb von 10 Tagen nach dem Zeitpunkt anzeigen, zu dem nach ärztlicher Auffassung Grund zu der Annahme besteht, dass die diagnostizierte Krankheit aufgrund ihrer Merkmale und mutmaßlichen Folgen die geleistete Garantie betreffen könnte; - der Gesellschaft die ärztliche Bescheinigung über die Art der Krankheit schicken; - der Gesellschaft regelmäßig die Informationen über den Verlauf der angezeigten Krankheit übermitteln und eine Kopie der Krankenakten aller eventuellen Krankenhausaufenthalte sowie alle anderen Dokumente zur Verfügung stellen, die zur Beurteilung der eventuell behindernden Folgen beitragen können; - sich in Italien ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen unterziehen, die von der Gesellschaft verfügt wurden, und ihr alle diesbezüglichen Informationen zur Verfügung stellen, wobei zu diesem Zweck jeder Arzt, der ihn untersucht und behandelt hat, vom Berufsgeheimnis befreit wird; - der Gesellschaft im Fall der klinischen Genesung der angezeigten Krankheit mit stabilisierten behindernden Folgen das entsprechende ärztliche Attest zur Verfügung stellen; - in anderen als den oben genannten Fällen bei der Gesellschaft beantragen, die Folgen zu ermitteln. <p>Die Bewertung der Folgen einer dauerhaften Invalidität muss in Italien durchgeführt werden. Es wird darauf hingewiesen, dass die Kosten in Bezug auf die ärztlichen Bescheinigungen und alle anderen angeforderten medizinischen Unterlagen zu Lasten des Versicherten gehen.</p> <p>Direkte Betreuung/Betreuung aufgrund einer Vereinbarung: nicht vorgesehen.</p> <p>Betreuung durch andere Unternehmen: unter Bezugnahme auf die Garantie Betreuung wird darauf hingewiesen, dass die Gesellschaft die Abwicklung der Versicherungsfälle Europ Assistance Service S.p.A. anvertraut hat.</p> <p>Verjährung: Im Sinne von Artikel 2952 des Zivilgesetzbuches verjähren die Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach zwei Jahren ab dem Tag, an dem der Umstand eingetreten und der Anspruch entstanden ist.</p>
<p>Ungenau oder verweigerte Erklärungen</p>	<p>Die ungenauen Erklärungen des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten zu den Umständen oder sein Verschweigen von Umständen, die die Bewertung des Risikos beeinflussen, können zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung sowie die Beendigung der Versicherung zur Folge haben. Die ausgebliebene Mitteilung von Veränderungen, die das Risiko erhöhen, kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung sowie zur Beendigung der Versicherung führen.</p> <p>Vorausgeschickt, dass die Gesellschaft die Umstände kennen muss, die das Risiko beeinflussen können, um eine korrekte Bewertung vornehmen zu können, ist bei Abschluss einer Police, bei der eine der Garantien des Abschnitts Krankheit vorliegt, das vorherige Ausfüllen eines Anamnese-Fragebogens erforderlich. Es ist wichtig, diesen Fragebogen, der ein wesentlicher Bestandteil der Police ist, genau und wahrheitsgemäß zu beantworten.</p> <p>Mit der Unterzeichnung des Fragebogens übernimmt der Versicherte die Verantwortung für die darin enthaltenen Angaben.</p>

Pflichten der Gesellschaft	Die Gesellschaft wird das Ergebnis der Bewertung des Versicherungsfalls innerhalb von 90 Tagen nach Erhalt der erhaltenen vollständigen Unterlagen mitteilen und die Zahlung der Entschädigung innerhalb von 30 Tagen nach Unterzeichnung der Empfangsbestätigung veranlassen.
-----------------------------------	--

 Wann und wie muss ich bezahlen?	
Prämie	<p>Die Prämie wird für Versicherungszeiträume von einem Jahr festgelegt und ist daher vollständig zahlbar, auch wenn deren Zahlung in mehreren Raten gewährt wurde.</p> <p>Es ist die Möglichkeit vorgesehen, den fälligen Betrag in halbjährlichen, viermonatlichen und vierteljährlichen Raten zu zahlen, indem die Jahresprämie um jeweils 3%, 4% bzw. 5% erhöht wird.</p> <p>Die Prämien für die in Abschnitt I Unfälle vorgesehenen Garantien werden auch anhand des Alters des Versicherten ermittelt. Zu jedem jährlichen Ablaufdatum kann die Prämie für jeden Versicherten durch Anwendung der vorgesehenen Koeffizienten angepasst werden.</p> <p>Die gezahlte Versicherungsprämie umfasst die nach der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Steuern.</p>
Rückerstattung	Bei Rücktritt im Versicherungsfall erstattet die Gesellschaft dem Versicherungsnehmer innerhalb von 30 Tagen nach ihrer Beendigung den Teil der Prämie abzüglich der bereits gezahlten Steuer, der sich auf den Zeitraum zwischen der Beendigung der Versicherung und dem Ablauf der Versicherungszeit bezieht, für den die Prämie gezahlt wurde.

 Wann beginnt und wann endet die Abdeckung?	
Dauer	<p>Die Police kann entweder in der Form mit stillschweigender Verlängerung bei Ablauf oder in der Form ohne stillschweigende Verlängerung abgeschlossen werden und kann ein oder mehrere Jahre dauern.</p> <p>Bei Wahl der ersten Form wird der Vertrag bei Nichtvorliegen einer Kündigung stillschweigend um ein Jahr verlängert; bei ordnungsgemäßer Kündigung erlischt die Garantie mit dem Ablauf des Vertrages und der Toleranzzeitraum von 30 Tagen findet keine Anwendung</p> <p>Wird dagegen die Form ohne stillschweigende Verlängerung gewählt, sieht die Police keine stillschweigende Verlängerung vor und der Versicherungsschutz endet daher mit dem in der Police vereinbarten Ablaufdatum.</p> <p>Bei mehrjähriger Dauer ist es nicht möglich, vor dem Ablauf zurückzutreten. Wenn der Vertrag mehrjährig ist und fünf Jahre überschreitet, kann der Versicherungsnehmer das Rücktrittsrecht erst nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 60 Tagen und mit Wirkung zum Ende des Jahres ausüben, in dem das Rücktrittsrecht ausgeübt wurde.</p> <p>Karenz: in den folgenden Fällen sieht die Versicherung Zeiten der Nichtabdeckung vor:</p> <p><u>Traumatische und/oder belastungsbedingte Hernien:</u> Der Versicherungsschutz beginnt um 24.00 Uhr des 180. Tages ab dem Tag, an dem die Garantie beginnt oder die Prämienzahlung erfolgt, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt.</p> <p><u>Subkutaner Sehnenriss:</u> der Versicherungsschutz beginnt um 24 Uhr des 180. Tages ab dem Tag, an dem die Garantie beginnt oder die Prämienzahlung erfolgt, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt.</p> <p><u>Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Krankheit:</u> die Versicherungsabdeckung beginnt um 24 Uhr:</p> <ul style="list-style-type: none"> - des 365. Tages nach dem Tag, an dem die Police in Kraft tritt oder die Prämie gezahlt wurde, falls dies später erfolgt, für natürliche Entbindung, Kaiserschnitt, unfreiwillige Abtreibung, von der Schwangerschaft und vom Wochenbett abhängige Krankheiten; - des 180. Tages nach dem Tag, an dem die Police in Kraft tritt oder die Prämie gezahlt wurde, falls dies später erfolgt, für bereits bestehende Krankheiten, die Ausdruck oder Folge von pathologischen Bedingungen sind, die sich zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der Police noch nicht manifestiert haben, aber vor diesem Zeitpunkt bereits vorhanden waren, sowie für die Folgen von pathologischen Bedingungen, die dem Versicherungsnehmer/Versicherten bekannt sind, oder die vor der Unterzeichnung der Police diagnostiziert oder behandelt wurden, sofern sie der Gesellschaft zum Zeitpunkt der Ausfüllung des Anamnese-Fragebogens mitgeteilt und von der Gesellschaft selbst ohne ausdrückliche Einschränkung des Risikos akzeptiert wurden; - des 30. Tages nach dem Tag, an dem die Police in Kraft tritt oder die Prämie gezahlt wurde, falls dies später erfolgt, für alle anderen Krankheiten.

	<p><u>Große chirurgische Eingriffe:</u> die Versicherungsabdeckung beginnt um 24 Uhr:</p> <ul style="list-style-type: none"> - des Tages, an dem die Police in Kraft tritt, oder des Tages, an dem die Prämie gezahlt wird, falls dies später erfolgt; - des 180. Tages nach dem Tag, an dem die Police in Kraft tritt oder die Prämie gezahlt wurde, falls dies später erfolgt, für bereits bestehende Krankheiten, die Ausdruck oder Folge von pathologischen Bedingungen sind, die sich zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der Police noch nicht manifestiert haben, aber vor diesem Zeitpunkt bereits vorhanden waren, sowie für die Folgen von pathologischen Bedingungen, die dem Versicherungsnehmer/Versicherten bekannt sind, oder die vor der Unterzeichnung der Police diagnostiziert oder behandelt wurden, sofern sie der Gesellschaft zum Zeitpunkt der Ausfüllung des Anamnese-Fragebogens mitgeteilt und von der Gesellschaft selbst ohne ausdrückliche Einschränkung des Risikos akzeptiert wurden; - des 30. Tages nach dem Tag, an dem die Police in Kraft getreten ist oder die Prämie gezahlt wurde, falls dies später erfolgt, für die anderen Krankheiten. <p><u>Dauerhafte Invalidität aufgrund einer Krankheit:</u> Der Versicherungsschutz beginnt um 24.00 Uhr des 90. Tages ab dem Tag, an dem die Police beginnt oder die Prämienzahlung erfolgt, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt.</p>
Aussetzung	Nicht vorgesehen.

 Wie kann ich die Police kündigen?	
Widerruf nach dem Abschluss	Der Vertrag sieht kein Widerrufsrecht nach dem Abschluss vor.
Auflösung	<p>Rücktritt im Versicherungsfall. Nach jedem Versicherungsfall und bis zum 60. Tag ab der Zahlung oder der Ablehnung der Entschädigung kann jede der Parteien von der Versicherung zurückgetreten, indem sie dies der anderen Partei per Einschreiben mitteilt. Der Rücktritt wird mit Ablauf des laufenden Jahreszeitraums oder, wenn er weniger als 60 Tage vor diesem Datum mitgeteilt wird, mit dem folgenden jährlichen Ablaufdatum wirksam.</p> <p>Wenn die Police eine oder mehrere Garantien des Abschnitts Gesundheit versichert, kann der Rücktritt von der Gesellschaft nach zwei Jahren ab dem Datum des Versicherungsabschlusses nicht ausgeübt werden.</p> <p>Rücktritt bei Verträgen von mehrjähriger Dauer. Bei den Verträgen von mehrjähriger Dauer sind die Parteien für die gesamte vereinbarte Vertragsdauer gebunden, und beide können den Vertrag bei dem in der Police genannten Ablauf auflösen. Falls die Versicherung mehr als fünf Jahre dauert, hat nur der Versicherungsnehmer das Recht, nach Ablauf des ersten Fünfjahreszeitraums vom Vertrag unentgeltlich mit einer Kündigungsfrist von 60 Tagen zurückzutreten.</p>

 An wen wendet sich das Produkt?	
Das Produkt richtet sich an eine Art von Kunden, die sich vor den möglichen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls während ihrer Arbeit, ihrer Freizeit und/oder der Ausübung bestimmter sportlicher Aktivitäten schützen wollen und darüber hinaus zusätzliche optionale Betreuungsgarantien in Anspruch nehmen möchten.	

 Welche Kosten muss ich tragen?	
Der durchschnittliche Anteil der an Vermittler gezahlten Provisionen beträgt 24,9%.	

WIE KANN ICH BESCHWERDEN EINREICHEN UND STREITIGKEITEN LÖSEN?

<p>An die Versicherungsgesellschaft</p>	<p>Beschwerden im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis oder der Abwicklung der Versicherungsfälle sind schriftlich an die Beschwerdestelle der Gesellschaft unter Verwendung der folgenden Kontaktdaten zu richten: Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Ufficio Reclami- Via G.B. Cassinis 21, 20139 Mailand Fax 02 5351794 - E-Mail: reclami@helvetia.it. Die Gesellschaft ist auch für Beschwerden über Rechtssubjekte verantwortlich, die in den operativen Zyklus einbezogen sind, einschließlich der Agenten und deren Beschäftigte oder Mitarbeiter. Die Gesellschaft schickt die entsprechende Antwort innerhalb von 45 Tagen ab dem Empfang der Beschwerde, was sich auf bis zu 60 Tage verlängert, wenn die Beschwerde das Verhalten des Agenten (einschließlich seiner Beschäftigten oder Mitarbeiter) betreffen.</p>
<p>An IVASS</p>	<p>Im Falle eines unbefriedigenden Ergebnisses oder einer verspäteten Antwort können Sie sich wenden an: IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, zertifizierte E-Mail: ivass@pec.ivass.it. Infos unter: www.ivass.it</p>
<p>BEVOR SIE SICH AN DIE GERICHTSBEHÖRDE WENDEN, ist es möglich, auf alternative Streitbeilegungssysteme zurückzugreifen, wie z.B.:</p>	
<p>Mediation</p>	<p>Einschaltung einer Mediationsstelle unter denen, die in der Liste des Justizministeriums aufgeführt sind. Die Liste kann konsultiert werden unter www.giustizia.it. (Gesetz Nr. 98 vom 9.8.2013).</p>
<p>Verhandlungsübereinkunft mit Rechtsbeistand</p>	<p>Auf Ersuchen ihres Anwalts an die Gesellschaft.</p>
<p>Andere alternative Systeme zur Streitbeilegung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schiedsverfahren (fakultativ): bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherten und der Gesellschaft hinsichtlich der Festlegung der Schadenshöhe. In diesem Fall vereinbaren die von jeder der Parteien benannten Sachverständigen gemäß der Police die Benennung eines dritten Sachverständigen, des Schiedsrichters, um eine Entscheidung zu treffen. • FIN-NET-Verfahren: zur Beilegung des grenzüberschreitenden Streitfalls kann der Beschwerdeführer mit Wohnsitz in Italien die Beschwerde der Aufsichtsbehörde IVASS oder direkt dem zuständigen ausländischen System vorlegen und die Aktivierung des Verfahrens über die Website internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, beantragen. <p>Über die Website der Gesellschaft (www.helvetia.it) ist es möglich, nähere Informationen über die Modalitäten zur Aktivierung alternativer Systeme zur Beilegung von Streitfällen zu erhalten.</p>

FÜR DIESEN VERTRAG VERFÜGT DIE GESELLSCHAFT ÜBER KEINEN FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER RESERVIERTEN BEREICH (sog. HOME INSURANCE), WESHALB SIE NACH DER UNTERZEICHNUNG DIESEN VERTRAG NICHT TELEMATISCH VERWALTEN KÖNNEN.

**Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Generalvertretung und Direktion für Italien
Gruppe Helvetia**

Police Unfall- und Krankenversicherung

Helvetia Zero Imprevisti

Versicherungsbedingungen

Vodr. H1005 Ed. 01/2019

Kraft dessen, was im zweiten Absatz von Art. 166 des Versicherungsgesetzes festgelegt ist (gesetzesvertretendes Dekret Nr. 209 v. 7.9.2005), sind in den Versicherungsbedingungen diejenigen Bedingungen im Schriftbild besonders hervorgehoben, die Verfallsfristen, Nichtigkeiten oder Einschränkungen der Garantien oder Verpflichtungen zu Lasten des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten angeben.

Zur bequemerem Einsichtnahme wird zusammenfassend der Inhalt dieses Dokuments wiedergegeben:

INHALT

BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG IM ALLGEMEINEN REGELN	4
FÜR ALLE ABSCHNITTE GELTENDE BESTIMMUNGEN	6
ABSCHNITT I - UNFÄLLE	8
BESTIMMUNGEN, DIE DIE UNFALLVERSICHERUNG REGELN	8
ZUSÄTZLICHE BEDINGUNGEN ABSCHNITT I - UNFÄLLE	17
BESTIMMUNGEN FÜR DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS BEI EINEM UNFALL	21
ABSCHNITT II - KRANKHEIT	24
BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG FÜR TAGEGELD BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT AUFGRUND EINER KRANKHEIT REGELN	24
ZUSÄTZLICHE BEDINGUNGEN - ABSCHNITT KRANKHEIT - TAGEGELD BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT AUFGRUND EINER KRANKHEIT	25
BESTIMMUNGEN FÜR DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS FÜR TAGEGELD BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT AUFGRUND EINER KRANKHEIT	26
BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG FÜR GROSSE CHIRURGISCHE EINGRIFFE REGELN	27
LISTE DER GROSSEN CHIRURGISCHEN EINGRIFFE	29
BESTIMMUNGEN FÜR DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS BEI GROSSEN CHIRURGISCHEM EINGRIFF	31
BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG FÜR DAUERHAFTE INVALIDITÄT AUFGRUND EINER KRANKHEIT REGELN	32
BESTIMMUNGEN, DIE DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS IN BEZUG AUF DIE DAUERHAFTE INVALIDITÄT AUFGRUND EINER KRANKHEIT REGELN	34
KLASSIFIKATION DER BERUFLICHEN TÄTIGKEITEN	36
SEKTION III - BETREUUNG	38
ANWEISUNGEN FÜR DIE ANFORDERUNG VON BETREUUNG	38
HELVETIA ASSISTANCE - LEISTUNGEN	38
AUSSCHLÜSSE UND RECHTLICHE WIRKUNGEN IN BEZUG AUF DIE LEISTUNG HELVETIA ASSISTANCE	42
INTERNATIONALE STATISTISCHE KLASSIFIKATION DER KRANKHEITEN UND VERWANDTER GESUNDHEITSPROBLEME - 10. REVISION - ICD-10 DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION	43

GLOSSAR

Nachstehend werden die wichtigsten Begriffe wiedergegeben, die in den vorvertraglichen und vertraglichen Unterlagen in diesem Informationsheft mit der ihnen von der Gesellschaft zugewiesenen Bedeutung wiedergegeben (Begriffsbestimmungen). Diese Begriffe werden im Text der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kursiv hervorgehoben.

Missbrauch von Psychopharmaka	Einnahme eines Arzneimittels, das psychoaktive Substanzen enthält, mit anderen Modalitäten oder in höheren Dosierungen als denen, die der Arzt verschrieben hat oder die im technischen Datenblatt vorgesehen sind, das dem Arzneimittel beiliegt.
Alkoholismus	Chronische Krankheit, die sich durch Verhaltensstörungen, körperliche und psychische Störungen aufgrund des ständigen oder periodischen Verzehrs großer Mengen von Alkohol auszeichnet.
Ambulatorium	Ausgerüstete medizinische Einrichtungen oder Zentren, die aufgrund der geltenden gesetzlichen Bestimmungen dafür zugelassen sind, gesundheitliche Dienstleistungen mit Tagesbetreuung zu erbringen, sowie die Arztpraxen, die sich von Gesetzes wegen für die Ausübung des individuellen Arztberufes eignen.
Jahr (jährlich)	Zeitraum, dessen Dauer 365 Tage (366 in Schaltjahren) beträgt
Gipsverbände	Feste Eindämmungen, bestehend aus Gipsbinden oder anderen Vorrichtungen (Stützapparate), die auf jeden Fall ruhigstellen, auch externe Vorrichtungen (externe Fixatoren), die in der Gesundheitseinrichtung oder im Ambulatorium dauerhaft angebracht und nur in der Gesundheitseinrichtung entfernt werden können. Als Gipsverbände gelten Halskrausen, die vom Versicherten nicht entfernt werden können und auf Verletzungen mit Frakturen und/oder Verrenkungen beschränkt sind, Verbände mit elastischen Binden (z.B. Tensoplast).
Versicherter	Die Person, deren Interesse durch die Versicherung geschützt wird.
Versicherung	Der Versicherungsvertrag.
Anspruchsberechtigter	Die Erben des Versicherten oder andere von ihm benannte Personen, an die die Gesellschaft die Versicherungssumme im Todesfall zahlen muss.
Zweimonatszeitraum (zweimonatlich)	Zeitraum, dessen Dauer 59 bis 62 Tage beträgt, je nach dem Anfangsdatum der Zählung.
Versicherungsnehmer	Das Rechtssubjekt, das die Versicherung in eigenem Interesse und/oder im Interesse Anderer abschließt.
Day Hospital	Der ausschließlich tagsüber stattfindende Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung, der durch eine Krankenakte dokumentiert ist - die auch die Tage angibt, an denen sich die versicherte Person tatsächlich in der Gesundheitseinrichtung aufgehalten hat -, und zwar für diagnostische, therapeutische und rehabilitative Leistungen, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordern, sondern aufgrund ihrer Art und Komplexität die Notwendigkeit einer kontinuierlichen medizinischen und pflegerischen Versorgung erfordern.
Day Surgery	Der Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung, die ausschließlich ambulante Operationen chirurgischer Art durchführt, was durch eine Krankenakte dokumentiert wird.
Ersatztagelgeld	Tagegeld, das im Fall eines Krankenhausaufenthaltes zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes anstelle der Erstattung der medizinischen Kosten gezahlt wird.
Gesundheitliche Unterlagen	Sie bestehen aus der Krankenakte, den ärztlichen Unterlagen sowie Rechnungen und/oder Belegen im Original.
Alkoholeinfluss	Verfassung nach der Einnahme von alkoholischen Getränken, bei der der Alkoholgehalt im Blut der Grenze von 0,8 Gramm pro Liter entspricht oder darüber liegt.
Psychotrope Arzneimittel	Arzneimittel, das den psychischen Zustand des Patienten mit dem Ziel verändert, ihn zu normalisieren.
Selbstbehalt	Der zuvor festgelegte Betrag, der im Versicherungsfall zu Lasten des Versicherten geht.
Fraktur	Die teilweise oder vollständige Unterbrechung der Kontinuität eines Knochens.
Ruhigstellung	Vorübergehender Zustand der körperlichen Unfähigkeit des Versicherten, seine üblichen Tätigkeiten ganz oder teilweise nach der Anwendung eines Gipsverbandes auszuüben (festes Eindämmungsmittel).
Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit	Der durch einen Unfall ganz oder teilweise verursachte vorübergehende Verlust der Fähigkeit des Versicherten, den angegebenen beruflichen Haupt- und Nebentätigkeiten nachzugehen.
Entschädigung	Der Betrag, den die Gesellschaft im Versicherungsfall für die direkt vom Versicherten erlittenen Schäden schuldet.
Unfall	Ereignis aufgrund einer zufälligen, gewaltsamen und äußeren Ursache, dessen direkte und ausschließliche Folge objektiv feststellbare Körperverletzungen sind.
Chirurgischer Eingriff	In einer Gesundheitseinrichtung vorgenommene ärztliche Handlung durch Verletzung der Gewebe oder über die Verwendung mechanischer, thermischer oder luminöser Energiequellen. Zum Zweck der Versicherung gilt auch die in der Notaufnahme vorgenommene unblutige Reduktion von Frakturen und Luxationen als gleichwertig mit einem chirurgischen Eingriff.

Dauerhafte Invalidität	Endgültiger ganzer oder teilweiser Verlust der Fähigkeit des Versicherten, einer Arbeit nachzugehen, unabhängig von seinem Beruf.
Krankenhaus/Gesundheitseinrichtung	Das Krankenhaus, die Universitätsklinik, das Universitätsinstitut, die Heilanstalt, die aufgrund der gesetzlichen Voraussetzungen ordnungsgemäß von den zuständigen Behörden zugelassen sind, um Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen und Patienten aufzunehmen. Als „Krankenhaus/Gesundheitseinrichtung“ gelten nicht die Thermalbäder, die Genesungseinrichtungen und die Heilanstalten, die diätologische und ästhetische Zwecke verfolgen.
Krankheit	Jede objektivierbare evolutive Veränderung des Gesundheitszustandes, die nicht von einem Unfall abhängt.
Chronische Erkrankung	Krankheit, die im Laufe der Zeit konstante Symptome aufweist und deren Auswirkungen sich ohne die Möglichkeit einer nachhaltigen Behandlung stabilisiert haben.
Plötzliche Erkrankung	Eine akute Erkrankung, die dem Versicherten nicht bekannt war und die auf jeden Fall keine, wenn auch nur plötzliche, Erscheinungsform einer früheren, dem Versicherten bekannten Erkrankung ist.
Geisteskrankheit und/oder geistige Behinderung	Jede psychische Störung und Verhaltensstörung, so wie definiert im Abschnitt V der „Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - ICD - 10 der Weltgesundheitsorganisation (entsprechend der nachstehenden Liste).
Vorerkrankung	Krankheit, die Ausdruck oder direkte Folge von pathologischen Situationen ist, die vor der Unterzeichnung der Police eingetreten sind und bestanden haben.
Gleichzeitig bestehende Krankheiten/Invaliditäten	Krankheiten oder Invaliditäten der betroffenen Person (Versicherungsnehmer/Versicherter), die keinen verschlechternden Einfluss auf die gemeldete Krankheit und die von ihr verursachte Invalidität ausüben, da sie verschiedene organisch-funktionelle Systeme betreffen.
Gleichzeitig bestehende Krankheiten/Invaliditäten	Krankheiten oder Invaliditäten der betroffenen Person (Versicherungsnehmer/Versicherter), die einen verschlechternden Einfluss auf die gemeldete Krankheit und die von ihr verursachte Invalidität ausüben, da sie dasselbe organisch-funktionelle System betreffen.
Monat (monatlich)	Zeitraum, dessen Dauer 28 bis 31 Tage beträgt, je nach dem Anfangsdatum der Zählung.
Parteien	Der Versicherungsnehmer/Versicherte und die Gesellschaft.
Mehrjährig (Dauer)	Zeitraum, dessen Dauer 730 Tage (731, falls ein Schaltjahr dazugehört) beträgt.
Police/Versicherungspolice	Das Dokument, das die Versicherung nachweist.
Prämie	Der vom Vertragspartner der Gesellschaft geschuldete Betrag.
Viermonatszeitraum (viermonatlich)	Zeitraum, dessen Dauer 120 bis 123 Tage beträgt, je nach dem Anfangsdatum der Zählung.
Anamnese-Fragebogen	Das Dokument, das den Gesundheitszustand des Versicherten beschreibt und einen wesentlichen Bestandteil des Vertrags bildet. Er muss genau und wahrheitsgemäß ausgefüllt und vom Versicherten selbst (oder, wenn es sich um einen Minderjährigen handelt, von demjenigen, der dazu befugt ist) unterzeichnet und zusammen mit der Police in Übereinstimmung mit Art. 1892, 1893 und 1894 des Zivilgesetzbuches, um die objektive Bewertung des Risikos durch die Gesellschaft zu ermöglichen.
Fünfjahreszeitraum (fünfjährig)	Zeitraum, dessen Dauer 1826 Tage (1827, falls zwei Schaltjahre dazugehören) beträgt.
Rücktritt	Auflösung der vertraglichen Bindung.
Krankenhausaufenthalt	Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Pflegeheim, das ordnungsgemäß zur Erbringung von medizinischer Versorgung zugelassen ist, aufgrund einer Krankheit/eines Unfalls, der eine Übernachtung erfordert.
Risiko eines Wegeunfalls	Risiko während: <ul style="list-style-type: none"> • der normalen Hin- und Rückfahrt von der Wohnung zum Arbeitsplatz, unter Ausschluss dessen, was innerhalb der Wohnung, der Zugehörigkeiten und den gemeinschaftlichen Teilen eines Mehrfamilienwohnhauses geschehen ist; • der normale Weg, den der Arbeitnehmer zurücklegen muss, um bei mehreren Arbeitsverhältnissen von einem Arbeitsplatz zum anderen zu fahren. Das Ganze wird geregelt durch Art. 12 des gesetzvertretenden Dekrets 38/2000 in der jeweils geltenden Fassung.
Subkutaner Sehnenriss	Der vollständige oder teilweise Riss einer Sehne ohne kontinuierliche Lösung des Haut- und Unterhautgewebes.
Akrobatisches Skifahren	Skifahren mit der Ausführung von Sprüngen, mit Streckenschwierigkeiten und verschiedenen choreographischen Figuren.
Extremskifahren	Skifahren auf langen, steilen Hängen in gefährlichem Gelände mit einer Neigung von mehr als 40° (vierzig) oder mit unwegsamen Passagen, einschließlich aller Aktivitäten abseits der Piste.

Halbjahr (halbjährlich)	Zeitraum, dessen Dauer 181 bis 184 Tage beträgt, je nach dem Anfangsdatum der Zählung.
Woche (wöchentlich)	Zeitraum, dessen Dauer 7 Tage beträgt.
Belastung	Einsatz von Muskelenergien, die sich im Laufe der Zeit konzentrieren und die im Vergleich zu den normalen Arbeitstätigkeiten und -handlungen des Versicherten eine übermäßige Intensität aufweisen.
Versicherungsfall	Das Eintreten des Schadensfalls, für den die Versicherung geleistet wird.
Gesellschaft	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Generalvertretung und Direktion für Italien.
Extremsport	Sportliche Aktivität von extremer Schwierigkeit, bis an die Grenzen der physikalischen Gesetze und der Belastbarkeit des menschlichen Körpers.
Berufssport	Sporttätigkeiten, die entgeltlich und kontinuierlich im Rahmen der vom Olympischen Komitee CONI geregelten Disziplinen ausgeübt werden und von den nationalen Sportverbänden nach den von den Verbänden selbst erlassenen Regeln und unter Beachtung der vom CONI festgelegten Richtlinien zur Unterscheidung zwischen Amateur- und Berufstätigkeiten als solche qualifiziert werden.
Wartezeit	Zeitraum zwischen dem Datum, an dem die Versicherungspolice abgeschlossen wird, und dem tatsächlichen Beginn der Garantie.
Terrorismus	Jede gewaltsame Handlung mit Unterstützung der Organisation einer oder mehrerer Personengruppen (auch wenn von einer Einzelperson verübt), die darauf abzielt, eine Regierung zu beeinflussen und/oder die gesamte Bevölkerung zu terrorisieren oder einen wichtigen Teil davon, mit dem Ziel, einen politischen oder religiösen oder ideologischen oder ethnischen Zweck zu erreichen, wenn diese Handlung nicht als Kriegshandlung, Invasion, Handlungen ausländischer Feinde, Feindseligkeit (sowohl bei erklärtem als bei nicht erklärtem Krieg), Bürgerkrieg, Rebellion, Aufstand, Staatsstreich oder Beschlagnahmung, Verstaatlichung, Requisition und Zerstörung oder Beschädigung des Eigentums definiert werden kann, auf Befehl von Regierungen oder öffentlicher oder lokaler Behörden oder als Handlung im Zusammenhang mit Streiks, Aufruhr, Volksunruhen oder als Vandalismus.
Vierteljahr (vierteljährlich)	Zeitraum, dessen Dauer 89 bis 92 Tage beträgt, je nach dem Anfangsdatum der Zählung.
Trunkenheit	Verfassung nach der Einnahme von alkoholischen Getränken, bei der der Alkoholgehalt im Blut der Grenze von 1,5 Gramm pro Liter entspricht oder darüber liegt.

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN IN BEZUG AUF HELVETIA ASSISTANCE

Telemedizinzentrale	Es handelt sich um die Struktur SOIT – Second Opinion Italy S.r.l., bestehend aus Ärzten und Einsatzkräften – die aktiv ist von 9.00 bis 17.00 Uhr, von Montag bis Freitag, ausgenommen die Feiertage, die in der Woche liegen. Diese Struktur sorgt aufgrund der Vereinbarung mit dem internationalen medizinischen Zentrum für die Erbringung der ärztlichen Zweitmeinung.
Internationales Medizinisches Zentrum	Die Gesundheitseinrichtungen und klinischen Zentren der U.C.S.F. in Stanford (USA) als Kernstück des internationalen Netzwerks von Krankenhäusern und Fachärzten, das die Erstellung des zweiten medizinischen Gutachtens nach der Übermittlung der Fragestellungen und medizinischen Unterlagen ermöglicht.
Helvetia Assistance	Der von der Gesellschaft in Zusammenarbeit mit Europ Assistance Italia S.p.A. organisierte Notbetreuungsdienst.
Leistungen	Die von der Organisationsstruktur dem Versicherten geleistete Betreuung.
Versicherungsfall	der einzelne Umstand oder Vorfall, der während der Gültigkeit der Police eintreten kann und zur Anforderung einer Betreuung seitens des Versicherten führt.
Organisationsstruktur	Die Struktur von Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento 8 - 20135 Mailand, bestehend aus Verantwortlichen, Personal (Ärzte, Techniker, Einsatzkräfte), Ausrüstungen und Instrumenten (zentralisiert oder nicht), ganzjährig in Betrieb zu allen Tages- und Nachtzeiten oder innerhalb der vertraglich vorgesehenen Grenzen, die aufgrund einer spezifischen Vereinbarung für Rechnung der Gesellschaft für den telefonischen Kontakt mit dem Versicherten, für die Organisation und Erbringung der in der Versicherungspolice berücksichtigten Leistungen der Betreuung sorgt, wobei die Kosten zu Lasten der Gesellschaft gehen.

BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG IM ALLGEMEINEN REGELN

Art. 1 - Erklärungen über die Risikoumstände

Die ungenauen Erklärungen des *Versicherungsnehmers* und/oder des *Versicherten* zu den Umständen oder sein Verschweigen von Umständen, die die Bewertung des Risikos beeinflussen, können zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf *Entschädigung* sowie zur Beendigung der *Versicherung* führen (Artt.1892, 1893 und 1894 Zivilgesetzbuch).

Art. 2 - Andere Versicherungen

Bestehen für das gleiche Risiko mehrere Versicherungen nebeneinander, muss der *Versicherte* jede Versicherungsgesellschaft schriftlich darüber informieren. Im *Versicherungsfall* muss der *Versicherte* dies allen Versicherungsgesellschaften mitteilen, und er kann bei jeder von ihnen die *Entschädigung* beantragen, die aufgrund der jeweiligen als selbständig geltenden Police zu zahlen ist. Wenn der *Versicherte* die oben genannte Benachrichtigung absichtlich unterlässt, ist die *Gesellschaft* nicht zur Zahlung der *Entschädigung* verpflichtet (Art. 1910 des Zivilgesetzbuches).

Der *Versicherungsnehmer* ist nicht verpflichtet, das Bestehen oder den nachfolgenden Abschluss von anderen Unfallversicherungen mitzuteilen:

- deren Inhaber die *Versicherten* automatisch als Inhaber von Kreditkarten oder Bankkonten sind;
- die von Arbeitgebern zugunsten der *Versicherten* mit anderen Gesellschaften zur Erfüllung der nationalen Tarifverträge oder der betrieblichen Ergänzungsverträge abgeschlossen werden.

Art. 3 - Prämienzahlung

Die *Prämie* wird für Versicherungszeiträume von einem *Jahr* festgelegt und ist daher vollständig zahlbar, auch wenn deren Zahlung in mehreren Raten gewährt wurde. Die *Versicherung* wird wirksam ab 24 Uhr des in der *Versicherungspolice* angegebenen Tages, falls die *Prämie* oder die erste *Prämienrate* gezahlt wurde, andernfalls beginnt die Wirksamkeit um 24 Uhr des Zahlungstages. Wenn der *Vertragspartner* die *Prämien* oder die nachfolgenden *Prämienraten* nicht zahlt, wird die *Versicherung* ab 24 Uhr des 30. (dreißigsten) Tages ab der Fälligkeit ausgesetzt und erlangt wieder Gültigkeit ab 24 Uhr des Zahlungstages, unbeschadet der nachfolgenden Fälligkeiten (Art. 1901 des Zivilgesetzbuches). Die *Prämien* müssen dem Vermittler, dem die *Police* zugewiesen ist, oder an die Direktion der *Gesellschaft* gezahlt werden.

Art. 4 - Änderungen der Versicherung

Die eventuellen Änderungen der Versicherung müssen von den *Parteien* schriftlich bewilligt werden.

Art. 5 - Erhöhung des Risikos (gültig für die Garantie Unfälle)

Der *Versicherte/Versicherungsnehmer* muss der *Gesellschaft* schriftlich jede Erhöhung des Risikos mitteilen. Die Risikoerhöhungen, die der *Gesellschaft* nicht bekannt sind oder von ihr nicht angenommen werden, können den vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf *Entschädigung* sowie die Beendigung der *Versicherung* zur Folge haben (Art. 1898 Zivilgesetzbuch).

Art. 6 - Verminderung des Risikos (gültig für die Garantie Unfälle)

Bei einer Verringerung des Risikos ist die *Gesellschaft* verpflichtet, die *Prämie* oder die auf die Mitteilung folgenden *Prämienraten* des *Versicherungsnehmers/Versicherten* zu reduzieren (Art.1897 Zivilgesetzbuch), und sie verzichtet auf das entsprechende *Rücktrittsrecht*.

Art. 7 - Anzeige des Versicherungsfalls und Pflichten des Versicherungsnehmers und/oder Versicherten

Die Anzeigemodalitäten und ausführliche Informationen zu den einzelnen Abschnitten, auf die in der *Police* Bezug genommen wird, finden Sie in den Kapiteln „BESTIMMUNGEN FÜR DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS“, die den Abschnitten Unfälle (Art. 41) und Krankheit (Art. 57 in Bezug auf die Garantie „Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Krankheit“ - Art. 66 in Bezug auf die Garantie „Große chirurgische Eingriffe“ - Art. 77 in Bezug auf die Garantie „Dauerhafte Invalidität aufgrund einer Krankheit“) gewidmet sind.

Art. 8 - Rücktritt im Versicherungsfall

Nach jedem *Versicherungsfall* und bis zum 60. (Sechzigsten) Tag ab der Zahlung oder der Ablehnung der *Entschädigung* können die *Parteien* von der *Versicherung* zurücktreten, indem sie dies der anderen Partei per Einschreiben mitteilen; in wenn die *Police* eine oder mehrere Garantien des Abschnitts Krankheit versichert, darf das *Rücktrittsrecht* von der *Gesellschaft* nicht ausgeübt werden, wenn bereits zwei *Jahre* ab der Unterzeichnung der *Versicherung* abgelaufen sind, unbeschadet dessen, was von Art. 1 „Erklärungen über die Risikoumstände“ und von Art. 18 „Nicht versicherbare Personen“ der allen Abschnitten gemeinsamen Bestimmungen vorgesehen ist.

Der *Rücktritt* wird mit Ablauf des laufenden *Jahreszeitraums* oder, wenn er weniger als 60 (sechzig) Tage vor diesem Datum mitgeteilt wird, mit dem folgenden *jährlichen Verfallsdatum* wirksam. Wird das *Rücktrittsrecht* vom *Versicherungsnehmer* ausgeübt, kann allerdings der Rücktritt auf seinen Wunsch ab dem Tag wirksam sein, an dem das entsprechende Einschreiben geschickt wird. In diesem Fall erstattet die *Gesellschaft* dem *Versicherungsnehmer* innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach Beendigung der *Versicherung* den Teil der *Prämie* abzüglich der bereits gezahlten Steuern, der sich auf den Zeitraum zwischen der Beendigung der Versicherung und dem Ablauf der Versicherungszeit bezieht, für den die *Prämie* gezahlt wurde.

Art. 9 - Dauer und Verlängerung der Versicherung - Altersgrenzen

a) Verlängerung der Versicherung

Erfolgt keine Kündigung per Einschreiben, das mindestens 30 (dreißig) Tage vor Ablauf des Vertrages geschickt wird, so verlängert sich der Vertrag - wenn seine Dauer nicht weniger als ein *Jahr* beträgt - um jeweils ein *Jahr*, unbeschadet der Bestimmungen des Art. 8 - Rücktritt im Versicherungsfall - der Bestimmungen, die die Versicherung im Allgemeinen regeln.

Bei mehrjähriger Dauer ist es nicht möglich, vor dem Ablauf zurückzutreten. Wenn der Vertrag mehrjährig ist und fünf *Jahre* überschreitet, kann der *Versicherungsnehmer* das *Rücktrittsrecht* erst nach Ablauf des *Fünfjahreszeitraums* unter Einhaltung

einer Kündigungsfrist von 60 (sechzig) Tagen und mit Wirkung zum Ende des Jahres ausüben, in dem das *Rücktrittsrecht* ausgeübt wurde (Art. 1899 des Zivilgesetzbuches).

b) Altersgrenzen

Die Versicherung sieht eine versicherbare Altershöchstgrenze vor, die sich je nach den gewählten Garantien unterscheidet.

Personen, die während der Laufzeit des Vertrages älter werden als

1. Abschnitt „Unfälle“: 80 (achtzig) Jahre;

2. Abschnitt „Krankheit“ - „Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt“ und „Große chirurgische Eingriffe“: 75 (fünfundsiebzig) Jahre;

3. Abschnitt „Krankheit“ - „Dauerhafte Invalidität aufgrund von Krankheit“: 65 (fünfundsechzig) Jahre.

Erreicht der *Versicherte* während der Laufzeit des Vertrages nach stillschweigender Verlängerung die vom Abschnitt laut Police vorgesehene Altersgrenze, so erlischt die Versicherung mit dem ersten folgenden jährlichen Ablaufdatum.

Art. 10 - Steuern und Abgaben

Sie gehen zu Lasten des *Versicherungsnehmers*.

Art. 11 - Gerichtsstand

Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Art. 12 - Verweis auf gesetzliche Bestimmungen

Die *Versicherung* wird durch das italienische Recht geregelt. Für dasjenige, was nicht vom Vertrag geregelt wird, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Art. 13 - Beweislast

Der *Versicherte* ist vom Nachweis befreit, dass der Schaden nicht durch von der Garantie ausgeschlossene Ereignisse entstanden ist.

Art. 14 - Versicherung für Rechnung Dritter

Wird die *Versicherungspolice* für Rechnung Dritter abgeschlossen, müssen die sich aus der *Versicherung* ergebenden Pflichten vom *Versicherungsnehmer* erfüllt werden, unbeschadet derjenigen, die ihrer Natur nach nur vom *Versicherten* erfüllt werden können, wie festgelegt von Art. 1891 des Zivilgesetzbuches.

Art. 15 - Verzicht der Gesellschaft auf Regress

Bei einem *Unfall* und/oder bei einer Erstattung der medizinischen Kosten infolge eines *Unfalls* verzichtet die *Gesellschaft* zugunsten des *Versicherten* und seiner Anspruchsberechtigten auf das Recht auf Regress gemäß Art. 1916 des Zivilgesetzbuches.

Art. 16 - Verjährungsfrist

Die sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Ansprüche verjähren in zwei *Jahren* ab dem Tag, an dem der Umstand eingetreten ist, auf den sich der Anspruch bezieht, im Sinne von Art. 2952 des Zivilgesetzbuches.

Das Recht des Versicherers auf Beitreibung der gezahlten *Prämienraten* verjährt in einem *Jahr*.

Art. 17 - Einschränkende Maßnahmen

Kein Versicherer ist verpflichtet, eine Versicherungsabdeckung zu leisten, und kein Versicherer ist verpflichtet, *Versicherungsfälle* zu zahlen oder Leistungen zu erbringen kraft des vorliegenden Vertrags, falls die Leistung einer solchen Abdeckung, die Zahlung eines solchen *Versicherungsfalls* oder die Erbringung einer solchen Leistung den Versicherer einer Strafe, einem Verbot oder einer Einschränkung aussetzt, die sich aus Resolutionen der Vereinten Nationen ergeben, oder Wirtschafts- und Handelssanktionen aufgrund von Gesetzen oder Bestimmungen der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums und/oder aufgrund von nationalen Gesetzen, die sich in Sachen Wirtschafts- und Handelssanktionen und/oder internationaler Embargos anwenden lassen.

FÜR ALLE ABSCHNITTE GELTENDE BESTIMMUNGEN

(als wirksam zu betrachten, soweit anwendbar und sofern in den einzelnen Abschnitten nichts anderes vorgesehen ist)

Art. 18 - Nicht versicherbare Personen

Vorausgeschickt, dass die *Gesellschaft der Versicherungsleistung* nicht zugestimmt hätte, wenn sie bei Abschluss der *Police* Kenntnis davon gehabt hätte, dass der *Versicherte* an *Alkoholismus* leidet und von psychoaktiven Substanzen (Alkohol - Betäubungsmittel - Halluzinogene - Psychopharmaka und psychotrope Arzneimittel nicht zu therapeutischen Zwecken) abhängig und/oder HIV-positiv ist, wird darauf hingewiesen, dass die *Versicherung* beim Eintreten solcher Bedingungen während der Vertragsdauer unverzüglich beendet ist, unabhängig von der konkreten Bewertung des Gesundheitszustandes des *Versicherten* gemäß Art. 1898 des Zivilgesetzbuches, ohne dass die *Gesellschaft* verpflichtet ist, die eventuelle *Entschädigung* zu zahlen. Bei Beendigung der laufenden *Versicherung* erstattet die Gesellschaft dem *Versicherungsnehmer* innerhalb von 45 (fünfundvierzig) Tagen nach ihrer Beendigung den Teil der *Prämie* abzüglich der bereits gezahlten Steuern, der sich auf den Zeitraum zwischen der Beendigung des Vertrags und dem Ablauf der Versicherungszeit bezieht, für den die *Prämie* gezahlt wurde.

Art. 19 - Streitfälle - Informelles Schiedsverfahren

Die *Entschädigung* wird aufgrund dessen festgelegt, was in den vorstehenden Artikeln vorgesehen ist.

Die eventuellen Streitfälle hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit des *Versicherungsfalls* (in Bezug auf den Abschnitt Krankheit) und des Grades der *dauerhaften Invalidität* (in Bezug auf den Abschnitt Unfälle und den Abschnitt Krankheit - dauerhafte Invalidität aufgrund einer Krankheit) sowie hinsichtlich der Anwendung der Kriterien zur Beurteilung der Entschädigungsfähigkeit können schriftlich von den *Parteien* einem Kollegium vorgelegt werden, das aus drei Ärzten besteht, von denen je einer von den Parteien und der dritte im Einvernehmen zwischen den Parteien ernannt wird, die ihren Sitz an dem Ort hat, der Sitz rechtsmedizinischer Institute ist und dem Wohnsitz des *Versicherten* am nächsten liegt. Bei Meinungsverschiedenheiten über die Wahl des dritten Arztes wird die Ernennung an den Präsidenten des Rates der Ärztekammer verwiesen, die für das Gebiet zuständig ist, in dem das Ärztekollegium zusammentreten soll.

Jede der Parteien trägt ihre eigenen Kosten, vergütet den von ihr ernannten Arzt und trägt zur Hälfte die Ausgaben und die Vergütung des dritten Arztes.

Das medizinische Kollegium kann, wenn es für zweckmässig gehalten wird, die endgültige Beurteilung der *dauerhaften Invalidität* auf einem vom Kollegium selbst festzulegenden Zeitpunkt verschieben; in diesem Fall kann das Kollegium in der Zwischenzeit eine vorläufige *Entschädigung* gewähren.

Die Entscheidungen des ärztlichen Kollegiums werden mit der Mehrheit der Stimmen unter Befreiung von allen gesetzlichen Formalitäten getroffen und sind für die Parteien bindend, die ab sofort auf jede Anfechtung verzichten, ausser bei Gewalt, Vorsatz oder Verletzung der vertraglichen Vereinbarungen. Die Ergebnisse des Schiedsverfahrens müssen in einem entsprechenden Protokoll festgehalten werden, das in doppelter Ausfertigung abzufassen ist, von denen die *Parteien* je eine erhalten.

Die Entscheidungen des ärztlichen Kollegiums sind bindend für die *Parteien*, auch wenn einer der Ärzte es ablehnt, das entsprechenden Protokoll zu unterzeichnen; die Ablehnung muss von den anderen Schiedsrichtern im endgültigen Protokoll festgehalten werden.

Art. 20 - Tabelle der Bewertungen des prozentualen Grades der dauerhaften Invalidität (ex Tabelle INAIL, Anh. Nr. 1 zum Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30. Juni 1965)

Für den vollständigen anatomischen oder funktionellen Verlust

BESCHREIBUNG	Prozentsätze		
	D	==	S
Einseitiger Hörverlust		15	
Beidseitiger Hörverlust		60	
Sehverlust eines Auges		35	
Anatomischer oder atrophischer Verlust des Augapfels ohne Möglichkeit einer Prothesenanwendung.		40	
Verlust der Durchgängigkeit einer Nasenhöhle (absolute einseitige Nasenstenose)		8	
Verlust der Durchgängigkeit beider Nasenhöhlen (absolute beidseitige Nasenstenose)		18	
Verlust vieler Zähne, so dass die Kaufunktion stark beeinträchtigt ist:			
a) mit der Möglichkeit, eine wirksame Prothese anzubringen		11	
b) ohne die Möglichkeit, eine wirksame Prothese anzubringen		30	
Verlust einer Niere mit einer unversehrten überlebenden Niere		25	
Verlust der Milz ohne Veränderung der Blutzusammensetzung		15	
Verlust eines Hodens (es wird keine Entschädigung gezahlt)		0	
Verlust der Integrität des Schlüsselbeins (Ergebnisse einer konsolidierten Fraktur des Schlüsselbeins, ohne funktionelle Einschränkung der Armbewegungen).		5	
Funktionsverlust des Schultergelenkes (komplette Ankylose) bei einem Körperglied in günstiger Position bei gleichzeitiger Immobilität des Schulterblattes.	50		40
Funktionsverlust des Schultergelenkes (komplette Ankylose) bei einem Körperglied in günstiger Position mit normaler Mobilität des Schulterblattes.	40		30
Verlust eines Arms:			
a) wegen Exartikulationen des Schultergelenkes	85		75
b) wegen Amputation im oberen Drittel	80		70
Verlust eines Unterarms im mittleren Drittel oder vollständiger Verlust des Unterarms	75		65
Eines Unterarms bis zum mittleren Drittel oder Handverlust	70		60
Verlust aller Finger der Hand	65		55
Verlust des Daumens und des ersten Mittelhandknochens	35		30
Verlust des Daumens	28		23
Verlust des Zeigefingers	15		13
Verlust des Mittelfingers		12	
Verlust des Ringfingers		8	
Verlust des kleinen Fingers		12	
Verlust der Nagelphalanx des Daumens	15		12

BESCHREIBUNG	Prozentsätze		
	D	==	S
Verlust der Nagelphalanx des Zeigefingers	7		6
Verlust der Nagelphalanx des Mittelfingers		5	
Verlust der Nagelphalanx des Ringfingers		3	
Verlust der Nagelphalanx des kleinen Fingers		5	
Verlust der beiden Endglieder des Zeigefingers	11		9
Verlust der beiden Endglieder des Mittelfingers		8	
Verlust der beiden Endglieder des Ringfingers		6	
Verlust des beiden Endglieder des kleinen Fingers		8	
Verlust der Ellenbogengelenkfunktion (komplette Ankylose) in einem Winkel von 110° - 75°:			
a) In Semipronation	30		25
b) In Pronation	35		30
c) In Supination	45		40
d) wenn die Ankylose so beschaffen ist, dass Bewegungen in Pronosupination möglich sind.	25		20
Verlust der Ellenbogengelenkfunktion (komplette Ankylose) in maximaler Flexion oder fast	55		50
Verlust der Ellenbogengelenkfunktion (komplette Ankylose) in vollständiger Extension oder fast:			
a) In Semipronation	40		25
b) In Pronation	45		40
c) In Supination	55		50
d) wenn die Ankylose so beschaffen ist, dass Bewegungen in Pronosupination möglich sind.	35		30
Verlust der Ellenbogengelenkfunktion (komplette Ankylose) in geradliniger Extension	18		15
wenn gleichzeitig die Bewegungen in Pronosupination wegfallen:			
a) In Semipronation	22		18
b) In Pronation	25		22
c) In Supination	35		30
Verlust der Funktion des Hüftgelenks (komplette Ankylose) mit Körperglied in Extension und günstiger Position.		45	
Verlust eines Oberschenkels durch Exartikulation des Hüftgelenks oder obere Amputation, was die Anwendung einer Prothese nicht ermöglicht		80	
Verlust eines Oberschenkels an jeder anderen Stelle		70	
Verlust eines Unterschenkels oder dessen Amputation im oberen Drittel, wenn die Anwendung eines Gelenkapparates nicht möglich ist		65	
Verlust eines Unterschenkels im oberen Drittel, wenn die Anwendung eines Gelenkapparates möglich ist		55	
Verlust eines Unterschenkels im unteren Drittel oder eines Fußes		50	
Verlust des Vorfußes an der Linie Fußwurzel-Mittelfuß		30	
Verlust des großen Zehs und des entsprechenden Mittelfußes		16	
Nur des großen Zehs		7	
Für jeden anderen Zeh eines Fußes erfolgt keine Entschädigung, aber bei Verlust von mehreren Zehen wird jeder verlorene Zeh bewertet mit		3	
Verlust der Kniegelenkfunktion (komplette geradlinige Ankylose)		35	
Verlust der Sprunggelenkfunktion (komplette rechteckige Ankylose)		20	
Längenverlust (einfache Verkürzung) eines unteren Körperglieds, der drei Zentimeter überschreitet und fünf Zentimeter nicht überschreitet		11	

Bewertungstabelle für Sehschwächen			
Visus Verlust	Visus Rest	Entschädigung des Auges mit geringerer Sehschärfe (schlechteres Auge)	Entschädigung des Auges mit größerer Sehschärfe (besseres Auge)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

ANMERKUNGEN:

- Im Falle einer binokularen Beeinträchtigung werden die in jedem Auge vorgenommenen Bewertungen zusammengefasst.
- Die Beurteilung bezieht sich auf die Sehschärfe, wie sie sich nach der optischen Korrektur ergibt, vorausgesetzt, dass die Korrektur selbst toleriert wird; andernfalls bezieht sich die Beurteilung auf das natürliche Sehen.
- In den Fällen, in denen sich die Beurteilung auf die durch die Korrektur erzielte Sehschärfe bezieht, wird der nach den vorstehenden Regeln berechnete Grad der dauerhaften Unfähigkeit um einen variablen Wert von 2 bis 10 Punkten je nach Ausmaß des refraktiven Defekts erhöht.
- Der Verlust von 5/10 des Sehvermögens auf einem Auge, wobei das andere normal ist, wird mit 16% bewertet, wenn es sich um einen landwirtschaftlichen Unfall handelt.
- Bei einseitiger Aphakie

	Prozentsätze
– korrigierter Visus 10/10, 9/10, 8/10	15%
– korrigierter Visus 7/10	18%
– korrigierter Visus 6/10	21%
– korrigierter Visus 5/10	24%
– korrigierter Visus 4/10	28%
– korrigierter Visus 3/10	32%
– korrigierter Visus unter 3/10	35%
- Da die optische Korrektur nahezu gleich ist und daher toleriert wird, wird bei bilateraler Aphakie die Bewertungstabelle der Sehschwächen angewendet, wobei 15% für die optische Korrektur und den Mangel an Akkommodationsvermögen hinzukommen.
- Bei nachgewiesener Linkshändigkeit gelten die für das rechte obere Körperglied festgestellten Prozentsätze der Verminderung der Arbeitsfähigkeit für das linke Glied und die des linken Körpergliedes für das rechte.

ABSCHNITT I - UNFÄLLE

BESTIMMUNGEN, DIE DIE UNFALLVERSICHERUNG REGELN

Art. 21 - Gegenstand der Versicherung

Die *Versicherung* gilt für *Unfälle*, die der *Versicherte* bei der Ausübung der in der *Police* beschriebenen Tätigkeit erleidet, falls enthalten in der Liste der versicherten Personen, im Rahmen der versicherten Beträge, für die gewählte Kombination des versicherten Risikos und unter den folgenden Bedingungen, einschließlich zusätzlicher Bedingungen, wenn sie wirksam sind.

Art. 22 - Kombinationen versicherter Risiken

(es gilt nur die ausdrücklich in der Liste der versicherten Personen - Abschnitt Unfälle - Kombination versichertes Risiko - wieder-gegebene Kombination)

A) Berufliche und außerberufliche Unfälle

Diejenigen, die der *Versicherte* bei der Ausübung der angegebenen Haupt- und Nebentätigkeiten sowie jeder anderen nicht-beruflichen Tätigkeit erleidet, **unbeschadet der Bestimmungen von Art. 24 - Sonstige geleistete Garantien - Punkt 7 - Sportliche Aktivitäten sowie der Bestimmungen von Art. 25 - Ausgeschlossene Unfälle.**

B) Nur berufliche Unfälle

Diejenigen, die der *Versicherte* bei der Ausübung der in der *Police* genannten beruflichen Tätigkeiten erleidet, **einschließlich des Risikos von Wegeunfällen, unbeschadet der Bestimmungen laut Art. 25 - Ausgeschlossene Unfälle.**

Als ausgeschlossen gilt dasjenige, was von Art. 24 - Sonstige geleistete Garantien - Punkt 7 - Sportliche Aktivitäten - vorgesehen ist.

C) Nur außerberufliche Unfälle

Diejenigen, die der *Versicherte* bei der Ausübung aller anderen Tätigkeit außerberuflicher Art erleidet, **unbeschadet der Bestimmungen laut Art. 24 - Sonstige geleistete Garantien - Punkt 7 - Sportliche Aktivitäten sowie der Bestimmungen von Art. 25 - Ausgeschlossene Unfälle.**

Art. 23 - Sonstige geleistete Garantien

Inbegriffen sind die folgenden *Unfälle*:

- Unfälle als Passagier von Fahrzeugen zur Beförderung auf dem Landweg oder auf dem Wasser;
- Unfälle infolge von Krankheiten oder Bewusstlosigkeit, die nicht auf pathologische Bedingungen zurückzuführen sind;
- Unfälle aufgrund von Unerfahrenheit, Leichtsinn, Fahrlässigkeit, die auch schwerwiegend sein können;
- Unfälle aufgrund von Erstickung, die nicht krankhaften Ursprungs ist, Ertrinken, Erfrierung, Sonnenstich oder Hitzschlag, Stromschlag, akute Vergiftung durch Einnahme oder Aufnahme von Stoffen;
- Unfälle aufgrund von Tierbissen, Stichen von Insekten oder Spinnentieren, **mit Ausnahme von Malaria, Tropenkrankheiten und Erkrankungen (d.h. jeder krankhaften oder pathologischen Erkrankung, die eine Person betrifft), bei denen die Insekten notwendige Träger sind, sowie die Folgen von Zeckenbissen;**
- Durch Verbrennungen, die von Tieren oder Pflanzen verursacht werden

Als *Unfall* gilt auch die durch *Belastung* verursachte Verletzung (d.h. die körperliche Handlung, die in keinem Verhältnis zur Körperstruktur des *Versicherten* steht und nicht unter die Handlungen des normalen Arbeitslebens und/oder Privatlebens fällt), **mit Ausnahme von Herzinfarkten aufgrund welcher Ursache auch immer.**

Art. 24 - Sonstige geleistete Garantien (gültig für alle versicherten Risikokombinationen)

1. Ästhetischer Schaden (wenn die Garantie *dauerhafte Invalidität* aufgrund eines *Unfalls* unterzeichnet wurde)

Wenn der *Unfall* zu Gesichtsverletzungen führt, die dauerhafte Verunstaltungen oder Schnittwunden mit sich bringen, erstattet die *Gesellschaft* die nachgewiesenen und tatsächlich vom *Versicherten* getragenen Kosten innerhalb 1 (eines) *Jahres* ab dem Tag des gemeldeten *Unfalls*, **jedoch nur dann, wenn ein entsprechender Befund der Notaufnahmen oder des öffentlichen Krankenhauses** in Bezug auf die durchgeführten Behandlungen und Anwendungen zur Beseitigung oder Verminderung des ästhetischen Schadens oder in Bezug auf Eingriffe der plastischen oder ästhetischen Chirurgie vorliegt, **bis zu einem Höchstbetrag von € 5.000,00 pro Versicherungsfall.**

Auch unter der Berücksichtigung von Verträgen, die eventuell während der Laufzeit mit den Gesellschaften der Gruppe Helvetia ersetzt wurden, wird darauf hingewiesen, dass während der Laufzeit der *Police* nicht mehr als ein *Versicherungsfall* in Bezug auf den ästhetischen Schaden pro *versicherte Person* entschädigt werden kann.

2. Erstattung der Kosten für die Wohnungsanpassung bei schwerer *dauerhafter Invalidität* (falls die Garantie *dauerhafte Invalidität* aufgrund eines *Unfalls* unterzeichnet wurde)

Falls der laut *Police* entschädigungsfähige *Unfall* zu einer *dauerhaften Invalidität* von 66% und darüber führt, die aufgrund der Kriterien laut Art. 27 - Dauerhafte Invalidität - ermittelt wurde und die Wohnung des *Versicherten* Anpassungen zur Überwindung der architektonischen Barrieren erfordert, erstattet die *Gesellschaft* die nachgewiesenen und tatsächlich getragenen Kosten innerhalb 1 (eines) *Jahres* ab dem Tag des gemeldeten *Unfalls* zur Ausführung der Arbeiten innerhalb der Wohnung, in der der *Versicherte* seinen Wohnsitz hat. **Die Erstattung erfolgt bis zum Erreichen von 5% des versicherten Betrags für „Dauerhafte Invalidität“, bei einem Höchstbetrag von € 10.000,00 pro Versicherungsfall.**

Auch unter der Berücksichtigung von Verträgen, die eventuell während der Laufzeit mit den Gesellschaften der Gruppe Helvetia ersetzt wurden, wird darauf hingewiesen, dass nicht mehr als ein *Versicherungsfall* pro Wohnung und pro *Police* entschädigt werden kann.

3. Erstattung der Kosten für die Fahrzeuganpassung (falls die Garantie *dauerhafte Invalidität* aufgrund eines *Unfalls* unterzeichnet wurde)

Falls der laut *Police* entschädigungsfähige *Unfall* zu einer *dauerhaften Invalidität* von 66% und darüber führt, die aufgrund der Kriterien laut Art. 27 - Dauerhafte Invalidität - vorgesehen sind, und das Fahrzeug des *Versicherten* oder eines seiner mit ihm lebenden Familienmitglieder in Bezug auf die gemeldete Behinderung angepasst und/oder personalisiert werden muss, erstattet die *Gesellschaft* die nachgewiesenen und tatsächlich getragenen Kosten für die Anpassung innerhalb 1 (eines) *Jahres* ab dem Tag des gemeldeten *Unfalls*.

Die Erstattung erfolgt bis zum Erreichen von 5% des versicherten Betrags für **Dauerhafte Invalidität**, bei einem Höchstbetrag von € 5.000,00 pro **Versicherungsfall**.

Auch unter der Berücksichtigung von Verträgen, die eventuell während der Laufzeit mit den Gesellschaften der Gruppe Helvetia ersetzt wurden, wird darauf hingewiesen, dass nicht mehr als ein **Versicherungsfall** pro Fahrzeug und pro **Police** entschädigt werden kann.

4. Verlust des Schuljahres (wenn die Garantie *dauerhafte Invalidität* aufgrund eines *Unfalls* unterzeichnet wurde)

Wenn aufgrund eines gemäß der *Police* entschädigungsfähigen *Unfalls*, der *versicherte* Schüler unter 20 (zwanzig) Jahren einen Schaden erlitten hat, der so lange andauert, dass sich hieraus der Verlust des Schuljahres ergibt, **garantiert die Gesellschaft die Zahlung der pauschalen Entschädigung von € 1.000,00 pro Versicherungsfall und pro Versicherungsjahr**.

Die Zahlung der Entschädigung wird nach einer vom Schulsekretariat ausgestellten Bescheinigung anerkannt, aus der hervorgeht, dass der Verlust des Schuljahres auf Abwesenheiten zurückzuführen ist, und nach Vorlage eines ärztlichen Attests, aus dem hervorgeht, dass diese Abwesenheiten eine direkte Folge des gemeldeten *Unfalls* sind.

Diese Entschädigung wird unter der Bedingung gewährt, dass die Nichtversetzung in die nächst höhere Klasse den Besuch der Primar- und Sekundarschule I. und II. Grades betrifft.

5. Erweiterung der *Versicherung* auf traumatische oder durch *Belastung* bedingte Hernien (wenn die Garantie *Dauerhafte Invalidität* aufgrund eines *Unfalls* unterzeichnet wurde)

Die *Versicherung* wird **beschränkt auf die Fälle von *dauerhafter Invalidität* und *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit*** auf traumatische oder durch *Belastung* bedingte Hernien erweitert, **wobei Folgendes gilt:**

- **Der Versicherungsschutz beginnt um 24.00 Uhr des 180. (einhundertachtzigsten) Tages ab dem Tag, an dem die Garantie beginnt oder die *Prämienzahlung* erfolgt, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt;**
- **Wenn die Hernie operierbar ist, wird nur die Entschädigung für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* bis maximal 30 (dreißig) Tage gezahlt;**
- **Wenn die Hernie, auch wenn sie bilateral ist, nach ärztlichem Ermessen nicht operiert werden kann, wird für den Fall der vollständigen *dauerhaften Invalidität* nur eine Entschädigung von höchstens 10% des versicherten Betrages geleistet;**
- **bei einer Meinungsverschiedenheit über die Art und/oder Operationsfähigkeit der Hernie gilt Art. 19 - Streitfälle - Informelles Schiedsverfahren - der allen Abschnitten gemeinsamen Bestimmungen.**

Wurde der Vertrag übergangslos als Ersatz für einen anderen bestehenden Vertrag mit den Gesellschaften der Gruppe Helvetia für die gleichen Versicherten und identischen Garantien ausgestellt, **so gelten folgende Wartezeiten:**

- **ab dem Tag, an dem der ersetzte Vertrag wirksam wurde, beschränkt auf die Leistungen und Höchstbeträge, die in letzterem vorgesehen waren;**
- **ab dem Tag, an dem dieser Vertrag wirksam wird, beschränkt auf die höheren Beträge und die darin vorgesehenen unterschiedlichen Leistungen.**

Die Bestimmung laut vorstehendem Absatz gilt auch bei Änderungen, die während der Vertragsdauer eingetreten sind.

6. *Subkutaner Sehnenriss* (wenn die Garantie *dauerhafte Invalidität* aufgrund eines *Unfalls* unterzeichnet wurde)

Ergänzend zu Art. 23 - Sonstige geleistete Garantien - der Bestimmungen, die die Unfallversicherung regeln, gelten als *Unfälle* auch die Ergebnisse von *subkutanen Sehnenrissen* von:

- Achillessehne (chirurgisch behandelt oder nicht)
- Bizepssehne (proximal oder distal);
- Daumenstrecksehne;
- Quadrizeps-Sehne Oberschenkel;
- Rotatorenmanschette.

Die *Gesellschaft* liquidiert unabhängig vom objektivierten klinischen Bild **einen Grad der *dauerhaften Invalidität* von 5% bei einem Höchstbetrag von € 5.000,00 pro Versicherungsfall und pro Versicherungsjahr, und zwar innerhalb von 2 (zwei) Jahren ab dem Tag des gemeldeten *Unfalls*, ohne Anwendung der eventuell vorgesehenen *Selbstbehalte*.**

Es wird darauf hingewiesen, dass während der Gültigkeit der *Police*, auch unter Berücksichtigung von Verträgen, die eventuell während der Laufzeit mit den Gesellschaften der Gruppe Helvetia ersetzt wurden, **für jedes Körperglied nicht mehr als ein *Versicherungsfall* in Bezug auf jede der oben Verletzungen entschädigt werden kann.**

Der Versicherungsschutz beginnt um 24.00 Uhr des 180. (einhundertachtzigsten) Tages ab dem Tag, an dem die Garantie beginnt oder die *Prämienzahlung* erfolgt, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt.

Wurde der Vertrag übergangslos als Ersatz für einen anderen bestehenden Vertrag mit den Gesellschaften der Gruppe Helvetia für die gleichen Versicherten und identischen Garantien ausgestellt, **so gelten folgende Wartezeiten:**

- **ab dem Tag, an dem der ersetzte Vertrag wirksam wurde, beschränkt auf die Leistungen und Höchstbeträge, die in letzterem vorgesehen waren;**
- **ab dem Tag, an dem dieser Vertrag wirksam wird, beschränkt auf die höheren Beträge und die darin vorgesehenen unterschiedlichen Leistungen.**

Die Bestimmung laut vorstehendem Absatz gilt auch bei Änderungen, die während der Vertragsdauer eingetreten sind.

Diese Garantie gilt nicht für die sportlichen Aktivitäten, die in den zusätzlichen Bedingungen 1 und 2 vorgesehen sind, falls auf sie verwiesen wird.

7. *Sportliche Aktivitäten* (sofern sie in *Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder regionalen Bestimmungen durchgeführt werden*)

Gültig für die Risikokombinationen A - Berufliche und außerberufliche Unfälle - und C - Nur außerberufliche Unfälle

- A) Die *Versicherung* gilt für die *Unfälle*, die in der *Police* angegebene *Versicherte* bei der Ausübung sportlicher Aktivitäten erleidet, auch wenn sie unter der Aufsicht von Sportverbänden und Sportvereinen durchgeführt werden.**

Als ausdrücklich ausgeschlossen gelten die professionell ausgeübten sportlichen Aktivitäten (*Berufssport*), oder auf jeden Fall, wenn der *Versicherte* die Aktivität in einer Weise ausübt, dass sie hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes jede andere Beschäftigung überwiegt.

Ausgeschlossen sind des Weiteren die im nachstehenden Punkt 8 vorgesehenen sportlichen Aktivitäten.

B) Als ausgeschlossen gelten die *Unfälle*, die sich bei der Ausübung der folgenden sportlichen Tätigkeiten ereignen, **NUR WENN** dies unter der Aufsicht von Sportverbänden und -vereinen geschieht:

- Fußball;
- Kleinfeldfußball;
- Basketball;
- Skifahren (Slalom und/oder Abfahrt) und Snowboarden
- Gymnastik (Kunstturnen und mit Sprungbrett),
- Radsport;
- Eislauf, Rollschuhlauf,
- Pferdesport im Allgemeinen.

Diese Sportarten können, wenn sie unter der Aufsicht von Sportverbänden oder -vereinen ausgeübt werden, unter Verweis auf die zusätzliche Bedingung 1 - Erweiterung auf „risikoarme“ Sportaktivitäten - versichert werden.

8. Ausgeschlossene sportliche Aktivitäten

Als ausgeschlossen gelten die *Unfälle*, die sich bei der Ausübung der folgenden Sportarten ereignen, **UNABHÄNGIG DAVON**, ob sie unter Aufsicht von Sportverbänden oder -vereinen ausgeübt werden, wobei diese Liste als beispielhaft und nicht erschöpfend anzusehen ist. Als ausdrücklich ausgeschlossen gelten auch andere nicht aufgeführte Sportarten, die eine hohe Gefährlichkeit aufweisen, und auf jeden Fall die *Extremsportarten*:

- Boxen;
- Schwerathletik;
- Kampfsport und Ringkampf in den verschiedenen Formen;
- Bergsteigen mit Felsklettern oder Zugang zu Gletschern über den 3. Grad der U.I.A.A.-Skala (Union Internationale des Associations d'Alpinisme) hinaus, und wenn unterhalb des 3. Grades, wenn sie allein durchgeführt werden;
- Freiklettern;
- Ski- und Snowboardfahren außerhalb der Piste (aber als inbegriffen gilt das Ski- und Snowboardfahren außerhalb Piste, wenn es am Rand der präparierten Pisten erfolgt);
- Skispringen, Wasserskispringen;
- *Extremskifahren* und *akrobatisches Skifahren*, extremes und akrobatisches Snowboardfahren, Skibergsteigen;
- Bob und Rennschlitten;
- Biathlon und Triathlon (Ironman);
- Rugby;
- Tauchen mit Atemgerät;
- Fallschirmspringen und Luftsport im Allgemeinen (einschließlich Drachenfliegen, Ultraleichtflugzeug und Paragliding);
- Amerikanischer Fußball;
- Rollhockey, Eishockey, Feldhockey;
- Rafting;
- Hochseeregatten und Solo-Seefahrten;
- Freiklettern;
- Jumping und Bungee-Jumping;
- Parkour;
- Downhill;
- Kite-Surf;
- Snow-Kite;
- Skeleton;
- Canyoning;
- Höhlenforschung;
- Bob (Bobsleigh);
- Hydrospeed;
- Kanu- und Kajakfahren mit Abfahrten in Stromschnellen;
- Motorsport im Allgemeinen (Autos, Motorräder und Motorboote oder Rennboote, Go-Karts), unbeschadet dessen, was in Art. 25 - Ausgeschlossene Unfälle, Punkt 6 (geregelt Wettbewerbe und entsprechende Proben).

Einige dieser Sportarten können versichert werden unter Verweis auf die zusätzliche Bedingung 2 - Erweiterung auf „risikoreiche“ Sportaktivitäten.

9. Flugrisiko

Die Garantie gilt für die *Unfälle*, die der *Versicherte* erleidet in seiner Eigenschaft als:

- Passagier auf Flugreisen, die mit Flugzeugen oder Hubschraubern des öffentlichen Verkehrs, unabhängig davon, von wem sie betrieben werden, und von Berufspiloten durchgeführt werden;
- Passagier bei Flugreisen mit mehrmotorigen Flugzeugen von Unternehmen oder Privatpersonen, die von Berufspiloten durchgeführt werden, mit Ausnahme von Ozeanüberquerungen. **Beschränkt auf diese Ausweitung wird der Versicherungsschutz nur bei Tod und dauerhafter Invalidität gewährt, wenn dies in der Police vorgesehen ist, unter Ausschluss aller anderen vereinbarten Garantien.**

Bei einem *Versicherungsfall*, an dem mehrere bei der *Gesellschaft* versicherte Personen gleichzeitig aufgrund eines einzigen Ereignisses beteiligt sind, darf die maximale Gesamtauszahlung der *Gesellschaft* 20.000.000,00 € nicht überschreiten. Übersteigt die Summe der nach der *Police* zu zahlenden Entschädigungen diesen Betrag, so werden sie anteilig gekürzt.

10. Risiko Krieg und Terrorismus

Die Garantie gilt für *Unfälle*, die auf Folgendes zurückzuführen sind:

- Aggressionen und/oder Gewalttaten bei Gelegenheit von Volksaufständen und terroristischen Anschlägen, **unter der Bedingung, dass der Versicherte nicht aktiv daran teilgenommen hat;**
- Krieg für einen maximalen Zeitraum von 14 (vierzehn) Tagen ab dem Beginn der Feindseligkeiten, und sofern der *Versicherte* vom Ausbruch der Kriegsereignisse überrascht wurde, während er sich im Ausland befand.
Ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen sich der *Versicherte* freiwillig in Länder begibt, die von Kriegshandlungen betroffen sind, und als ausdrücklich ausgeschlossen gelten Schäden durch radioaktive, biologische und chemische Substanzen.

Bei einem *Versicherungsfall*, an dem mehrere bei der *Gesellschaft* versicherte Personen gleichzeitig aufgrund eines einzigen Ereignisses beteiligt sind, darf die maximale Gesamtauszahlung zu Lasten der *Gesellschaft* den Betrag von € 20.000.000,00 nicht überschreiten.

Übersteigt die Summe der nach der *Police* zu zahlenden Entschädigungen diesen Betrag, so werden sie anteilig gekürzt.

11. Naturkatastrophen

Die Garantie deckt *Unfälle* infolge von Erdbeben, Seebeben, Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen und Sturmfluten, die den *Versicherten* außerhalb der Region betreffen, in der sich die Gemeinde befindet, in der er seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Bei einem *Versicherungsfall*, an dem mehrere bei der *Gesellschaft* versicherte Personen gleichzeitig aufgrund eines einzigen Ereignisses beteiligt sind, darf die maximale Gesamtauszahlung der *Gesellschaft* 20.000.000,00 € nicht überschreiten. Übersteigt die Summe der nach der *Police* zu zahlenden Entschädigungen diesen Betrag, so werden sie anteilig gekürzt.

Art. 25 - Ausgeschlossene Unfälle.

Alle diejenigen, die auf Folgendes zurückzuführen sind:

1. Führen eines Fahrzeugs oder Motorbootes, wenn der *Versicherte* nicht nach den geltenden Gesetzen hierfür zugelassen ist oder wenn der Führerschein abgelaufen ist, es sei denn, der *Versicherte* hat im letzteren Fall zum Zeitpunkt des *Versicherungsfalls* die notwendigen Voraussetzungen, um eine Verlängerung zu erhalten;
2. Führen von Luftfahrzeugen sowie deren Verwendung als Besatzungsmitglied;
3. Verwendung und Fahren von Fortbewegungsmitteln unter Wasser;
4. Ausübung einer Sportart, die für den *Versicherten* eine nicht erklärte berufliche Haupt- oder Nebentätigkeit darstellt, sowie der von Art. 24 - Sonstige geleistete Garantien - Punkt 7 und 8.
5. Verwendung von Fahrzeugen auf Rennstrecken, auch als Beifahrer und auch ohne Wettbewerb, mit Ausnahme von sicheren Fahrkursen, sowie Verwendung von Luftfahrzeugen (einschließlich Drachenfliegern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen) und Motorbooten bei Wettkämpfen und damit verbundenen Proben;
6. Teilnahme als Fahrer und auch als Beifahrer, an Auto- oder Motorradrennen und damit verbundenen Tests und Trainingsfahrten, es sei denn, es handelt sich um geregelte Wettbewerbe und damit verbundene Probefahrten;
7. *Alkoholeinfluss* am Steuer von Fahrzeugen im Allgemeinen, Einfluss durch den Gebrauch oder *Missbrauch von Psychopharmaka* und *psychotropen Arzneimitteln* sowie durch den Gebrauch von Halluzinogenen und den nicht-therapeutischen Gebrauch von Betäubungsmitteln und auf jeden Fall, wenn sich der *Versicherte* in einem Zustand der *Trunkenheit* befindet;
8. chirurgische Eingriffe, Untersuchungen oder medizinische Behandlungen, die nicht durch einen *Unfall* erforderlich geworden sind;
9. vorsätzliche oder versuchte Straftaten des *Versicherten*, Selbstmord;
10. freiwilliger Wehrdienst und Einberufung zum Wehrdienst für die Mobilmachung oder aus anderen außergewöhnlichen Gründen (unbeschadet dessen, was in Art. 36 - Unfälle während des freiwilligen Wehrdienstes - vorgesehen ist);
11. natürlich oder künstlich hervorgerufene atomare Energieumwandlungen oder -versetzungen und Beschleunigungen atomarer Teilchen (nukleare Kernspaltung oder -fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.);
12. die Beteiligung an Unternehmungen einschließlich sportlicher Unternehmungen von außergewöhnlicher Art oder an leichtsinnigen Aktionen (z.B. Erkundungsfahrten, arktische Expeditionen, Himalaya- und/oder Anden-Expeditionen);
13. *Versicherungsfälle*, die direkt oder indirekt durch *Geisteskrankheiten* und psychische Störungen im Allgemeinen verursacht werden oder davon abhängen, einschließlich der organischen Gehirnsyndrome, schizophrenen Störungen, paranoischen Störungen, manisch-depressiven Formen, Epilepsie und entsprechenden Folgen und Komplikationen;
14. Behandlungen und Eingriffe im Zusammenhang mit dem erworbenen Immunschwächesyndrom (AIDS) und Krankheiten im Zusammenhang mit der HIV-Infektion;
15. Schäden, die hervorgerufen wurden durch nicht für friedliche Zwecke eingesetzte radioaktive, biologische und chemische Substanzen (d.h. wenn sie in Fällen von Krieg oder Aufständen verwendet werden).

Art. 26 - Tod infolge eines Unfalls

- 1) Führt der *Unfall* zum Tod, zahlt die *Gesellschaft* den versicherten Betrag zu gleichen Teilen an die in der *Police* bezeichneten *Anspruchsberechtigten* oder, wenn keine Benennung erfolgt ist, an die legitimen und/oder testamentarischen Erben des *Versicherten*.

Die Entschädigung für den Todesfall kann nicht mit der Entschädigung für eine dauerhafte Invalidität infolge eines Unfalls kumuliert werden.

Stirbt der *Versicherte* jedoch nach Zahlung einer *Entschädigung* für *dauerhafte Invalidität* infolge desselben Unfalls, zahlt die *Gesellschaft* den *Anspruchsberechtigten* nur die Differenz zwischen der *Todesfallentschädigung* - falls höher - und der bereits gezahlten *Entschädigung* für die *dauerhafte Invalidität*.

Die *Garantie* ist gültig, sofern der Tod innerhalb von **2 Jahren** nach dem *Unfall* eintritt, auch nach Ablauf der *Versicherung*.

2) Todeserklärung.

Ist der *Versicherte* durch einen gemäß der *Police* entschädigungsfähigen *Unfall* verschwunden und hat die Justizbehörde unter Anwendung von Art. 60, Absatz 3), und Art. 62 des Zivilgesetzbuches oder von Art. 211 der Schifffahrtsordnung seinen mutmaßlichen Tod erklärt und wurde dieses Ereignis in das Zivilstandsregister eingetragen, so hat die *Gesellschaft* den *Anspruchsberechtigten* laut *Police* die für den Todesfall versicherte Summe zu zahlen. **Wird nach Zahlung der *Entschädigung* für den *Versicherten* die *Lebensbescheinigung* ausgestellt, hat die *Gesellschaft* das Recht, sowohl gegen die *Anspruchsberechtigten* als auch gegen den *Versicherten* auf Rückerstattung der gezahlten Summe vorzugehen. Der *Versicherte* kann seine Rechte für eventuell erlittene Verletzungen, die im Sinne der *Police* entschädigungsfähig sind, erst dann geltend machen, wenn der gesamte bezahlte Betrag von den *Anspruchsberechtigten* oder in deren Namen vom *Versicherten* zurückgezahlt worden ist.**

Art. 27 - Dauerhafte Invalidität

- a) Die *Entschädigung* für die *dauerhafte Invalidität* ist zu zahlen, wenn die *Invalidität* auch nach Ablauf der *Versicherung* eintritt - und zwar innerhalb von **zwei Jahren** nach dem gemeldeten *Unfall* und in einem ursächlichen Zusammenhang damit stehend.
- b) Führt der *Unfall* zu einer vollständigen dauerhaften und endgültigen *Invalidität*, zahlt die *Gesellschaft* den gesamten versicherten Betrag.
- c) Führt der *Unfall* zu einer teilweisen endgültigen und *dauerhaften Invalidität*, wird die *Entschädigung* für die *dauerhafte Invalidität* auf der Grundlage des versicherten Betrags (**vorbehaltlich der Anwendung der in der *Police* vorgesehenen *Selbstbehalte***) im Verhältnis zum festgestellten Invaliditätsgrad berechnet., wobei die Kriterien und Prozentanteile angewandt werden laut Art. 20 – „Tabelle zur Bestimmung des Grades der dauerhaften Invalidität (ex INAIL-Tabelle, Anhang Nr. 1 zum Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30. Juni 1965)" - der allen Abschnitten gemeinsamen Bestimmungen, oder falls die zusätzliche Bedingung 9 - „Tabelle zur Bestimmung des Grades der dauerhaften Invalidität“ - gilt.
- d) Führt der *Unfall* zu einer endgültigen *dauerhaften Invalidität*, die nicht anhand der in der obigen Tabelle angegebenen Werte ermittelt werden kann, werden die nachstehend genannten Kriterien zugrunde gelegt:
 - Anstelle eines anatomischen oder funktionellen Verlustes eines Körpergliedes oder Organs und bei anderen als den in der Tabelle genannten Beeinträchtigungen werden bei Behinderungen die oben genannten Prozentsätze im Verhältnis zur verlorenen Funktion reduziert;
 - im Falle einer Beeinträchtigung eines oder mehrerer anatomischer und/oder artikulärer Bereiche eines einzelnen Körpergliedes werden Einzeluntersuchungen durchgeführt, deren Summe den Wert, der dem Totalverlust des Körpergliedes selbst entspricht, nicht überschreiten darf;
 - kann die *dauerhafte Invalidität* nicht auf der Grundlage der vorstehend genannten Werte und Kriterien bestimmt werden, so wird sie unter Bezugnahme auf die vorstehend genannten Werte und Kriterien unter Berücksichtigung der allgemeinen Einschränkung der Fähigkeit des *Versicherten* festgelegt, eine Arbeit unabhängig von seinem Beruf auszuführen;
- e) Der anatomische oder funktionelle Verlust mehrerer Organe, Körperglieder oder Teile davon führt zur Anwendung des Invaliditätsanteils in Höhe der Summe der für jede Beeinträchtigung berechneten individuellen Prozentsätze bis zu einem Maximalwert von 100%.

Art. 28 - Modulierter Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität von 3%

Der versicherte Betrag für die *dauerhafte Invalidität* aufgrund eines *Unfalls* unterliegt einem *Selbstbehalt* von 3%; daher zahlt die *Gesellschaft* keine *Entschädigung*, wenn die *dauerhafte Invalidität* einen Grad von nicht mehr als 3% der Gesamtinvalidität aufweist.

Weist die *dauerhafte Invalidität* einen Grad von über 3% auf, zahlt die *Gesellschaft* eine *Entschädigung*, die anhand des versicherten Betrags unter Berücksichtigung der folgenden Prozentsätze berechnet wird:

% dauerhafte Invalidität FESTGESTELLT	% dauerhafte Invalidität ZU ZAHLEN	% dauerhafte Invalidität FESTGESTELLT	% dauerhafte Invalidität ZU ZAHLEN
4	1	35	41
5	2	36	43
6	3	37	45
7	4	38	47
8	5	39	49
9	6	40	51
10	10	41	53
11	11	42	55
12	12	43	57
13	13	44	59
14	14	45	61
15	15	46	63
16	16	47	65
17	17	48	67
18	18	49	69
19	19	50	71

% dauerhafte Invalidität FESTGESTELLT	% dauerhafte Invalidität ZU ZAHLEN	% dauerhafte Invalidität FESTGESTELLT	% dauerhafte Invalidität ZU ZAHLEN
20	20	51	73
21	21	52	75
22	22	53	77
23	23	54	79
24	24	55	81
25	25	56	83
26	26	57	85
27	27	58	87
28	28	59	89
29	29	60	91
30	30	61	93
31	33	62	95
32	35	63	97
33	37	64	99
34	39	65 und darüber	100

Art. 29 - Kriterien der Entschädigungsfähigkeit

Die *Gesellschaft* leistet die *Entschädigung* für die unmittelbaren, ausschließlichen und objektiv feststellbaren Folgen des *Unfalls*. Ist der *Versicherte* zum Zeitpunkt des *Unfalls* nicht körperlich unversehrt und gesund, können nur die Folgen entschädigt werden, die sich ergeben hätten, wenn der *Unfall* eine gesunde und unversehrte Person betroffen hätte. Im Falle eines anatomischen Verlustes oder einer funktionellen Einschränkung eines bereits behinderten Organs oder Körpergliedes werden die in Art. 20 - „Tabelle der Bewertungen des prozentualen Grades der dauerhaften Invalidität (ex Tabelle INAIL, Anhang Nr. 1 zum Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30. Juni 1965)“ der allen Abschnitten gemeinsamen Bestimmungen, oder falls auf die zusätzliche Bedingung 9 verwiesen wird, werden die in der „Tabelle zur Festlegung des Grades der dauerhaften Invalidität“ und Berücksichtigung des zuvor bestehenden *dauerhaften Invalidität* reduziert.

Art. 30 - Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Die *Entschädigung* für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* ist in folgenden Fällen zu zahlen:

- in voller Höhe für jeden Tag, an dem sich der *Versicherte* in völliger körperlicher Unfähigkeit befand, den angegebenen Haupt- und Nebentätigkeiten nachzugehen;
- 50% für jeden Tag, an dem der *Versicherte* nur einem Teil der angegebenen Haupt- und Nebentätigkeiten nachgehen konnte.

Die *Entschädigung* kann mit der Entschädigung für Tod, *dauerhafte Invalidität*, *Unfallbehandlungskosten*, Tagegeld für *Krankenhausaufenthalt* aufgrund eines *Unfalls*, Tagegeld aufgrund einer *Ruhigstellung* mit *Gipsverband* und Tagegeld für die Genesung nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls kumuliert werden.

Für *Unfälle*, die sich bei der Ausübung von sportlichen Aktivitäten ereignen, die in den gegebenenfalls wirksamen zuzusätzlichen Bedingungen 1 und 2 vorgesehen sind, wird keine *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* gezahlt.

Art. 31 - Selbstbehalt vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Die *Entschädigung* für *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* gilt als gezahlt ab 24 Uhr des 7. (siebten) Tages nach dem Tag des *Unfalls*, wenn der *Unfall* ordnungsgemäß innerhalb der Fristen laut Art. 7 der „Bestimmungen, die die Versicherung im Allgemeinen regeln“ angezeigt wurde.

Erfolgt die Anzeige zu einem verspäteten Zeitpunkt, wird das Tagegeld ab dem Tag nach der Anzeige gezahlt. Während der Dauer der Behandlung muss der *Versicherte* kontinuierlich und unverzüglich ärztliche Verlängerungsbescheinigungen schicken. Andernfalls gilt als Datum der Genesung das in der letzten übermittelten Bescheinigung prognostizierte Datum, unbeschadet dessen, dass die *Gesellschaft* ein früheres Datum festlegen kann.

Sofern nicht die Garantie „Tagegeld bei *Krankenhausaufenthalt* aufgrund eines Unfalls“ und/oder das „Tagegeld bei *Ruhigstellung* mit einem *Gipsverband*“ geleistet wird, gilt der vorstehende *Selbstbehalt* in den folgenden Fällen als aufgehoben:

- die *Entschädigung* gilt als ohne *Selbstbehalt* gezahlt, wenn der *Unfall* zu einem *Krankenhausaufenthalt* mit *chirurgischem Eingriff* führt;
- Die *Entschädigung* gilt als gezahlt ab 24 Uhr des zweiten Tages, der auf den Tag des *Unfalls* folgt, der einen *stationären Aufenthalt* in einer öffentlichen *Gesundheitseinrichtung* mit wenigstens zwei Übernachtungen erfordert hat.

Art. 32 - Unfallbehandlungskosten

Die *Gesellschaft* erstattet - bis zur Höhe der in der *Police* angegebenen Versicherungssumme - die durch ein entschädigungsfähiges Ereignis wie einen *Unfall* verursachten Aufwendungen für die Leistungen und **innerhalb der nachstehend genannten Grenzen**, gültig pro Person und pro Versicherungsjahr.

A. Gesundheitsleistungen bei *Krankenhausaufenthalt*, *Day Hospital*, *Day Surgery* in einer *Gesundheitseinrichtung*:

- Honorare des Chirurgen, des Hilfspersonals, des Assistenten, des Anästhesisten und jeder anderen am *chirurgischen Eingriff* beteiligten medizinischen oder paramedizinischen Person, OP-Gebühren und Operationsmaterial, Endoprothesen sowie während der Operation angewandte prothetische und therapeutische Vorrichtungen;
- Klinikkosten;
- medizinische und pflegerische Betreuung, Medikamente, Untersuchungen, Diagnostetests sowie Physiotherapie und Rehabilitation während des *Krankenhausaufenthaltes* oder des im *Ambulatorium* durchgeführten *chirurgischen Eingriffs*;
- Überführung mit einem geeigneten Transportmittel zur *Gesundheitseinrichtung* bis zum Erreichen von 5% des versicherten Betrags, wie in der *Police* angegeben.

Im Falle eines *Krankenhausaufenthaltes* im *Day Hospital* übernimmt die *Gesellschaft* die Erstattung der oben genannten Kosten wie folgt:

- ab dem 1. (ersten) Tag der Einlieferung ohne Übernachtung bei einem *Krankenhausaufenthalt* im *Day Hospital* einer öffentlichen *Gesundheitseinrichtung*;
- Mindestaufenthalt von 2 aufeinanderfolgenden Tagen ohne Übernachtung im Fall eines *Day Hospital* in einer privaten *Gesundheitseinrichtung*.

B. Gesundheitsleistungen nach dem *Krankenhausaufenthalt*, dem Aufenthalt im *Day Hospital* und dem *chirurgischen Eingriff* ohne *Krankenhausaufenthalt* oder nach einem *Unfall*, der nicht zum *Krankenhausaufenthalt* oder zum *chirurgischen Eingriff* geführt hat:

- fachärztliche Untersuchungen, diagnostische Untersuchungen und Kontrollen, die durchgeführt wurden innerhalb von **180 (einhundertachtzig) Tagen** nach dem *Unfall* (**sofern ein Befund der Notaufnahme vorliegt, der den erlittenen *Unfall* bescheinigt**), dem *Krankenhausaufenthalt*, dem *Day Hospital* oder dem *chirurgischen Eingriff* ohne *Krankenhausaufenthalt*, soweit vom behandelnden Arzt oder vom Facharzt verschrieben, der den *Versicherten* behandelt, **mit der Obergrenze von 20% des versicherten Betrags**;
- physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen (**ausgenommen Thermalkuren und ähnliches sowie der Kauf, die Wartung, die Reparatur und Ausleihung von Prothesen und Therapiegeräten**), die vom behandelnden Arzt oder vom Facharzt verschrieben wurden, der den *Versicherten* behandelt, und die **innerhalb von 6 (sechs) Monaten** ab dem Tag des *Unfalls* durchgeführt und in Rechnung gestellt wurden (**sofern ein Befund der Notaufnahme vorliegt, der den erlittenen *Unfall* bescheinigt**) oder ab dem Tag der Beendigung des *Krankenhausaufenthaltes* oder des *chirurgischen Eingriffs* ohne *Krankenhausaufenthalt*, bei einer Obergrenze von 20% des versicherten Betrags.

C. Zahnärztliche Behandlungen:

- Dazu gehören Zahnbehandlungen und Zahnprothesen, die durch einen *Unfall* erforderlich werden, was durch den Befund einer öffentlichen Notaufnahme zu belegen ist.
Die Garantie gilt bis zu einer Höhe von maximal 20% des in der *Police* angegebenen versicherten Betrags, maximal jedoch bis zu einer Höhe von € 3.000,00, sofern die Behandlung innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* durchgeführt wird.

Zum Zweck der geleisteten Garantie gilt auch die in der Notaufnahme vorgenommene unblutige Reduktion von *Frakturen* und *Luxationen* als gleichwertig mit einem *chirurgischen Eingriff*.

Art. 33 - Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls

Die Gesellschaft zahlt das in der Versicherungspolice vereinbarte Tagegeld nach der Aufnahme des Versicherten in eine Gesundheitseinrichtung infolge eines nach der Police entschädigungsfähigen Unfalls für jeden Aufenthaltstag und für eine maximale Dauer von 365 (dreihundertfünfundsechzig) Tagen, einschließlich auch für den Fall der Aufnahme in ein Day Hospital und eine Day Surgery.

Das Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls für Unfälle, die sich bei der Ausübung von sportlichen Aktivitäten ereignen, die in der zusätzlichen Bedingung 2 vorgesehen sind, falls gültig.

Art. 34 - Genesungstagegeld nach Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes, der durch einen gemäß der Police entschädigungsfähigen Unfall notwendig geworden ist, zahlt die Gesellschaft das in der Police vereinbarte Tagegeld für die Zeit der Genesung nach dem Krankenhausaufenthalt, einschließlich des Aufenthaltes im Day Hospital und in der Day Surgery, sofern die Genesungszeit vom behandelnden Arzt des Versicherten vorgeschrieben ist, für eine maximale Dauer von 15 Tagen je Ereignis und pro Versicherungsjahr.

Das Genesungstagegeld nach Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls wird nicht mit dem eventuell in der Police vereinbarten Tagegeld für Ruhigstellung mit Gipsverband kumuliert, während es mit der Garantie für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit kumuliert wird, sofern in der Police vereinbart.

Art. 35 - Tagegeld bei Ruhigstellung mit einem Gipsverband

Die Gesellschaft zahlt das im Datenblatt zur Police vereinbarte Tagegeld für die Zeit der Ruhigstellung mit Gipsverband nach einem Unfall, der ab dem Tag nach der Antragstellung im Rahmen der Police entschädigt werden kann, für eine maximale Dauer von 100 (hundert) Tagen pro Ereignis und pro Versicherungsjahr.

Bei festgestellter Fraktur von:

1. wenigstens 3 (drei) Rippen
2. Wirbeln
3. Beckenknochen

die eine Ruhigstellung ohne Anwendung eines Gipsverbandes vorsehen, zahlt die Gesellschaft das vereinbarte Tagegeld für die vom behandelnden Arzt vorgeschriebene Bettruhe bis zu maximal 30 (dreißig) Tagen pro Ereignis und pro Versicherungsjahr, in jedem Fall aber gegen Vorlage eines Notaufnahmefebefunds und/oder radiologischen Befunds.

Sieht das Datenblatt zur Police auch ein Tagegeld für den unfallbedingten Krankenhausaufenthalt vor, wird das Tagegeld für die Ruhigstellung ab dem Tag nach der Entlassung des Versicherten aus der Gesundheitseinrichtung gezahlt.

Das Tagegeld für die Ruhigstellung mit Gipsverband wird nicht mit dem Tagegeld für die Genesung nach dem Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls kumuliert, sofern in der Police vereinbart, während es mit der Garantie für eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit kumuliert wird, sofern in der Police vereinbart.

Art. 36 - Unfälle während des freiwilligen Wehrdienstes

Die Versicherung bleibt gültig während des freiwilligen Wehrdienstes in Friedenszeiten. Die Versicherung umfasst nicht die Unfälle, die während der Einberufung aufgrund einer Mobilmachung oder einer Ausnahmesituation erlitten wurden, unbeschadet des Rechts des Versicherten, die Beendigung der Versicherung selbst zu verlangen, und auch nicht die Unfälle, die während der Teilnahme an militärischen Interventionen außerhalb der Grenzen der Italienischen Republik erlitten wurden, unbeschadet des Rechts des Versicherten, die Aussetzung der Versicherung zu verlangen. Im Falle einer Auflösung hat der Versicherte Anspruch auf Erstattung des Teils der Prämie, der sich auf die nicht genutzte Versicherungszeit bezieht, während der Versicherte im Falle einer Aussetzung das Recht hat, die Verlängerung der Versicherung für einen Zeitraum zu beantragen, der dem Zeitraum der Aussetzung entspricht.

Art. 37 - Obergrenze im Katastrophenfall

Im Falle eines einzelnen Ereignisses, das den Unfall von mehr als einer im Rahmen dieser Police versicherten Person verursacht, darf die maximale Gesamtauszahlung der Gesellschaft den Betrag von 4.000.000,00 € nicht überschreiten. Übersteigt die Summe der nach der Police zu zahlenden Entschädigungen diesen Betrag, so werden sie anteilig gekürzt.

Art. 38 - Territoriale Gültigkeit

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.

Art. 39 - Anpassung der Prämie an das Alter

Die Prämien für die in Abschnitt I Unfälle vorgesehenen Garantien werden anhand des Alters des Versicherten ermittelt. Zu jedem jährlichen Ablaufdatum der Police wird die Prämie für jeden Versicherten unter Anwendung der in der folgenden Tabelle vorgesehenen Koeffizienten angepasst.

TABELLE DER KOEFFIZIENTEN ZUR PRÄMIENANPASSUNG AN DAS ALTER

Alter	Steigerungskoeffizienten in % der Vorjahresprämie	Alter	Steigerungskoeffizienten in % der Vorjahresprämie	Alter	Steigerungskoeffizienten in % der Vorjahresprämie
0	0,00%	26	0,00%	52	0,49%
1	0,00%	27	0,00%	53	0,49%
2	0,00%	28	0,00%	54	0,49%
3	0,00%	29	0,00%	55	0,49%
4	0,00%	30	0,00%	56	0,49%
5	0,00%	31	0,00%	57	0,48%
6	0,00%	32	0,00%	58	0,48%
7	0,00%	33	0,00%	59	0,48%
8	0,00%	34	0,00%	60	0,48%
9	0,00%	35	0,00%	61	0,47%
10	0,00%	36	0,00%	62	0,47%
11	0,00%	37	0,00%	63	0,47%

Alter	Steigerungskoeffizienten in % der Vorjahresprämie	Alter	Steigerungskoeffizienten in % der Vorjahresprämie	Alter	Steigerungskoeffizienten in % der Vorjahresprämie
12	0,00%	38	0,00%	64	0,47%
13	0,00%	39	0,00%	65	0,46%
14	0,00%	40	0,00%	66	0,46%
15	0,00%	41	0,00%	67	0,46%
16	0,00%	42	0,00%	68	0,46%
17	0,00%	43	0,00%	69	0,46%
18	0,00%	44	0,00%	70	0,45%
19	0,00%	45	0,00%	71	0,00%
20	0,00%	46	0,51%	72	0,00%
21	0,00%	47	0,51%	73	0,00%
22	0,00%	48	0,50%	74	0,00%
23	0,00%	49	0,50%	75	0,00%
24	0,00%	50	0,50%	>75	0,00%
25	0,00%	51	0,50%		

Art. 40 - Andere als die in der Police angegebene berufliche Tätigkeit

Unbeschadet dessen, was in den Artikeln 1, 5, 6 der Bestimmungen, die die Versicherung im Allgemeinen regeln, und in Artikel 25 - Unfälle, die von den Bestimmungen der Unfallversicherung ausgeschlossen sind - vorgesehen ist, wird die Entschädigung, wenn sich die angegebene berufliche Tätigkeit während der Gültigkeitsdauer der *Police* ohne schriftliche Mitteilung an die *Gesellschaft* ändert, im Falle eines *Versicherungsfalls*, der nach der *Police* entschädigungsfähig ist, wie folgt festgesetzt:

- a) sie wird vollständig gezahlt, wenn die andere Tätigkeit nicht riskanter ist als die in der *Police* angegebene;
- b) **Sie wird in reduzierter Form gezahlt entsprechend den Prozentsätzen, die von der unten wiedergegebenen Tabelle vorgesehen sind, falls die Tätigkeit sich als risikoreicher erweist als diejenige, die in der *Police* erklärt wurde.**

PROZENTUELLE ENTSCHÄDIGUNG FÜR EINE ANDERE AUSGEÜBTE TÄTIGKEIT ALS DER ERKLÄRTEN				
Erklärte Tätigkeit	Zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls ausgeübte Tätigkeit			
	KLASSE A	KLASSE B	KLASSE C	KLASSE D
KLASSE A	100%	80%	52%	41%
KLASSE B	100%	100%	65%	52%
KLASSE C	100%	100%	100%	80%
KLASSE D	100%	100%	100%	100%

Für die Bestimmung des Risikoniveaus der Tätigkeiten wird auf die Tabelle KLASSIFIKATION DER BERUFSTÄTIGKEITEN verwiesen (siehe weiter unten). Zur Ermittlung der Risikoklasse von beruflichen Tätigkeiten, die nicht in der obigen Tabelle aufgeführt sind, wird das Kriterium der Analogie/Gleichwertigkeit mit einer der aufgeführten Tätigkeiten herangezogen.

Vorausgeschickt außerdem, dass die *Gesellschaft der Versicherung* nicht zugestimmt hätte, wenn sie Kenntnis gehabt hätte von der Änderung der beruflichen Tätigkeit, **wird keine Entschädigung gezahlt, wenn die vom Versicherten zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübte Tätigkeit zu denen gehört, die in der folgenden Liste aufgeführt sind:**

- Berufssportler;
- Pilot oder Testfahrer von Kraftfahrzeugen, Motorbooten, Testpilot von Flugzeugen;
- professioneller Taucher;
- Bergarbeiter, Fachmann im Kontakt mit Radioisotopen und Sprengstoffen;
- Angehöriger der staatlichen Streitkräfte, Polizist, Wachmann;
- Bergführer oder Höhlenforscher, Bergsteigerausbilder;
- Stuntman, Double, Zirkusmitglied.

Diese Bestimmung gilt nicht, wenn die in Artikel 22 „Kombinationen der versicherten Risiken“ der Bestimmungen, die die Unfallversicherung regeln, genannte Kombination des Risikos „Unfälle nur für nichtberufliche Zwecke“ Anwendung findet.

Vorausgeschickt außerdem, dass die *Gesellschaft der Versicherung* nicht zugestimmt hätte, wenn sie beim Abschluss der *Police* Kenntnis davon gehabt hätte, dass der *Versicherte* eine der Berufstätigkeiten ausübt, die in der vorstehenden Liste aufgeführt sind, bleibt vereinbart, dass **die Versicherung nach der Feststellung, dass die vom Versicherten ausgeübte Berufstätigkeit zu den ausgeschlossenen gehört, beendet wird gemäß Art. 1898 des Zivilgesetzbuches.**

In diesem Fall erstattet die *Gesellschaft* dem *Versicherungsnehmer* innerhalb von 45 (fünfundvierzig) Tagen nach Beendigung der *Versicherung* den Teil der *Prämie* abzüglich der bereits gezahlten Steuern, der sich auf den Zeitraum zwischen der Beendigung des Vertrags und dem Ablauf der Versicherungszeit bezieht, für den die *Prämie* gezahlt wurde.

Zusätzliche Bedingungen ABSCHNITT I - UNFÄLLE

(gültig nur, wenn in den zusätzlichen Versicherungsbedingungen - Liste der versicherten Personen - Abschnitt Unfälle - ausdrücklich angegeben und in Kraft gesetzt)

1) Erweiterung auf „risikoarme“ sportliche Aktivitäten (sofern sie in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder regionalen Bestimmungen durchgeführt werden)

Die Versicherung gilt für die Unfälle, die der in der Versicherungspolice angegebene Versicherte bei der Ausübung der folgenden sportlichen Aktivitäten erleidet, die unter der Aufsicht von Sportverbänden oder -vereinen durchgeführt werden, **unter Ausschluss des Berufssports oder der Fälle, in denen der Versicherte die sportliche Tätigkeit in einer Weise ausübt, die hinsichtlich des zeitlichen Aufwands jede andere Beschäftigung überwiegt.**

- Fußball;
- Kleinfeldfußball;
- Basketball;
- Skifahren (Slalom und/oder Abfahrt) und Snowboarden (einschließlich Fahrten abseits der Piste, nur wenn sie am Rand der präparierten Pisten erfolgen);
- Gymnastik (Kunstturnen und mit Sprungbrett);
- Radsport;
- Eislauf, Rollschuhlauf;
- Pferdesport im Allgemeinen.

Die Versicherung wird für die Garantien laut Datenblatt zur Police geleistet mit Ausnahme der Garantie für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und dessen, was in Art. 24 - Sonstige geleistete Garantien - Punkt 6 - „Subkutaner Sehnenriss“ vorgesehen ist.

Bei einem Unfall, der zu einer dauerhaften Invalidität führt, ist keine Entschädigung für eine dauerhafte Invalidität von 5% oder weniger zu zahlen; bei einer dauerhaften Invalidität, die diesen Prozentsatz übersteigt, wird nur die Entschädigung für den übersteigenden Teil gezahlt.

Dieser Selbstbehalt annulliert und ersetzt die eventuell in der Police vorgesehenen Selbstbehalte, falls sie niedriger sind.

2) Erweiterung auf „risikoreiche“ sportliche Aktivitäten (sofern sie in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder regionalen Bestimmungen durchgeführt werden)

Die Versicherung gilt für die Unfälle, die der in der Versicherungspolice angegebene Versicherte bei der Ausübung der folgenden sportlichen Aktivitäten erleidet, die unter der Aufsicht von Sportverbänden oder -vereinen durchgeführt werden, **unter Ausschluss des Berufssports oder der Fälle, in denen der Versicherte diese Tätigkeit in einer Weise ausübt, die hinsichtlich des zeitlichen Aufwands jede andere Beschäftigung überwiegt.**

- Boxen, Kampfsport und Ringkampf in den verschiedenen Formen, die Garantie gilt nur für Unfälle, die sich während normaler Übungen, Proben oder Trainings ereignen, immer unter Ausschluss des Kampfes;
- Schwerathletik;
- Bergsteigen mit Felsklettern oder Zugang zu Gletschern über den 3. Grad der U.I.A.A.-Skala (Union Internationale des Associations d'Alpinisme) hinaus;
- Skispringen, Wasserskispringen;
- Bob;
- Tauchen mit Atemgerät, einschließlich Embolien und Folgen des Wasserdrucks, jedoch unter Ausschluss aller Verletzungen des Hörorgans, vorausgesetzt, der Versicherte verfügt über einen von den zuständigen Sportbehörden ausgestellten Tauchschein;
- Skibergsteigen;
- Amerikanischer Fußball;
- Rugby;
- Röllhockey, Eishockey, Feldhockey;
- Ski- und Snowboardfahren außerhalb der Piste.

Die Versicherung wird beschränkt auf die Todesfälle, die dauerhafte Invalidität und die Unfallbehandlungskosten geleistet, sofern in der Police vereinbart.

Die im Datenblatt zur Police angegebenen versicherten Beträge für die Garantien Todesfall und dauerhafte Invalidität gelten als um 50% reduziert, mit einem Höchstbetrag von 300.000,00 € pro Garantie.

Bei einem Unfall, der zu einer dauerhaften Invalidität führt, ist keine Entschädigung für eine dauerhafte Invalidität von 10% oder weniger zu zahlen; bei einer dauerhaften Invalidität, die diesen Prozentsatz übersteigt, wird nur die Entschädigung für den übersteigenden Teil gezahlt. Dieser Selbstbehalt annulliert und ersetzt die eventuell in der Police vorgesehenen Selbstbehalte, falls sie niedriger sind.

Als ausdrücklich ausgeschlossen gelten die Garantien laut Art. 24 - Sonstige geleistete Garantien, Punkt 1) „ästhetischer Schaden“, Punkt 6) „Subkutaner Sehnenriss“, sowie der Verlust und/oder die Beschädigung von Zähnen und Zahnprothesen und dasjenige, was vorgesehen ist in der zusätzlichen Bedingung 8) Gleichstellung des Grades der dauerhaften Invalidität - Wegfall des Selbstbehalts bei schwerer dauerhafter Invalidität, falls gewählt.

Beschränkt auf die sportlichen Aktivitäten „Schwerathletik und Tauchen mit Atemgerät“, gilt die Garantie laut Art. 24 Punkt 1) „Ästhetischer Schaden“, einschließlich des Verlustes und/oder der Beschädigung von Zähnen oder Zahnprothesen.

3) Modularer Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität von 5%

Unbeschadet der Bestimmungen von Art. 27 „Dauerhafte Invalidität“ und abweichend von den Bestimmungen des Art. 28 „Modularer Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität von 3%“ der Bestimmungen, die die Unfallversicherung regeln, unterliegt der versicherte Betrag für dauerhafte Invalidität aufgrund eines Unfalls einem Selbstbehalt von 5%; daher zahlt die Gesellschaft keine Entschädigung, wenn der Grad der dauerhaften Invalidität nicht mehr als 5% beträgt; wenn der Grad der dauerhaften Invalidität mehr als 5% beträgt, leistet die Gesellschaft eine Entschädigung, die anhand des versicherten Betrags gemäß den Prozentsätzen in der folgenden Tabelle berechnet wird:

% festgestellte dauerhafte Invalidität	% zu zahlende dauerhafte Invalidität	% festgestellte dauerhafte Invalidität	% zu zahlende dauerhafte Invalidität	% festgestellte dauerhafte Invalidität	% zu liquidierende dauerhafte Invalidität
6	1	26	26	46	63
7	2	27	27	47	65
8	3	28	28	48	67
9	4	29	29	49	69
10	5	30	30	50	71
11	6	31	33	51	73
12	7	32	35	52	75
13	8	33	37	53	77
14	9	34	39	54	79
15	15	35	41	55	81
16	16	36	43	56	83
17	17	37	45	57	85
18	18	38	47	58	87
19	19	39	49	59	89
20	20	40	51	60	91
21	21	41	53	61	93
22	22	42	55	62	95
23	23	43	57	63	97
24	24	44	59	64	99
25	25	45	61	von 65 bis 100	100

4) Selbstbehalt dauerhafte Invalidität mit Überbewertung von 225%

(Anwendbar nur für die Risiko-Kombination berufliche und außerberufliche Unfälle und für versicherte Beträge in Bezug auf *dauerhafte Invalidität* von bis zu € 300.000,00)

Unbeschadet der Bestimmungen von Art. 27 „Dauerhafte Invalidität“ und abweichend von den Bestimmungen des Art. 28 „Modulierter Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität von 3%“ der Bestimmungen, die die Unfallversicherung regeln, zahlt die **Gesellschaft eine Entschädigung, die anhand des versicherten Betrags aufgrund der Prozentsätze laut folgender Tabelle berechnet wird:**

% festgestellte dauerhafte Inv.	% zu zahlende dauerhafte Inv.	% festgestellte dauerhafte Inv.	% zu zahlende dauerhafte Inv.	% festgestellte Dauerhafte Inv.	% zu zahlende dauerhafte Inv.	% festgestellte dauerhafte Inv.	% zu zahlende dauerhafte Inv.
1	0.3	26	32	51	83	76	225
2	0.6	27	34	52	86	77	225
3	1	28	36	53	89	78	225
4	2	29	38	54	92	79	225
5	2.5	30	40	55	95	80	225
6	3	31	42	56	98	81	225
7	4	32	44	57	101	82	225
8	6	33	46	58	104	83	225
9	8	34	48	59	107	84	225
10	10	35	50	60	110	85	225
11	11	36	52	61	113	86	225
12	12	37	54	62	116	87	225
13	13	38	56	63	119	88	225
14	14	39	58	64	122	89	225
15	15	40	60	65	125	90	225
16	16	41	62	66	128	91	225
17	17	42	64	67	131	92	225
18	18	43	66	68	134	93	225
19	19	44	68	69	137	94	225
20	20	45	70	70	140	95	225
21	22	46	72	71	143	96	225
22	24	47	74	72	146	97	225
23	26	48	76	73	149	98	225
24	28	49	78	74	152	99	225
25	30	50	80	75	155	100	225

5) Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität mit gestaffelten Beträgen

Unbeschadet der die Unfallversicherung regelnden Bestimmungen von Art. 27 - Dauerhafte Invalidität - und in Abweichung von den Bestimmungen von Art. 28 - Modulierter Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität von 3% - erfolgt die Zahlung der *Entschädigung* für *dauerhafte Invalidität* wie folgt:

- für den Teil der Versicherungssumme bis zu einer Höhe von € 100.000,00 zahlt die *Gesellschaft* die nach den Bedingungen der *Police* fällige *Entschädigung* ohne Anwendung eines *Selbstbehalts*.
- für den Teil der Versicherungssumme, der über € 100.000,00 bis zu € 200.000,00 hinausgeht, wird keine *Entschädigung* geleistet, wenn die *dauerhafte Invalidität* gleich oder kleiner als 5% der vollständigen Invalidität beträgt; andererseits, wenn die *dauerhafte Invalidität* größer als dieser Prozentsatz ist, wird die *Entschädigung* nur für den Teil gezahlt, der darüber liegt.

- c) für den Teil der Versicherungssumme, der über € 200.000,00 bis zu € 500.000,00 hinausgeht, wird keine *Entschädigung* geleistet, wenn die *dauerhafte Invalidität* gleich oder kleiner als 10% der vollständigen Invalidität beträgt; andererseits, wenn die *dauerhafte Invalidität* größer als dieser Prozentsatz ist, wird die *Entschädigung* nur für den Teil gezahlt, der darüber liegt.
- d) für den Teil des versicherten Betrags, der über € 500.000,00 hinausgeht, wird keine *Entschädigung* geleistet, wenn die *dauerhafte Invalidität* gleich oder kleiner als 15% der vollständigen Invalidität beträgt; andererseits, wenn die *dauerhafte Invalidität* größer als dieser Prozentsatz ist, wird die *Entschädigung* nur für den Teil gezahlt, der darüber liegt.

6) Selbstbehalt für absolute dauerhafte Invalidität von 5%

Unbeschadet von Art. 27 - Dauerhafte Invalidität - und in Abweichung von den Bestimmungen von Art. 28 - Modulierter Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität von 3% - der die Unfallversicherung regelnden Bestimmungen **ist keine *Entschädigung* zu zahlen für eine *dauerhafte Invalidität* von 5% und darunter. Im Fall einer *dauerhaften Invalidität*, die diesen Prozentsatz überschreitet, wird die *Entschädigung* nur für den überschüssigen Teil gezahlt.**

7) Absoluter Selbstbehalt von 10% für dauerhafte vollständige Invalidität

Unbeschadet von Art. 27 - Dauerhafte Invalidität - und in Abweichung von den Bestimmungen von Art. 28 - Modulierter Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität von 3% - der die Unfallversicherung regelnden Bestimmungen **ist keine *Entschädigung* zu zahlen für eine *dauerhafte Invalidität* von 10% und darunter. Im Fall einer *dauerhaften Invalidität*, die diesen Prozentsatz überschreitet, wird die *Entschädigung* nur für den überschüssigen Teil gezahlt.**

8) Gleichstellung des Grades der dauerhaften Invalidität - Wegfall des Selbstbehalts bei schwerer dauerhafter Invalidität (nur wenn die zusätzlichen Bedingungen 5 oder 6 oder 7 geleistet werden)

Unbeschadet der Bestimmungen des Art. 27 „Dauerhafte Invalidität“ zahlt die *Gesellschaft* dem *Versicherten* bei einer festgestellten *dauerhaften Invalidität* von 65% oder mehr 100% des versicherten Betrags.

Unbeschadet dessen, was von Art. 27 „Dauerhafte Invalidität“ vorgesehen ist, zahlt die *Gesellschaft* Im Fall einer festgestellten *dauerhaften Invalidität* von 30% oder mehr die *Entschädigung*, ohne die in der *Police* vereinbarten *Selbstbehalte* anzuwenden.

Diese Erweiterungen gelten nicht für die *Unfälle*, die in den zusätzlichen Bedingungen 1 und 2 vorgesehen sind, falls vereinbart in der *Police*.

9) Tabelle zur Bestimmung des Grades der dauerhaften Invalidität

(kann für alle in der *Police* vorgesehenen Selbstbehalte gewählt werden)

Art. 20 - Tabelle der Bewertungen des prozentualen Grades der dauerhaften Invalidität (ex Tabelle INAIL, Anh. Nr. 1 zum Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30. Juni 1965), gilt als aufgehoben.

Die *Entschädigung* wird daher - unbeschadet etwaiger anwendbarer *Selbstbehalte* - aufgrund des versicherten Betrags für *dauerhafte Invalidität* im Verhältnis zum Grad der Invalidität berechnet, der sich aus den Werten der folgenden Beeinträchtigungen ergibt:

Für den vollständigen anatomischen oder funktionellen Verlust

	rechts	==	links
eines oberen Körpergliedes	70%		60%
einer Hand oder eines Vorderarms	60%		50%
eines unteren Körpergliedes oberhalb des Knies		60%	
eines unteren Körpergliedes auf der Höhe oder unterhalb des Knies		50%	
eines Fußes		40%	
des Daumens	18%		16%
eines Daumenglieds	9%		8%
des Zeigefingers	14%		12%
des kleinen Fingers	12%		10%
des Mittelfingers	8%		6%
des Ringfingers	8%		6%
eines Fingerglieds eines anderen Fingers der Hand		1/3 des Fingers	
eines Zehs		5%	
eines Gliedes des großen Zehs		2,50%	
eines anderen Fußzehs		3%	
eines Fingerglieds eines anderen Fußzehs		1%	
Vollständige Taubheit eines Ohres		10%	
Vollständige Taubheit auf beiden Ohren		40%	
Vollständiger Sehverlust eines Auges		25%	
Vollständiger Sehverlust beider Augen		100%	
Absolute einseitige Nasenstenose		4%	
Absolute beidseitige Nasenstenose		10%	
Ergebnisse einer somatischen amyelischen Fraktur mit keilförmiger Verformung eines Halswirbels		12%	
Ergebnisse einer somatischen amyelischen Fraktur mit keilförmiger Verformung eines Rückenwirbels		5%	

	rechts	==	links
Ergebnisse einer somatischen amyelischen Fraktur mit keilförmiger Verformung des 12. Rückenwirbels		10%	
Ergebnisse einer somatischen amyelischen Fraktur mit keilförmiger Verformung eines Lendenwirbels		10%	
Ergebnisse der Fraktur des Kreuzbeins		3%	
Ergebnisse der Fraktur des Steißbeins mit verformtem Kallus		5%	
Folgen eines verzerrenden zervikalen Traumas mit Muskelkontraktur und Einschränkung der Kopf- und Halsbewegungen.		2%	
Anatomischer Verlust einer Niere		15%	
Anatomischer Verlust der Milz		10%	

Bei Beeinträchtigungen der oberen Körperglieder gelten im Falle von Linkshändigkeit die Invaliditätsprozentsätze in Bezug auf die rechte Seite für die linke Seite und umgekehrt.

BESTIMMUNGEN FÜR DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS BEI EINEM UNFALL

Art. 41 - Pflichten des Versicherten im Versicherungsfall – Anzeige des Versicherungsfalls

Bei einem *Versicherungsfall* müssen der Versicherungsnehmer/*Versicherte* oder seine Anspruchsberechtigten:

- a. alles Mögliche unternehmen, um den Schaden zu vermeiden oder zu verringern, indem sie sich sofort einer medizinischen Behandlung unterziehen, deren Vorschriften befolgen und Handlungen vermeiden, die die Behandlung und die Fähigkeit behindern könnten, die Arbeit wieder aufzunehmen;
- b. Dies der Agentur, der die *Police* zugewiesen ist, oder der *Gesellschaft* innerhalb von 3 Tagen ab dem Zeitpunkt mitteilen, zu dem die Möglichkeit hierzu bestand, im Sinne von Art. 1913 des Zivilgesetzbuches;
- c. der Anzeige des *Versicherungsfalls* ein ärztliches Attest beifügen; die Anzeige muss auch die Angabe von Ort, Tag und Uhrzeit des Ereignisses sowie eine detaillierte Beschreibung des Vorgangs enthalten;
- d. den Verlauf der Verletzungen mit zusätzlichen ärztlichen Attesten dokumentieren; im Falle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit müssen die Bescheinigungen zu ihrem jeweiligen Ablaufdatum erneuert werden, und die *Entschädigung* wird nach Abschluss der klinischen Genesung gezahlt;
- e. sich in Italien ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen unterziehen, die von der *Gesellschaft* verfügt wurden, ihr alle Informationen zur Verfügung stellen und eventuelle Krankenblätter vollständig und alle anderen Gesundheitsunterlagen im Original vorlegen, wobei zu diesem Zweck jeder Arzt, der ihn untersucht und behandelt hat, vom Berufsgeheimnis befreit wird;
- f. die Originale der Rechnungen, Zahlungsbelege, Quittungen für die Zahlung der medizinischen Kosten beilegen, die ordnungsgemäß im Zusammenhang mit der Garantie „Unfallbehandlungskosten“ quittiert wurden;
- g. auf jeden Fall der *Gesellschaft* die Bescheinigung über die Genesung oder gleichwertige Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die die Stabilisierung der behindernden Folgeerscheinungen belegen (beispielsweise und nicht erschöpfend ein medizinischer Bericht oder INAIL-Invaliditätsbescheinigungen).

Der *Versicherte* oder im Todesfall die Anspruchsberechtigten müssen den Ärzten der *Gesellschaft* gestatten, alle Untersuchungen und Ermittlungen (einschließlich der Genehmigung einer Autopsie unter Hinzuziehung eines von der Gesellschaft gewählten Arztes) durchzuführen, die sie für notwendig hält, und zu diesem Zweck die Ärzte vom Berufsgeheimnis zu entbinden, die ihn untersucht und behandelt haben.

Die Bewertung der Folgen einer dauerhaften Invalidität muss in Italien durchgeführt werden.

Die Nichterfüllung dieser Pflichten kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf *Entschädigung* führen (Art. 1915 des Zivilgesetzbuches).

Im Falle des Todes des *Versicherten* durch einen Unfall muss der in der *Police* genannte Anspruchsberechtigte oder, falls dies nicht der Fall ist, die legitimen Erben und/oder Testamentsvollstrecker vorweisen:

- medizinische Unterlagen und Krankenblatt, falls es zu einem Krankenhausaufenthalt gekommen ist;
- Sterbeurkunde;
- Familienstands Bescheinigung des *Versicherten*;
- eine eidesstattliche Versicherung, aus der die Testamentslage und die Identifizierung der Erben hervorgeht;
- bei Minderjährigen oder nicht geschäftsfähigen Personen unter den Anspruchsberechtigten oder rechtmäßigen Erben das Dekret des Vormundschaftsrichters, das die Liquidation genehmigt und die *Gesellschaft* von der Weiterverwendung des Anteils befreit, der dem Minderjährigen oder nicht geschäftsfähigen Person zusteht;
- alle weiteren Unterlagen, die zur Feststellung der Modalitäten des *Versicherungsfalls* sowie zur korrekten Identifizierung der berechtigten Personen erforderlich sind.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Kosten in Bezug auf die ärztlichen Bescheinigungen und alle anderen angeforderten medizinischen Unterlagen zu Lasten des *Versicherten* gehen.

Art. 42 - Pflichten der Gesellschaft hinsichtlich der Modalitäten zur Festlegung und Entschädigung bei dauerhafter Invalidität.

Der Grad der *dauerhaften Invalidität* wird mit den Modalitäten laut Art. 29 „Kriterien der Entschädigungsfähigkeit“ der Bestimmungen, die die Unfallversicherung regeln, bewertet und zu dem Zeitpunkt festgelegt, zu dem sich die behindernden Folgen stabilisiert haben.

Die *Gesellschaft* verpflichtet sich, den *Versicherten* nach Durchführung der entsprechenden Kontrollen und Überprüfungen innerhalb von 90 Tagen nach Erhalt der Genesungsbescheinigung oder einer gleichwertigen Dokumentation, die die Stabilisierung der behindernden Folgen bescheinigt, über das Ergebnis der Bewertung des *Versicherungsfalls* zu informieren.

Art. 43 - Vorauszahlung der Entschädigung für dauerhafte Invalidität

Im Falle eines entschädigungsfähigen *Unfalls* kann die *Gesellschaft* auf Antrag des *Versicherten* und gegen Vorlage geeigneter rechtsmedizinischer Unterlagen einen Betrag in Höhe von 50% des vermuteten Betrags der *Entschädigung* als Anzahlung, höchstens jedoch € 30.000,00 (dreißigtausend), zahlen.

Eine wesentliche Voraussetzung ist, dass seit dem Tag der Einreichung der Anzeige mindestens 6 Monate vergangen sind und dass der von der *Gesellschaft* geschätzte Prozentsatz der *dauerhaften Invalidität* mehr als 25% beträgt.

Der Vorschuss wird unter der Voraussetzung gezahlt, dass keine Beanstandungen über die Entschädigungsfähigkeit des *Versicherungsfalls* erhoben wurden und dass der Vorschuss keine Verpflichtung der *Gesellschaft* in Bezug auf die endgültige *Entschädigung* darstellt. Die im Voraus gezahlte *Entschädigung* wird von dem bei der endgültigen Abrechnung geschuldeten Betrag abzüglich etwaiger *Selbstbehalte* abgezogen.

Art. 44 - Anspruch auf Entschädigung bei dauerhafter Invalidität im Falle des Todes aus Gründen, die nicht auf den Unfall zurückzuführen sind

Der Anspruch auf Entschädigung bei dauerhafter Invalidität ist ein persönliches Recht und kann daher nicht auf die Erben übertragen werden.

Stirbt der *Versicherte* jedoch aus Gründen, die unabhängig vom angezeigten Unfall sind, bevor die *Entschädigung* gezahlt wurde, zahlt die *Gesellschaft* nach Vorlage der Sterbeurkunde des *Versicherten* zugunsten der Erben oder Anspruchsberechtigten:

- den bereits vereinbarten Betrag oder andernfalls

- den angebotenen Betrag oder, falls noch kein Angebot vorliegt,
- der von der *Gesellschaft* objektiv bestimmbare Betrag gemäß Artikel 41 - Pflichten des Versicherten im Versicherungsfall - Anzeige des Versicherungsfalls, **wobei der *Gesellschaft* auf jeden Fall die Genesungsurkunde oder eine gleichwertige Dokumentation zur Verfügung gestellt wird, die die Stabilisierung der dauerhaften Folgen bescheinigt** (beispielhaft und nicht erschöpfend ein medizinischer Bericht oder INAIL-Invaliditätsbescheinigungen), **und - falls noch nicht vorgelegt - begleitet von allen relevanten medizinischen Unterlagen und von der Krankenakte, falls es einen Krankenhausaufenthalt enthält gegeben hat.**

Um die Erben oder Anspruchsberechtigten mit Sicherheit zu ermitteln, müssen diese der *Gesellschaft* beispielhaft und nicht erschöpfend Folgendes zur Verfügung stellen:

- Familienstands Bescheinigung des *Versicherten*;
- eine eidesstattliche Versicherung, aus der die Testamentslage und die Identifizierung der Erben hervorgeht;
- bei Minderjährigen oder nicht geschäftsfähigen Personen unter den rechtmäßigen Erben das Dekret des Vormundschaftsrichters, das die Liquidation genehmigt und die *Gesellschaft* von der Weiterverwendung des Anteils befreit, der dem Minderjährigen oder der nicht geschäftsfähigen Person zusteht;
- alle weiteren Unterlagen, die zur Feststellung der Modalitäten des *Versicherungsfalls* sowie zur korrekten Identifizierung der berechtigten Personen erforderlich sind.

Wenn es für die Bewertung des *Versicherungsfalls* oder für eine Untersuchung für notwendig erachtet wird, müssen die Erben oder Anspruchsberechtigten auf formellen Anforderung der *Gesellschaft* die Autopsie des *Versicherten* genehmigen, die mit Unterstützung eines von der *Gesellschaft* gewählten Arztes und eines von den Erben oder Anspruchsberechtigten gewählten Arztes durchgeführt wird, wenn sie es für notwendig halten; zu diesem Zweck müssen die Erben oder Anspruchsberechtigten die Ärzte, die den Versicherten untersucht und behandelt haben, vom Berufsgeheimnis befreien.

Die *Gesellschaft* verpflichtet sich, die Erben oder Anspruchsberechtigten über das Ergebnis der Bewertung des *Versicherungsfalls* innerhalb von 90 Tagen nach Erhalt der in diesem Artikel vorgesehenen Unterlagen zu informieren.

Art. 45 - Pflichten der *Gesellschaft* hinsichtlich der Modalitäten zur Entschädigung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

Unbeschadet dessen, was von Art. 30 „Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit“ und Art. 31 „Selbstbehalt bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit“ vorgesehen ist, **wird die *Entschädigung* nach beendeter klinischer Genesung gezahlt**, unbeschadet der Modalitäten laut vorstehendem Art. 41 - „Pflichten des Versicherten im Versicherungsfall - Anzeige des Versicherungsfalls“ **und auf jeden Fall für einen Zeitraum von maximal 365 (dreihundertfünfundsechzig) Tagen.**

Die *Gesellschaft* verpflichtet sich, dem Versicherten das Ergebnis der *Versicherungsfallbewertung* innerhalb von 90 (dreißig) Tagen ab Empfang der oben genannten Unterlagen mitzuteilen.

Art. 46 - Vorauszahlung der Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Überschreitet die gesamte *vorübergehende Arbeitsunfähigkeit* 45 (fünfundvierzig) Tage, zahlt die *Gesellschaft* - nach Feststellung ihrer Verlängerung - auf Antrag des *Versicherten* den in der *Police* vereinbarten Betrag, der diesem Zeitraum entspricht, **nach Abzug des vorgesehenen *Selbstbehalts*.**

Die *Gesellschaft* wird dies auch für die folgenden Zeiträume von jeweils 45 (fünfundvierzig) Tagen tun, sofern die Verlängerung festgestellt wird.

Art. 47 - Pflichten der *Gesellschaft* hinsichtlich der Modalitäten bei Entschädigung von Unfallbehandlungskosten

Unbeschadet dessen, was von Art. 32 „Unfallbehandlungskosten“ vorgesehen ist, erfolgt die Erstattung der dem *Versicherten* entstandenen medizinischen Kosten nach den Modalitäten laut vorstehendem Art. 41 „Pflichten des Versicherten im Versicherungsfall - Anzeige des Versicherungsfalls“.

Falls der Versicherte die Originalunterlagen Dritten vorgelegt hat, um eine Erstattung zu erhalten, zahlt die *Gesellschaft* den fälligen Betrag gegen den Nachweis der tatsächlich getragenen Kosten abzüglich des von den genannten Dritten zu zahlenden Betrags.

Für im Ausland anfallende Kosten erfolgen die Erstattungen in Italien in Euro zum durchschnittlichen Wechselkurs der Woche, in der die Kosten vom Versicherten getragen wurden, der sich aus den Notierungen des Ufficio Italiano dei Cambi ergibt.

Die *Gesellschaft* verpflichtet sich, dem *Versicherten* das Ergebnis der Bewertung des *Versicherungsfalls* innerhalb von 90 (neunzig) Tagen ab Empfang der oben genannten Unterlagen mitzuteilen.

Art. 48 - Pflichten der *Gesellschaft* hinsichtlich der Modalitäten bei Tagegeld für Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls

Unbeschadet dessen, was von Art. 33 „Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls“ vorgesehen ist, wird darauf hingewiesen, dass **für Abrechnungszwecke der Tag der Einlieferung und der Tag der Entlassung aus der Gesundheitseinrichtung als ein (1) Tag Krankenhausaufenthalt gilt.**

Die *Entschädigung* wird nach beendeter Behandlung gegen Vorlage der entsprechenden gesundheitlichen Unterlagen (Krankenakte und ärztliche Bescheinigungen) gezahlt.

Die *Gesellschaft* verpflichtet sich, dem *Versicherten* das Ergebnis der Bewertung des *Versicherungsfalls* innerhalb von 90 (neunzig) Tagen ab Empfang der oben genannten Unterlagen mitzuteilen.

Art. 49 - Pflichten der *Gesellschaft* hinsichtlich der Modalitäten bei Tagegeld für Ruhigstellung mit Gipsverband

Unbeschadet dessen, was von Art. 35 „Tagegeld bei Ruhigstellung mit einem Gipsverband“ vorgesehen ist, **wird die *Entschädigung* nach Abschluss der Behandlung gezahlt, wenn die entsprechenden Gesundheitsunterlagen, die die Dauer der Ruhigstellung belegt, im Original vorgelegt wird (Krankenakte und/oder ärztliche Atteste und/oder Notaufnahme-Befund und/oder radiologischer Befund).**

Die *Gesellschaft* verpflichtet sich, dem *Versicherten* das Ergebnis der Bewertung des *Versicherungsfalls* innerhalb von 90 (neunzig) Tagen ab Empfang der oben genannten Unterlagen mitzuteilen.

Art. 50 - Modalitäten zur Zahlung der Entschädigung für alle Unfallgarantien

Die *Gesellschaft* führt die Zahlung der gemäß der *Versicherungspolice* geschuldeten *Entschädigung* innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab der Unterzeichnung der Quittung durch, wobei vereinbart bleibt, dass die Liquidation der *Versicherungsfälle* in Italien erfolgt.

ABSCHNITT II - KRANKHEIT

BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG FÜR TAGEGELD BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT AUFGRUND EINER KRANKHEIT REGELN

Art. 51 - Versichertes Risiko

Die *Gesellschaft* zahlt das in der *Versicherungspolice* vereinbarte Tagegeld nach der *Aufnahme* des Versicherten in eine *Gesundheitseinrichtung* infolge einer *Krankheit*, einer natürlichen Entbindung, einer Entbindung mit Kaiserschnitt und einem therapeutischen Abort für jeden Aufenthaltstag und **für eine maximale Dauer von 365 (dreihundertfünfundsechzig) Tagen**, einschließlich auch für den Fall der *Aufnahme* in eine *Day Surgery*.

Das Tagegeld wird auch bei einem *Aufenthalt* im *Day Hospital* gezahlt, jedoch **für eine maximale Dauer von 100 (hundert) pro Ereignis und pro Versicherungsjahr, mit folgenden Einschränkungen:**

- bei einem *Aufenthalt* im *Day Hospital* einer öffentlichen *Gesundheitseinrichtung* wird das Tagegeld ab dem 1. (ersten) Tag des stationären Aufenthaltes ohne Übernachtung gezahlt;
- bei einem *Day Hospital* in einer privaten *Gesundheitseinrichtung* muss der stationäre *Aufenthalt* wenigstens 2 (zwei) aufeinanderfolgende Tage ohne Übernachtung umfassen.

Art. 52 - Gesundheitszustand und entsprechende Erklärungen

Die *Versicherung* erfolgt auf der Grundlage der Erklärungen des *Versicherten* im *Anamnese-Fragebogen*, der einen wesentlichen Bestandteil der *Police* bildet und für die Bewertung und Annahme des Risikos durch die *Gesellschaft* grundlegend ist und dessen Wahrhaftigkeit die Grundlage für die Gültigkeit der *Police* ist.

Daher gelten bei unrichtigen, ungenauen oder verschwiegenen Erklärungen des *Versicherten* zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses die Bestimmungen laut Art. 1 - Erklärungen über die Risikoumstände der Bestimmungen, die die *Versicherung* im Allgemeinen regeln.

Art. 53 - Beginn der Garantie - Wartezeiten

Die *Versicherung* wird wirksam ab 24 Uhr:

- des 365. (dreihundertfünfundsechzigsten) Tages nach dem Tag, an dem die *Police* in Kraft tritt oder die *Prämie* gezahlt wurde, falls dies später erfolgt, für natürliche Entbindung, Kaiserschnitt, unfreiwillige Abtreibung, von der Schwangerschaft und vom Wochenbett abhängige *Krankheiten*;
- des 180. (einhundertachtzigsten) Tages nach dem Tag, an dem die *Police* in Kraft tritt oder die *Prämie* gezahlt wurde, falls dies später erfolgt, für *bereits bestehende Krankheiten*, die Ausdruck oder Folge von pathologischen Bedingungen sind, die sich zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der *Police* noch nicht manifestiert haben, aber vor diesem Zeitpunkt bereits vorhanden waren, sowie für die Folgen von pathologischen Bedingungen, die dem *Versicherungsnehmer/Versicherten* bekannt sind, oder die vor der Unterzeichnung der *Police* diagnostiziert oder behandelt wurden, sofern sie der *Gesellschaft* zum Zeitpunkt der Ausfüllung des *Anamnese-Fragebogens* mitgeteilt und von der *Gesellschaft* selbst ohne ausdrückliche Einschränkung des Risikos akzeptiert wurden;
- des 30. (dreißigsten) Tages nach dem Tag, an dem die *Police* in Kraft tritt oder die *Prämie* gezahlt wurde, falls dies später erfolgt, für alle anderen *Krankheiten*.

Wurde der Vertrag übergangslos als Ersatz für einen anderen bestehenden Vertrag mit den Gesellschaften der Gruppe Helvetia für die gleichen Versicherten und identischen Garantien ausgestellt, **so gelten folgende Wartezeiten:**

- ab dem Tag, an dem der ersetzte Vertrag wirksam wurde, beschränkt auf die Leistungen und Höchstbeträge, die in letzterem vorgesehen waren;
- ab dem Tag, an dem dieser Vertrag wirksam wird, beschränkt auf die höheren Beträge und die darin vorgesehenen unterschiedlichen Leistungen.

Die Bestimmung laut vorstehendem Absatz gilt auch bei Änderungen, die während der Vertragsdauer eingetreten sind.

Art. 54 - Ausschlüsse

Die *Versicherung* gilt nicht für *Krankenhausaufenthalte* in Bezug auf:

- a) *Unfälle* im Allgemeinen;
- b) direkte Folgen von *Krankheiten*, Missbildungen und pathologischen Zuständen, die vor Vertragsabschluss zu einer Behandlung oder Untersuchung oder Diagnose geführt haben, die der *Versicherungsnehmer/Versicherte* der *Gesellschaft* bei Unterzeichnung der *Police* vorsätzlich oder grob fahrlässig vorenthalten hat;
- c) Beseitigung oder Korrektur angeborener körperlicher Mängel und/oder Fehlbildungen, die vor Abschluss der *Police* bestanden haben;
- d) Beseitigung und/oder Korrektur von Refraktionsfehlern wie Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Übersichtigkeit, Weit-sichtigkeit;
- e) Berufskrankheiten, so wie definiert vom Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30.6.65;
- f) die *Versicherungsfälle*, die direkt oder indirekt durch *Geisteskrankheiten* und/oder *geistige Behinderungen* und psychische Störungen im Allgemeinen verursacht werden oder davon abhängen, einschließlich der organischen Gehirnsyndrome, schizophrenen Störungen, paranoischen Störungen, manisch-depressiven Formen, Epilepsie und entsprechenden Folgen und Komplikationen;
- g) Folgen aufgrund von *Trunkenheit*, Gebrauch und Missbrauch von *Psychopharmaka* und *psychotropen Arzneimitteln*, Gebrauch von Betäubungsmitteln, unbeschadet der therapeutischen Verabreichung, sowie von Halluzinogenen und dergleichen;
- h) freiwillige und nicht therapeutische Unterbrechung der Schwangerschaft;
- i) alle Folgen von Anorexie und Bulimie sowie Leistungen und Therapien im Allgemeinen für diätetische Zwecke;
- j) Leistungen und Therapien, die nicht von der offiziellen Medizin anerkannt sind (Ministerialdekret vom 08.11.1991, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 262), wie z.B. homöopathische und phytotherapeutische Therapien;

- k) konservative, prothetische, implantologische, extraktive und orthodontische Zahnbehandlungen sowie die Behandlungen des Zahnfleisches, es sei denn, es handelt sich um Behandlungen, die aufgrund bösartiger Neoplasien notwendig sind;
- l) die direkten oder indirekten Folgen von natürlich oder künstlich hervorgerufenen atomaren Energieumwandlungen oder -versetzungen und Beschleunigungen atomarer Teilchen (nukleare Kernspaltung oder -fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.), es sei denn, sie werden verursacht durch Strahlungen, die für medizinische Therapien verwendet werden;
- m) Krankenhausaufenthalte aufgrund der Notwendigkeit, dass der *Versicherte*, nachdem er dauerhaft pflegebedürftig geworden ist, bei der Durchführung der grundlegenden Handlungen des täglichen Lebens Unterstützung von Dritten erhält, sowie langfristige *Krankenhausaufenthalte*, die vor allem durch pflegerische oder physiotherapeutische Maßnahmen erforderlich geworden sind;
- n) stationäre Aufenthalte in Pflegeheimen, Genesungsheimen, Wohnheimen oder Thermaltherapien, auch im Rahmen von *Gesundheitseinrichtungen*;
- o) Behandlungen zur künstlichen Befruchtung, Behandlung der erworbenen Unfruchtbarkeit und/oder der Impotenz der einzelnen Partner des Paares;
- s. Folgen vorsätzlicher Handlungen, die vom *Versicherten* vollführt oder versucht wurden, sowie solche, die er freiwillig gegen seine eigene Person gerichtet oder zugelassen hat;
- t. Instandhaltung und Reparatur von Prothesen und therapeutischen Geräten;
- u. Leistungen zu ästhetischen Zwecken;
- v. Behandlungen und Eingriffe im Zusammenhang mit dem erworbenen Immunschwächesyndrom (AIDS) und Krankheiten im Zusammenhang mit der HIV-Infektion;
- w. *Krankenhausaufenthalte* zum Zwecke der klinischen Untersuchung.
- x. *Krankheiten*, die hervorgerufen werden durch nicht für friedliche Zwecke eingesetzte radioaktive, biologische und chemische Substanzen (d.h. in Fällen von Krieg und Aufständen).

Für die höheren Beträge und die unterschiedlichen Leistungen, die sich aus Änderungen im Laufe des Vertrages ergeben, gelten die Bestimmungen der Buchstaben b) und c) nicht hinsichtlich des Datums des Vertragsabschlusses, sondern hinsichtlich des Datums der Änderung.

Art. 55 - Selbstbehalt Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Krankheit

Die *Entschädigung* wird abzüglich der im Datenblatt zur *Police* angegebenen Anzahl von *Selbstbehaltstagen* gezahlt.

Ist der *Selbstbehalt* wirksam, so gilt er in den folgenden Fällen als aufgehoben:

- *Krankenhausaufenthalt* mit einem kontinuierlichen Aufenthalt von 15 Tagen oder mehr;
- *Krankenhausaufenthalt* im *Day Hospital* einer öffentlichen *Gesundheitseinrichtung*;
- *Krankenhausaufenthalt* in einer *Day Surgery*.

Art. 56 - Territoriale Gültigkeit

Die *Versicherung* gilt auf der ganzen Welt.

ZUSÄTZLICHE BEDINGUNGEN - ABSCHNITT KRANKHEIT - TAGEGELD BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT AUFGRUND EINER KRANKHEIT

(nur gültig, was ausdrücklich in der *Police* vorgesehen).

1) Zusätzliches Tagegeld für die Genesung nach dem *Krankenhausaufenthalt*

Im Fall eines *Krankenhausaufenthaltes*, der durch eine Krankheit bedingt ist, die nach der *Police* entschädigt werden kann, zahlt die *Gesellschaft* für die Zeit der Genesung nach dem *Krankenhausaufenthalt*, die von der *Gesundheitseinrichtung* zum Zeitpunkt der Entlassung des *Versicherten* oder vom Krankenhausarzt, der den *Versicherten* behandelt oder operiert hat, vorgeschrieben wurde, ein Tagegeld für den gleichen versicherten Betrag, die für die Garantie „Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt“ vereinbart wurde, und für eine Höchstdauer von 20 Tagen pro Ereignis und pro Versicherungsjahr.

Das zusätzliche Tagegeld für die Genesung nach dem *Krankenhausaufenthalt* wird in den folgenden Fällen nicht gezahlt:

- nach *Krankenhausaufenthalt* für natürliche Entbindung, Kaiserschnittgeburt und Eingriffen an Mandeln und adenoiden Vegetationen bei Personen unter 9 (neun) Jahren;
- nach einem *Aufenthalt* im *Day Hospital*.

Verdoppelung des Tagegeldes bei Krankenhausaufenthalt aufgrund eines *Großen Chirurgischen Eingriffs*

(kann gewährt werden für versicherte Beträge von bis zu € 100,00 in Bezug auf das Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt)

Bei einem *Krankenhausaufenthalt* aufgrund einer *Krankheit*, die nach den Bedingungen der *Police* entschädigungsfähig ist und einen *chirurgischen Eingriff* erfordert, der in der „Liste der großen chirurgischen Eingriffe“ dieses Heftes aufgeführt ist, zahlt die *Gesellschaft* für jeden Tag des *Krankenhausaufenthaltes* das Doppelte des versicherten Betrags für das in der *Police* vereinbarte „Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt“, auch in diesem Fall für eine maximale Dauer von 365 (dreihundertfünf- undsechzig) Tagen und ohne Anwendung des *Selbstbehalts*.

Die Verdoppelung gilt nicht für das zusätzliche Genesungstagegeld nach dem *Krankenhausaufenthalt*, sofern vereinbart.

BESTIMMUNGEN FÜR DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS FÜR TAGEGELD BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT AUFGRUND EINER KRANKHEIT

Art. 57 - Pflichten des Versicherten im Versicherungsfall - Anzeige des Versicherungsfalls

Bei einem *Versicherungsfall* müssen der *Versicherungsnehmer/Versicherte* oder seine *Anspruchsberechtigten*:

- alles Mögliche unternehmen, um den Schaden zu vermeiden oder zu verringern, indem sie sich sofort einer medizinischen Behandlung unterziehen, deren Vorschriften befolgen und Handlungen vermeiden, die die Behandlung behindern könnten;
- dies der *Agentur*, der die *Police* zugewiesen ist, oder der *Gesellschaft* innerhalb von 3 (drei) Tagen ab dem Zeitpunkt mitteilen, zu dem die Möglichkeit hierzu bestand, im Sinne von Art. 1913 des Zivilgesetzbuches;
- der *Gesellschaft* die vollständige Krankenakte und alle anderen Gesundheitsdokumente im Original zur Verfügung stellen, um die Krankheit zu ermitteln, die zum Krankenhausaufenthalt geführt hat, wobei zu diesem Zweck jeder Arzt, der ihn untersucht und behandelt hat, vom Berufsgeheimnis befreit wird;
- sich in Italien allen medizinischen Untersuchungen und Inspektionen unterziehen, die von der *Gesellschaft* angeordnet wurden.

Es wird darauf hingewiesen, dass die **Kosten in Bezug auf die ärztlichen Bescheinigungen und alle anderen angeforderten medizinischen Unterlagen zu Lasten des Versicherten** gehen.

Die Nichterfüllung dieser Pflichten kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf *Entschädigung* führen (Art. 1915 des Zivilgesetzbuches).

Art. 58 - Pflichten der Gesellschaft hinsichtlich der Modalitäten zur Entschädigung

Unbeschadet dessen, was von Art. 51 „Versichertes Risiko“ und Art. 55 „Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund einer *Krankheit*“ vorgesehen ist, wird darauf hingewiesen, **dass für Abrechnungszwecke der Tag der Einlieferung und der Tag der Entlassung aus dem Heilinstitut immer als ein (1) Tag Krankenhausaufenthalt gilt.**

Die *Entschädigung* wird nach Abschluss der Behandlung gezahlt aufgrund der Modalitäten des vorstehenden Artikels.

Die *Gesellschaft* verpflichtet sich, dem *Versicherten* das Ergebnis der Bewertung des *Versicherungsfalls* innerhalb von 90 (neunzig) Tagen ab Empfang der oben genannten Unterlagen mitzuteilen.

Art. 59 - Modalitäten zur Zahlung der Entschädigung

Die *Gesellschaft* führt die Zahlung der gemäß der *Versicherungspolice* geschuldeten *Entschädigung* innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab der Unterzeichnung der Quittung durch, wobei vereinbart bleibt, dass die Liquidation der *Versicherungsfälle* in Italien erfolgt.

BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG FÜR GROSSE CHIRURGISCHE EINGRIFFE REGELN

Art. 60 - Versichertes Risiko - Versicherter Betrag

Die *Versicherung* wird für die Erstattung der Kosten geleistet, die nach der *Aufnahme* in eine *medizinische Einrichtung* für einen oder mehrere *chirurgische Eingriffe* getragen wurden, die in der Liste der großen chirurgischen Eingriffe aufgeführt sind, die aufgrund von *Krankheit* oder *Unfall* erforderlich sind.

Nimmt der *Versicherte* den Nationalen Gesundheitsdienst direkt oder indirekt in Anspruch, erfolgt die Erstattung der selbst getragenen Kosten oder Mehrkosten.

Alternativ zur Erstattung der getragenen Kosten einschließlich derjenigen, die vor und nach dem *Krankenhausaufenthalt* getragen wurden, kann der *Versicherte* für jeden Tag des *Krankenhausaufenthaltes* und **bis zu maximal 90 (neunzig) Tagen pro Versicherungsjahr die Zahlung eines Ersatztagegeldes beantragen.**

Für dieses Tagegeld sind € 150,00 pro Tag festgelegt.

Der in der Liste der versicherten Personen angegebenen Betrag gilt pro Versicherungsjahr.

Art. 61 - Gesundheitszustand und entsprechende Erklärungen

Die *Versicherung* erfolgt auf der Grundlage der Erklärungen des *Versicherten* im *Anamnese-Fragebogen*, der einen wesentlichen Bestandteil der *Police* bildet und für die Bewertung und Annahme des Risikos durch die *Gesellschaft* grundlegend ist und dessen Wahrhaftigkeit die Grundlage für die Gültigkeit der *Police* ist.

Daher gelten bei unrichtigen, ungenauen oder verschwiegenen Erklärungen des *Versicherten* zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses die Bestimmungen laut Art. 1 - Erklärungen über die Risikoumstände der Bestimmungen, die die Versicherung im Allgemeinen regeln.

Art. 62 - Garantierte Leistungen

- Vor dem Krankenhausaufenthalt

Die Erstattung der Kosten für: fachärztliche Untersuchungen, diagnostische Tests und Untersuchungen, die in den **90 (neunzig) Tagen** vor Beginn des *Krankenhausaufenthaltes* durchgeführt wurden, sofern sie für die *Krankheit* oder den *Unfall*, die einen *Krankenhausaufenthalt* erforderlich gemacht haben, relevant sind.

Erstattung der Kosten für den Transport im Krankenwagen zur *Gesundheitseinrichtung* **bis zu 10% des versicherten Betrags.**

- Während des Krankenhausaufenthaltes

Die Erstattung der Kosten für die Honorare des Chirurgen, des Hilfspersonals, des Assistenten, des Anästhesisten und jeder anderen am *chirurgischen Eingriff* beteiligten medizinischen oder paramedizinischen Person, einschließlich ihrer medizinischen Betreuung während des *Krankenhausaufenthaltes*; OP-Gebühren und Operationsmaterial; während des *chirurgischen Eingriffs* angewandte Endoprothesen; pflegerische Versorgung, fachärztliche Beratungen, physiotherapeutische und rehabilitative Behandlungen, Medikamente, diagnostische Tests und Untersuchungen während des *Krankenhausaufenthaltes*; Klinikkosten.

- Nach dem Krankenhausaufenthalt

Die Erstattung der Kosten für: fachärztliche Untersuchungen, diagnostische Tests und Untersuchungen, die in den **90 (neunzig) Tagen** nach dem *Krankenhausaufenthalt* durchgeführt wurden, sofern sie für die *Krankheit* oder den *Unfall*, die einen *Krankenhausaufenthalt* erforderlich gemacht haben, relevant sind.

Erstattung der Kosten für den Transport im Krankenwagen von der *Gesundheitseinrichtung* zum Wohnsitz **bis zu 10% des versicherten Betrags.**

Art. 63 - Beginn der Garantie- Wartezeiten

Die *Versicherung* wird wirksam ab 24 Uhr:

- **des Tages, an dem die *Police* in Kraft tritt, oder des Tages, an dem die *Prämie* gezahlt wird, falls dies später erfolgt, für die *Unfälle*;**
- **des 180. (einhundertachtzigsten) Tages nach dem Tag, an dem die *Police* in Kraft tritt oder die *Prämie* gezahlt wurde, falls dies später erfolgt, für *zuvor bestehende Krankheiten*, die Ausdruck oder Folge von pathologischen Bedingungen sind, die sich zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der *Police* noch nicht manifestiert haben, aber vor diesem Zeitpunkt bereits vorhanden waren, sowie für die Folgen von pathologischen Bedingungen, die dem *Versicherungsnehmer/Versicherten* bekannt sind, oder die vor der Unterzeichnung der *Police* diagnostiziert oder behandelt wurden, sofern sie der *Gesellschaft* zum Zeitpunkt der Ausfüllung des *Anamnese-Fragebogens* mitgeteilt und von der *Gesellschaft* selbst ohne ausdrückliche Einschränkung des Risikos akzeptiert wurden;**
- **des 30. (dreißigsten) Tages nach dem Tag, an dem die *Police* in Kraft getreten ist oder die *Prämie* gezahlt wurde, falls dies später erfolgt, für die anderen *Krankheiten*.**

Wurde der Vertrag übergangslos als Ersatz für einen anderen bestehenden Vertrag mit den Gesellschaften der Gruppe Helvetia für die gleichen *Versicherten* und identischen Garantien ausgestellt, **so gelten folgende Wartezeiten:**

- **ab dem Tag, an dem der ersetzte Vertrag wirksam wurde, beschränkt auf die Leistungen und Höchstbeträge, die in letzterem vorgesehen waren;**
- **ab dem Tag, an dem dieser Vertrag wirksam wird, beschränkt auf die höheren Beträge und die darin vorgesehenen unterschiedlichen Leistungen.**

Die Bestimmung laut vorstehendem Absatz gilt auch bei Änderungen, die während der Vertragsdauer eingetreten sind.

Art. 64 - Ausschlüsse

Die *Versicherung* gilt nicht für folgende Ausgaben in Bezug auf:

- a) **direkte Folgen von *Unfällen*, *Krankheiten*, Missbildungen und pathologischen Zuständen, die vor Vertragsabschluss zu einer Behandlung oder Untersuchung oder Diagnose geführt haben, die der *Versicherungsnehmer/ Versicherte* der *Gesellschaft* bei Unterzeichnung der *Police* vorsätzlich oder grob fahrlässig vorenthalten hat;**
- b) **Beseitigung oder Korrektur angeborener körperlicher Mängel und/oder Fehlbildungen, die vor Abschluss des Vertrags bestanden haben;**

- c) **Krankenhausaufenthalte** und medizinische Kosten, die direkt oder indirekt durch *Geisteskrankheiten* und/oder *geistige Behinderungen* und psychische Störungen im Allgemeinen verursacht werden oder davon abhängen, einschließlich der organischen Gehirnsyndrome, schizophrenen Störungen, paranoischen Störungen, manisch-depressiven Formen, Epilepsie und entsprechenden Folgen und Komplikationen;
- d) Berufskrankheiten, so wie definiert vom Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30.6.65;
- e) Folgen vorsätzlicher Handlungen, die vom *Versicherten* vollführt oder versucht wurden, sowie solche, die er freiwillig gegen seine eigene Person gerichtet oder zugelassen hat;
- f) Folgen von *Alkoholeinfluss* am Steuer von Fahrzeugen im Allgemeinen, Einfluss durch den Gebrauch oder *Missbrauch von Psychopharmaka* und *psychotropen Arzneimitteln* sowie auf durch den Gebrauch von Halluzinogenen und den nicht-therapeutischen Gebrauch von Betäubungsmitteln;
- g) Natürliche Entbindung, Kaiserschnitt-Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie die Krankheiten durch Schwangerschaft und Wochenbett;
- h) Leistungen zu ästhetischen Zwecken;
- i) konservative, prothetische, implantologische, extraktive und orthodontische Zahnbehandlungen sowie die Behandlungen des Zahnfleisches; ausgeschlossen sind alle Arten von Zahnprothesen, es sei denn, es handelt sich um Behandlungen, die aufgrund bösartiger Neoplasien notwendig sind;
- j) Kauf, Wartung und Reparatur von Prothesen und Therapiegeräten, mit Ausnahme von Endoprothesen, die während des *chirurgischen Eingriffs* eingesetzt werden;
- k) die direkten oder indirekten Folgen von natürlich oder künstlich hervorgerufenen atomaren Energieumwandlungen oder -versetzungen und Beschleunigungen atomarer Teilchen (nukleare Kernspaltung oder -fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.), es sei denn, sie werden verursacht durch Strahlungen, die für medizinische Therapien verwendet werden;
- l) *Einlieferungen* in Pflegeheime, sofern sie als *Gesundheitseinrichtungen* qualifiziert sind;
- m) alle Folgen von Anorexie und Bulimie sowie Leistungen und Therapien im Allgemeinen für diätetische Zwecke;
- n) Leistungen und Therapien, die nicht von der offiziellen Medizin anerkannt sind (Ministerialdekret vom 08.11.1991, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 262), wie z.B. homöopathische und phytotherapeutische Therapien;
- o) Behandlungen zur künstlichen Befruchtung, Behandlung der erworbenen Unfruchtbarkeit und/oder der Impotenz der einzelnen Partner des Paares;
- p) Folgen der Ausübung von professionellen sportlichen Aktivitäten und der sportlichen Aktivitäten laut Art. 24 - *Sonstige geleistete Garantien der „Bestimmungen, die die Unfallversicherung regeln“*, Punkt 8 - *Ausgeschlossene sportliche Aktivitäten* - sowie der sportlichen Aktivitäten gemäß der zusätzlichen Bedingung 2 - *Erweiterung auf „risikoreiche“ Sportaktivitäten* der oben genannten Bestimmungen (dieser Ausschluss gilt als wirksam, auch wenn der Abschnitt Unfälle nicht gewählt wurde).
- q) Folgen von *Unfällen* aufgrund der Verwendung von Fahrzeugen auf Rennstrecken, auch als Beifahrer und auch ohne Wettbewerb, mit Ausnahme von sicheren Fahrkursen, sowie die Verwendung von Luftfahrzeugen (einschließlich Drachenfliegern, Ultraleichtflugzeugen und Gleitschirmen) und Motorbooten bei Wettkämpfen und damit verbundene Proben;
- r) Folgen von *Unfällen* aufgrund der Teilnahme sowohl als Fahrer als auch als Beifahrer, an Auto- oder Motorradrennen und damit verbundenen Tests und Trainingsfahrten, es sei denn, es handelt sich um geregelte Wettbewerbe und damit verbundene Probefahrten;
- s) Folgen von Volksaufständen, *Terroranschlägen*, Attentaten, sofern der *Versicherte* nicht aktiv daran teilgenommen hat;
- t) die Beteiligung an Unternehmungen einschließlich sportlicher Unternehmungen von außergewöhnlicher Art oder an leichtsinnigen Aktionen (z.B. Erkundungsfahrten, arktische Expeditionen, Himalaya- und/oder Anden-Expeditionen);
- u) *Unfallfolgen* aufgrund der Verwendung und/oder des Fahrens von Unterwasser- oder Luftfahrzeugen;
- v) *Unfallfolgen* aufgrund des Fahrens von motorbetriebenen Fahrzeugen oder Booten für andere als private Zwecke (der Ausschluss gilt nicht für die Berufskategorien „Taxifahrer und LKW-Fahrer“) und auf jeden Fall, wenn der versicherte Fahrer nicht im Besitz der vorgeschriebenen Fahrerlaubnis ist oder im Zustand der *Trunkenheit* fährt;
- w) Behandlungen und Eingriffe im Zusammenhang mit dem erworbenen Immunschwächesyndrom (AIDS) und Krankheiten im Zusammenhang mit der HIV-Infektion;
- x) *Unfälle* oder *Krankheiten*, die hervorgerufen werden durch nicht für friedliche Zwecke eingesetzte radioaktive, biologische und chemische Substanzen (d.h. in Fällen von Krieg und Aufständen).

Für die höheren Beträge und die unterschiedlichen Leistungen, die sich aus Änderungen im Laufe des Vertrages ergeben, gelten die Bestimmungen der Buchstaben b) und c) nicht hinsichtlich des Datums des Vertragsabschlusses, sondern hinsichtlich des Datums der Änderung.

Art. 65 - Territoriale Gültigkeit

Die *Versicherung* gilt auf der ganzen Welt.

LISTE DER GROSSEN CHIRURGISCHEN EINGRIFFE

Schädel und zentrales und peripheres Nervensystem:

- Kraniotomie aufgrund traumatischer intrakranieller Läsionen
- Schädelplastiken
- Eingriffe zur Entfernung intrakranieller Fremdkörper
- Entfernung intrakranieller Neoplasien, von Aneurysmen oder zur Korrektur anderer pathologischer Zustände
- Evakuierung eines intrakraniellen Abszesses und/oder Hämatoms
- Direkte und indirekte Liquorableitung
- Operation wegen Enzephalomenigozele
- Lobotomie und anderen Eingriffe der Psychochirurgie
- Thalamotomie– Pallidotomie und andere ähnliche Eingriffe
- Eingriffe wegen fokaler Epilepsie
- Eingriffe am Rückenmarkskanal zur Entfernung von Neoplasien, Chordotomien, Radikotomien und andere meningomedulläre Krankheiten
- Eingriff wegen Myelomenigozele
- Retrogasserianische Neurotomie oder intrakranielle Durchschneidung anderer Nerven
- Eingriff am thorakalen Sympathikus
 - Thorakale Ganglionektomie
 - Assoziierte Eingriffe am thorakalen Sympathikus und an den Eingeweidenerven
- Eingriff am lumbalen Sympathikus
 - Lumbale Ganglionektomie
 - Splanchniektomie
- Adrenalektomie und andere Eingriffe an der Nebenniere
- Spino-faziale Anastomose und ähnliche

Gesicht und Mund:

- Resektion des Oberkiefers
- Demolitive Operation des Viscerocraniums mit orbitaler Entleerung
- Eingriffe wegen maligner Tumore der Zunge und des Mundbodens mit Entleerung der submaxillaren Höhle
- Parotis-Resektion
- Totale Parotidektomie
- Reduktion und Synthese einer Knochenfraktur des Viscerocraniums

Hals:

- Eingriffe wegen Verletzungen von großen Gefäßen des Halses (siehe Gefäßchirurgie)
- Eingriffe wegen Verletzungen, die den Laryngotracheal- und Pharyngösophageal-Tubus betreffen
- Eingriffe zur Entfernung maligner Tumore des Halses
- Eingriffe an der Schilddrüse
 - Totale oder subtotale Thyreoidektomie
- Eingriffe wegen Divertikel des Ösophagus
- Resektion des zervikalen Ösophagus
- Eingriffe an den Nebenschilddrüsen

Thorax:

- Mamma:
 - Mastektomie und Quadrantektomie mit Entleerung der Achselhöhle
- Korrektiver Eingriff bei Trichterbrust
- Eingriffe am Mediastinum
 - aufgrund von Abszessen
 - aufgrund von Tumoren
- Eingriffe bei Lungenverletzungen
- Pneumotomie bei Abszessen
- Pneumotomie zur Entfernung von Echinokokkus-Zysten
- Segmentäre Resektionen und Lobektomie
- Pneumonektomie
- Eingriffe infolge von Fisteln des Bronchusstumpfes nach Lappen- oder Lungenresektion
- Eingriffe bei bronchokutanen Fisteln
- Hernien und Diaphragmazysten

- Thorakoabdominale Wunden mit viszeralen Läsionen
- Thymus-Entfernung

Chirurgie der Lungentuberkulose

- Vollständige Thorakoplastik

Hernien:

- Eingriff wegen Diaphragmahernien

Herzchirurgie:

- Perikardektomie
 - partiell
 - total
- Suturierung des Herzens wegen Verletzungen
- Eingriffe wegen Fremdkörper des Herzens
- Kommissurotomie (bei Mitralklappenstenose)
- Ligatur und Resektion des Ductus Botalli
- Eingriffe am Herzen mit Verwendung der Herz-Lungen-Maschine und/oder der Hypothermie
- Eingriff wegen Embolie der Lungenarterie

Speiseröhre:

- Eingriffe wegen Verletzungen und Fremdkörpern des thorakalen Ösophagus
- Eingriffe wegen Ösophagitis, Ösophagusgeschwür und postoperativer Ulcus pepticum
- Operationen am Ösophagus:
 - Ösophagus-Resektionen
 - Ösophagektomie
- Eingriffe wegen Divertikel des thorakalen Ösophagus
- Ösophagoplastik

Abdomen:

- Laparotomie wegen Prellungen und/oder penetrierenden Verletzungen des Abdomens mit Verletzungen interner parenchymaler Organe
- Laparotomie wegen Prellungen und/oder penetrierenden Verletzungen des Abdomens mit Verletzung des Darms
- Darmverschluss verschiedener Art mit Darmresektion

Magen und Zwölffingerdarm:

- Gastroenterostomie
- Magenresektion
- Totale Gastrektomie
- Gastrojejunale Resektion wegen postanastomotischem Ulcus pepticum
- Eingriff wegen gastro-jejuno-kolischer Fistel
- Suturierung nicht traumatischer Magen- und Darmperforationen
- Extramuköse Kardiomyotomie

Darm:

- Enteroanastomose
- Dünndarm-Resektion
- Ileocoecalresektion
- Kolonresektion
- Totale Hemikolektomie
- Totale Kolektomie

Rektum - Anus:

- Rektumresektion
- Rektusamputation

Leber und Gallenwege:

- Einfache Hepatotomie wegen Leberzysten
- Leberresektion
- Hemihepatektomie
- Biliodigestive Anastomosen
- Hepatiko-Choledochtomie

- Papillotomie auf transduodenalem Weg
- Eingriffe zur Rekonstruktion der Gallenwege
- Portosystemischer Shunt

Pankreas und Milz:

- Eingriffe wegen akuter Pankreas-Nekrose
- Eingriffe Zysten und Pseudozysten
 - E nukleation der Zysten
 - Marsupialisation
- Eingriffe wegen Pankreasfisteln
- Demolitive Eingriffe am Pankreas
 - total oder des Pankreaskopfes
 - des Pankreasschwanzes
- Splenektomie
- Splenektomie

Gefäßchirurgie:

- Eingriffe wegen Aneurysmen der Arterien (Schläfenarterie, Gesichtsarterie, Speichenarterie, Lungenbogen, vordere Schienbeinarterie)
- Suturierung großer Gefäße der Körperglieder, des Halses
- Arterienresektion mit Gefäßplastik
- Gefäßtransplantationen
- Operationen an der Aorta thoracica und an der abdominalen Aorta
- Anatomischer und extraanatomischer Bypass
- Endarteriektomie

Pädiatrische Chirurgie:

- Eingriffe wegen:
- hypersekretorischer Hydrocephalus
 - Zysten und Tumore, die für Kinder typisch sind, enterogenen und nervösen Ursprungs sind (Sympatoblastom)
 - Darmverschluss bei Neugeborenen
 - Einfache Analatresie:
 - abdominoperineale Senkung
 - Analatresie mit rektourethraler, rektovulvärer Fistel:
 - abdominoperineale Senkung
 - Steißbeinteratom
 - Megareter
 - Resektion mit Reimplantation
 - Resektion mit Ersatz einer Darmschleife
 - Nephrektomie wegen Wilms-Tumor
 - Spina bifida:
 - Myelomeningozele
 - Megakolon:
 - vordere Resektion
 - abdominoperineale Operation nach Buhamel oder Swenson
 - Bauchnabelfisteln und -zysten
 - des Ductus omphalomesentericus mit Darmresektion

Orthopädie und Traumatologie:

- Thorakale interskapuläre Exartikulation
- Hemipelvektomie
- große Arthroplastiken
- Reduktion und Synthese von Knochenbrüchen mit Metallmitteln

Urologie:

- Eingriffe wegen Epispadie und Hypospadie des Penis
- Komplexe Eingriffe wegen skrotaler und perinealer Epispadie
- Subkapsuläre Prostataektomie
- Radikale Prostataektomie

Analoges Kriterium:

Die *chirurgischen Eingriffe*, die dieselben oder komplexere Technologien erfordern als diejenigen, die für die aufgeführten Eingriffe erforderlich sind, und deren Gebühren gleich oder höher sind als die im Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1763 vom 20.12.1965 in der jeweils geltenden Fassung vorgesehenen, sind in der Versicherung enthalten, auch wenn sie nicht ausdrücklich

- Eingriffe wegen vesikorektaler Fistel
- Eingriff wegen Blasenektrophie
- Partielle Zystektomie
- Totale Zystektomie
- Ureterosigmoidostomie, beidseitig
- Nierenresektion
- Nephrektomie
- Erweiterte Nephrektomie infolge eines Tumors
- Vollständige Nephroureterektomie

Genitalapparat des Mannes:

- Totalamputation des Penis mit Entleerung der Inguinalregionen
- Orchiektomie wegen maligner Neoplasien mit Lymphadenektomie

Gynäkologie und Obstetrik:

- Eingriffe wegen vesikovaginaler oder rektovaginaler Fistel
- Radikale Eingriffe wegen maligner Vulva- und Vagina-Tumore
- Reduzierungen von Uterusverlagerungen auf vaginalem Weg und Anbringung des Vaginalpessars
- Totale Hysterektomie
- Radikale pan-Hysterektomie auf abdominalem Weg
- Manuelle Reduzierung bei puerperaler Uterunsinversion auf laparotomischem Weg
- Laparotomie wegen Verletzungen und Rupturen des Uterus

Augenheilkunde:

- Hornhaut:
 - Durchgreifende Hornhauttransplantation
- Orbita:
 - Kronlein-Operation oder Orbitomie
- Glaukom-Operation:
 - Kombinierte fistulisierende Operationen
- Linse:
 - - Luxation der Linse - komplizierte Katarakte
- Netzhaut:
 - Diathermokoagulation nach Weve wegen Ablösung
 - Sklerale Umringung oder Resektion wegen Ablösung

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

- Ohr:
 - Attiko-Antrotomie
 - Attiko-Antrotomie mit Labyrinthtrepanation
 - Chirurgie der Taubheit
 - Transmastoidale Operation und Gesichtsoperation
- Nase:
 - Eingriff wegen malignem Oberkiefer tumor
 - Eingriff an der Hypophyse auf transphenoidalem Weg
- Larynx:
 - Partielle Laryngektomie
 - Totale Laryngektomie
 - Pharyngo-Laryngektomie

Transplantationen:

- Transplantation des Herzens und/oder von Arterien
- Transplantation von Organen:
 - des Verdauungstrakts
 - der Atemwege
 - des Harntrakts
 aufgeführt sind.

BESTIMMUNGEN FÜR DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS BEI GROSSEN CHIRURGISCHEM EINGRIFF

Art. 66 - Pflichten des Versicherten im Versicherungsfall - Anzeige des Versicherungsfalls

Bei einem *Versicherungsfall* müssen der Versicherungsnehmer/*Versicherte* oder seine Anspruchsberechtigten:

- alles Mögliche unternehmen, um den Schaden zu vermeiden oder zu verringern, indem sie sich sofort einer medizinischen Behandlung unterziehen, deren Vorschriften befolgen und Handlungen vermeiden, die die Behandlung behindern könnten;
- dies der Agentur, der die *Police* zugewiesen ist, oder der *Gesellschaft* innerhalb von 3 (drei) Tagen ab dem Zeitpunkt mitteilen, zu dem die Möglichkeit hierzu bestand, im Sinne von Art. 1913 des Zivilgesetzbuches;
- der *Gesellschaft* die vollständige Krankenakte und alle anderen Gesundheitsdokumente im Original zur Verfügung stellen, um die Krankheit zu ermitteln, die zum Krankenhausaufenthalt geführt hat, wobei zu diesem Zweck jeder Arzt, der ihn untersucht und behandelt hat, vom Berufsgeheimnis befreit wird;
- der *Gesellschaft* die Originale der ordnungsgemäß quittierten Rechnungen, Zahlungsbelege, Quittungen für die medizinischen Kosten übergeben;
- sich in Italien allen medizinischen Untersuchungen und Inspektionen unterziehen, die von der *Gesellschaft* angeordnet wurden.

Er wird darauf hingewiesen, dass die Kosten in Bezug auf die ärztlichen Bescheinigungen und alle anderen angeforderten medizinischen Unterlagen zu Lasten des *Versicherten* gehen.

Die Nichterfüllung dieser Pflichten kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf *Entschädigung* führen (Art. 1915 des Zivilgesetzbuches).

Art. 67 - Pflichten der Gesellschaft hinsichtlich der Modalitäten zur Entschädigung

Unbeschadet dessen, was von Art. 60 „Versichertes Risiko - Versicherter Betrag“ und von Art. 62 „Garantierte Leistungen“ vorgesehen ist, wird die *Entschädigung nach Abschluss der Behandlung gezahlt* aufgrund der Modalitäten des vorstehenden Artikels.

Die *Gesellschaft* verpflichtet sich, dem *Versicherten* das Ergebnis der Bewertung des *Versicherungsfalls* innerhalb von 90 (neunzig) Tagen ab Empfang der oben genannten Unterlagen mitzuteilen.

Falls der *Versicherte* die Originalunterlagen Dritten vorgelegt hat, um eine Erstattung zu erhalten, zahlt die *Gesellschaft* den fälligen Betrag gegen den Nachweis der tatsächlich getragenen Kosten abzüglich des von den genannten Dritten zu zahlenden Betrags.

Art. 68 - Modalitäten zur Zahlung der Entschädigung

Die *Gesellschaft* führt die Zahlung der gemäß der *Versicherungspolice* geschuldeten *Entschädigung* innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab der Unterzeichnung der Quittung, wobei vereinbart bleibt, dass die Liquidation der *Versicherungsfälle* in Italien erfolgt. Für im Ausland anfallende Kosten erfolgen die Erstattungen in Italien in Euro zum durchschnittlichen Wechselkurs der Woche, in der die Kosten vom Versicherten getragen wurden, der sich aus den Notierungen des Ufficio Italiano dei Cambi ergibt.

BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG FÜR DAUERHAFTEN INVALIDITÄT AUFGRUND EINER KRANKHEIT REGELN

Art. 69 - Versichertes Risiko

Die *Versicherung* wird im Fall einer *dauerhaften Invalidität* infolge einer *Erkrankung* geleistet, die nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der *Police* eingetreten ist, **spätestens jedoch bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die *Versicherung* ihre Gültigkeit verliert.**

Art. 70 - Gesundheitszustand und entsprechende Erklärungen

Die *Versicherung* erfolgt auf der Grundlage der Erklärungen des *Versicherten* im *Anamnese-Fragebogen*, der einen wesentlichen Bestandteil der *Police* bildet und für die Bewertung und Annahme des Risikos durch die *Gesellschaft* grundlegend ist und dessen Wahrhaftigkeit die Grundlage für die Gültigkeit der *Police* ist. **Bei unrichtigen, ungenauen oder verschwiegenen Erklärungen des *Versicherten* zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gelten daher die Bestimmungen laut Art. 1 - Erklärungen über die Risikoumstände der Bestimmungen, die die *Versicherung* im Allgemeinen regeln.**

Art. 71 - Beginn der Garantie- Wartezeiten

Die *Versicherung* wird wirksam ab 24 Uhr des 90. (neunzigsten) Tages ab dem Tag, an dem die *Police* beginnt oder die *Prämienzahlung* erfolgt, je nachdem, welcher Zeitpunkt später liegt.

Wurde diese *Versicherung* übergangslos als Ersatz für eine andere bestehende *Police* mit den Gesellschaften der Gruppe Helvetia für die gleichen Versicherten und identischen Garantien ausgestellt, **so gelten folgende Wartezeiten:**

- ab dem Tag, an dem die ersetzte *Police* wirksam wurde, für die Leistungen, die in letzterer vorgesehen waren;
- ab dem Tag, ab dem diese *Versicherung* wirksam wird, für die Mehrleistungen oder unterschiedlichen Leistungen, die darin vorgesehen sind.

Die Bestimmung laut vorstehendem Absatz gilt auch bei Änderungen, die während der Vertragsdauer eingetreten sind.

Art. 72 - Ausschlüsse

Unbeschadet der Vorgaben laut Art. 18 - Nicht versicherbare Personen - der allen Abschnitten gemeinsamen Bestimmungen deckt die *Versicherung* keine *dauerhaften Invaliditäten* ab, die vor dem Inkrafttreten der *Versicherung* bestanden haben, sowie solche, die auf Körpermängel, Missbildungen oder bereits bestehende pathologische körperliche Erkrankungen zurückzuführen sind.

Ausgeschlossen sind des Weiteren die *dauerhaften Invaliditäten* infolge einer *Krankheit*, die direkt oder indirekt auf Folgendes zurückzuführen sind:

- a) *Geisteskrankheiten* und/oder *geistige Behinderung* und psychische Störungen im Allgemeinen, einschließlich der organischen Gehirnsyndrome, schizophrenen Störungen, paranoischen Störungen, manisch-depressiven Formen, Epilepsie und entsprechenden Folgen und Komplikationen;
- b) vorsätzliche oder versuchte Straftaten des *Versicherten*;
- c) erworbenes Immunschwächesyndrom (AIDS) und Krankheiten im Zusammenhang mit der HIV-Infektion;
- d) Tropenkrankheiten;
- e) *Trunkenheit*, Gebrauch und Missbrauch von *Psychopharmaka* und *psychotropen Arzneimitteln*, Gebrauch von Betäubungsmitteln, unbeschadet der therapeutischen Verabreichung, sowie von Halluzinogenen und dergleichen;
- f) Ästhetische Behandlungen, Abmagerungskuren und diätetische Therapien;
- g) die direkten oder indirekten Folgen von natürlich oder künstlich hervorgerufenen atomaren Energieumwandlungen oder -versetzungen und Beschleunigungen atomarer Teilchen (nukleare Kernspaltung oder -fusion, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen usw.);
- h) Berufskrankheiten, so wie definiert vom Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30.6.65;
- y) *Krankheiten*, die hervorgerufen wurden durch nicht für friedliche Zwecke eingesetzte radioaktive, biologische und chemische Substanzen (d.h. wenn sie in Fällen von Krieg oder Aufständen verwendet werden).

Art. 73 - Selbstbehalt bei dauerhafter Invalidität aufgrund einer Krankheit

Es steht keine *Entschädigung* zu, wenn die *dauerhafte Invalidität*, die nach den Kriterien und anhand der Prozentsätze laut Art. 20 der Bestimmungen, die alle Abschnitte regeln (ex Tabelle I.N.A.I.L. Anhand Nr. 1 zum Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30. Juni 1965) einen Grad von 25% oder darunter aufweist.

Wenn die festgestellte *dauerhafte Invalidität* einen Grad von mehr als 25% aufweist, zahlt die *Gesellschaft* eine *Entschädigung*, die aufgrund des versicherten Betrags nach den folgenden Prozentsätzen berechnet wird:

Festgestellte Inv. in %	Zu zahlender Prozentsatz	Festgestellte Inv. in %	Zu zahlender Prozentsatz
Von 1 bis 25	0	46	42
26	2	47	44
27	4	48	46
28	6	49	48
29	8	50	50
30	10	51	53
31	12	52	56
32	14	53	59
33	16	54	62
34	18	55	65
35	20	56	68
36	22	57	71
37	24	58	74
38	26	59	77
39	28	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	66 und darüber	100

Art. 74 - Nicht-Kumulierbarkeit dieser Garantie mit der Garantie Unfälle

Diese Garantie kann auf keinen Fall mit Garantien in Bezug auf *dauerhafte Invalidität* aufgrund eines *Unfalls* kumuliert werden.

Art. 75 - Territoriale Gültigkeit

Die *Versicherung* gilt auf der ganzen Welt.

Art. 76 - Kriterien der Entschädigungsfähigkeit

Die *Gesellschaft* leistet die *Entschädigung* für die direkten Folgen der angezeigten *Einzelkrankheit*.

Wenn die *Krankheit* eine Person betrifft, die bereits an anderen Krankheiten leidet, ist die größere Beeinträchtigung, die sich aus *gleichzeitig bestehenden Krankheiten/Invaliditäten* ergibt, nicht entschädigungsfähig.

Während der Laufzeit der *Versicherung* kann eine *dauerhafte Invalidität* aufgrund einer bereits festgestellten *Krankheit* weder im Fall ihrer Verschlechterung noch im Fall, dass sie eine konkurrierende *Krankheit/Invalidität* darstellt, einer weiteren Bewertung unterzogen werden. Betrifft die *Krankheit* also eine Person, deren Invalidität bereits durch eine vorherige *Krankheit* festgestellt wurde, so ist die Bewertung der weiteren *dauerhaften Invalidität* autonom durchzuführen, ohne dabei den größeren Nachteil zu berücksichtigen, der sich aus der bereits bestehenden Behinderung ergibt.

BESTIMMUNGEN, DIE DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS IN BEZUG AUF DIE DAUERHAFT ININVALIDITÄT AUFGRUND EINER KRANKHEIT REGELN

Art. 77 - Pflichten des Versicherten im Versicherungsfall - Anzeige des Versicherungsfalls

Der *Versicherte* oder eine andere Person an seiner Stelle müssen:

- die *Krankheit* innerhalb von 10 (zehn) Tagen nach dem Zeitpunkt anzeigen, zu dem nach ärztlicher Auffassung Grund zu der Annahme besteht, dass die diagnostizierte *Krankheit* aufgrund ihrer Merkmale und mutmaßlichen Folgen die geleistete Garantie betreffen könnte;
- der *Gesellschaft* die ärztliche Bescheinigung über die Art der *Krankheit* schicken;
- der *Gesellschaft* regelmäßig die Informationen über den Verlauf der angezeigten *Krankheit* übermitteln und eine Kopie der Krankenakten aller eventuellen Krankenhausaufenthalte sowie alle anderen Dokumente zur Verfügung stellen, die zur Beurteilung der eventuell behindernden Folgen beitragen können;
- sich in Italien ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen unterziehen, die von der *Gesellschaft* verfügt wurden und ihr alle diesbezüglichen Informationen zur Verfügung stellen, wobei zu diesem Zweck jeder Arzt, der ihn untersucht und behandelt hat, vom Berufsgeheimnis befreit wird;
- der *Gesellschaft* im Fall der klinischen Genesung der angezeigten Krankheit mit stabilisierten behindernden Folgen das entsprechende ärztliche Attest zur Verfügung stellen;
- die *Gesellschaft* in den anderen als den oben genannten Fällen auffordern, die Feststellung der Folgen gemäß den in Artikel 78 „Pflichten der Gesellschaft hinsichtlich der Modalitäten zur Festlegung und Entschädigung“ genannten Verfahren durchzuführen.

Die Bewertung der Folgen einer dauerhaften Invalidität muss in Italien durchgeführt werden.

Er wird darauf hingewiesen, dass die **Kosten in Bezug auf die ärztlichen Bescheinigungen und alle anderen angeforderten medizinischen Unterlagen zu Lasten des Versicherten gehen.**

Die Nichterfüllung dieser Pflichten kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf *Entschädigung* führen (Art. 1915 des Zivilgesetzbuches).

Art. 78 - Pflichten der Gesellschaft hinsichtlich der Modalitäten zur Festlegung und Entschädigung bei dauerhafter Invalidität.

Der Grad der *dauerhaften Invalidität* wird mit den Modalitäten laut Art. 76 „Kriterien der Entschädigungsfähigkeit“ der Bestimmungen, die die Versicherung für dauerhafte Invalidität aufgrund einer Krankheit regeln, **innerhalb des Zeitraums von 6 (sechs) Monaten bis 18 (achtzehn) Monaten ab dem Datum der Anzeige der Krankheit bewertet.** Dieser Zeitraum wird in der Regel auf der Grundlage rechtsmedizinischer Kriterien festgelegt, die den Zeitpunkt für die Stabilisierung der Folgen im *Krankheitsfall* festlegen.

Nach Ablauf der oben genannten 6 (sechs) Monate und bis zum Ende des 18. (achtzehnten) Monats verpflichtet sich die *Gesellschaft*, den *Versicherten* über das Ergebnis der Bewertung des *Versicherungsfalls* innerhalb von 90 Tagen nach Erhalt der Genesungsbescheinigung oder gleichwertiger Unterlagen, die die Stabilisierung der behindernden Folgen bescheinigen, sowie nach der Durchführung der entsprechenden Überprüfungen zu informieren.

Vor Ablauf der 6 (sechs) Monate wird die Gesellschaft keine Bewertung des Grades der dauerhaften Invalidität vornehmen.

Nach 18 (achtzehn) Monaten - unabhängig von der klinischen Heilung der gemeldeten *Krankheit* und auch ohne die Vorlage des ärztlichen Attests, das die Heilung und die stabilisierten behindernden Folgen bescheinigt, durch den *Versicherten* - führt die *Gesellschaft* in jedem Fall eine rechtsmedizinische Bewertung zur Feststellung der behindernden Folgen durch und verpflichtet sich, den *Versicherten* innerhalb von 90 (neunzig) Tagen nach Ablauf von 18 (achtzehn) Monaten über das Ergebnis der Bewertung des *Versicherungsfalls* zu informieren.

Art. 79 - Anspruch auf Entschädigung bei dauerhafter Invalidität im Falle des Todes aus Gründen, die nicht auf die Krankheit zurückzuführen sind

Der Anspruch auf *Entschädigung* bei *dauerhafter Invalidität* ist ein persönliches Recht und kann daher nicht auf die Erben übertragen werden.

Stirbt der *Versicherte* aus anderen Gründen als der gemeldeten *Krankheit* und nachdem die *Gesellschaft* die entsprechenden Kontrollen durchgeführt, aber noch keine *Entschädigung* zugunsten des *Versicherten* geleistet hat, zahlt die *Gesellschaft* nach Vorlage der Sterbeurkunde des *Versicherten* an die Erben oder Anspruchsberechtigten:

- den bereits vereinbarten Betrag oder andernfalls
- den angebotenen Betrag.

Stirbt der *Versicherte* aus anderen Gründen als der angezeigten *Krankheit* und wurden zuvor die notwendigen Kontrollen und Überprüfungen durchgeführt, so zahlt die *Gesellschaft* den Erben oder Anspruchsberechtigten **nach Vorlage der Sterbeurkunde des Versicherten** den von ihr objektiv ermittelbaren Betrag nach den Modalitäten und unter den Bedingungen gemäß Art. 77 "Pflichten des Versicherten im Versicherungsfall - Anzeige des Versicherungsfalls". **Dies unter der Bedingung, dass die Erben oder Anspruchsberechtigten Folgendes nachweisen:**

- die Stabilisierung der behindernden Folgen durch Vorlage der Genesungsbescheinigung oder gleichwertiger Unterlagen, die die Stabilisierung der dauerhaften Folgen bescheinigt (beispielsweise und nicht erschöpfend ein medizinischer Bericht oder INAIL-Invaliditätsbescheinigungen), **begleitet von allen relevanten medizinischen Unterlagen und von der Krankenakte, falls es einen Krankenhausaufenthalt gegeben hat;**
- die absolute und objektive Nichtbeteiligung der Todesursache in Bezug auf die *Krankheit*, die die Invalidität verursacht hat (z.B. Tod des *Versicherten* durch einen *Verkehrsunfall*).

Wenn es für die Bewertung des *Versicherungsfalls* oder für eine Untersuchung für notwendig erachtet wird, müssen die Erben oder Anspruchsberechtigten auf formellen Anforderung der *Gesellschaft* die Autopsie des *Versicherten* genehmigen, die mit Unterstützung eines von der *Gesellschaft* gewählten Arztes und eines von den Erben oder Anspruchsberechtigten gewählten Arztes durchgeführt wird, wenn sie es für notwendig halten; zu diesem Zweck müssen die Erben oder Anspruchsberechtigten die Ärzte, die den *Versicherten* untersucht und behandelt haben, vom Berufsgeheimnis

befreien. Um die Erben oder Anspruchsberechtigten mit Sicherheit zu ermitteln, müssen diese der *Gesellschaft* beispielhaft und nicht erschöpfend Folgendes zur Verfügung stellen:

- Familienstands Bescheinigung des *Versicherten*;
- eine eidesstattliche Versicherung, aus der die Testamentslage und die Identifizierung der Erben hervorgeht;
- bei Minderjährigen oder nicht geschäftsfähigen Personen unter den rechtmäßigen Erben das Dekret des Vormundschaftsrichters, das die Liquidation genehmigt und die *Gesellschaft* von der Weiterverwendung des Anteils befreit, der dem Minderjährigen oder der nicht geschäftsfähigen Person zusteht;
- alle weiteren Unterlagen, die zur Feststellung der Modalitäten des *Versicherungsfalls* sowie zur korrekten Identifizierung der berechtigten Personen erforderlich sind.

Die *Gesellschaft* verpflichtet sich, die Erben oder Anspruchsberechtigten über das Ergebnis der Bewertung des *Versicherungsfalls* innerhalb von 90 Tagen nach Erhalt der in diesem Artikel vorgesehenen Unterlagen zu informieren.

Art. 80 - Modalitäten zur Zahlung der Entschädigung

Die *Gesellschaft* führt die Zahlung der gemäß der *Versicherungspolice* geschuldeten *Entschädigung* innerhalb von 30 Tagen ab der Unterzeichnung der Quittung durch, wobei vereinbart bleibt, dass die Liquidation der Versicherungsfälle in Italien erfolgt.

KLASSIFIKATION DER BERUFLICHEN TÄTIGKEITEN

BERUFSTÄTIGKEITEN DER KLASSE A

- Mitarbeiter in Rechenzentren
- Versicherungsagent
- Kurs- und Börsenmakler
- Hotelbetreiber ohne manuelle Arbeit
- Botschafter, Konsul, diplomatisches Personal im Allgemeinen
- Verwalter des eigenen Vermögens
- Verwalter von Gesellschaften oder Mehrfamilienwohnhäusern
- Antiquar ohne Restaurierung
- Architekt ohne Zugang zu Baustellen
- Sozialassistent
- Rechtsanwalt
- Kindermädchen / Babysitter
- Herrenfriseur
- Wohlhabender ohne besondere Beschäftigungen
- Versicherungsmakler
- Klerus (Angehöriger)
- Wirtschaftsprüfer, Berater für Arbeits-, Steuer-, Verwaltungsrecht
- Orchesterdirigent
- Führungskraft mit ausschließlicher Bürotätigkeit
- Zeichner mit ausschließlicher Bürotätigkeit
- Kosmetiker - Tätowierer
- Apotheker
- Physiotherapeut
- Studiofotograf
- Geometer ohne Zugang zu Baustellen
- Grafiker
- Event-Hostess - Promoter
- Zahnpfleger
- Verwaltungsangestellter
- Unternehmer im Allgemeinen, der nicht manuell arbeitet
- Dressman - Model
- Laufbursche
- Diplomierter Krankenpfleger - Geburtshelfer
- Ingenieur mit ausschließlicher Bürotätigkeit
- Schullehrer und Universitätsdozent
- Dolmetscher
- Richter
- Masseur
- Arzt - Chirurg - Zahnarzt
- Notar
- Optiker - Optometrist
- Friseur
- Rentner
- Vermittler von Geschäften - Mediator
- Sachwalter
- Versicherungsproduzent
- Programmierer
- Psychologin
- Werbefachmann
- Kinderpflegerin
- Küster
- Schriftsteller
- Soziologin
- Student
- Radiologin (ohne Strahlenbelastung)
- Auto- und Kfz-Vertragshändler

BERUFSTÄTIGKEITEN DER KLASSE B

- Reinigungskraft ohne Verwendung von Außengeräten
- Werkstattfachkraft
- Färberei-/Trockenreinigungsfachkraft
- Handelsagent, Werbeagent, Reiseagent, Immobilienagent, Theateragent, Schiffsagent
- Landwirt (Eigentümer, Pächter) ohne manuelle Arbeit
- Agronom
- Hotelbetreiber mit manueller Arbeit
- Züchter / Trainer von Haustieren
- Chemischer Analytiker
- Architekt mit Zugang zu Baustellen
- Innenarchitekt
- Varietékünstler, Schauspieler, Musiker, Sänger, Theateragent, Regisseur, Drehbuchautor
- Fahrer im privaten/öffentlichen Dienst - Taxifahrer
- LKW-Fahrer ohne Lade- und Entladetätigkeiten
- Bademeister
- Barmann
- Tankwart - Beschäftigter einer Tankstelle
- Hausmeister
- Biologin
- Schuster
- Kellner - Hotelaufwärter
- Hausfrau
- Käser
- Keramiker
- Ziselierer
- Straßenhändler
- Verkäufer
- Rahmenhersteller
- Diplomat, Politiker, Gewerkschaftler
- Führungskraft mit Zugang zu Baustellen
- Zeichner mit Zugang zu Arbeitsumgebungen
- Hausangestellter - Pflegekraft
- Önologin und Weinbautechniker
- Zusteller
- Blumenhändler
- Blumenzüchter
- Fotograf auch in Außenbereichen
- Geologin
- Geometer mit Zugang zu Baustellen
- Juwelier
- Zeitungshändler
- Journalist (Reporter, Korrespondent)
- Garderobier
- Fremdenführer
- Technischer Angestellter
- Bauunternehmer, der nicht an den Arbeiten teilnimmt
- Ingenieur mit Zugang zu den Baustellen
- Sportlehrer
- Fahrschullehrer
- Lackierer
- Lithograph - Drucker
- Tierarzt
- Zahntechniker
- Goldschmied
- Pelzhändler (Konfektionär)
- Freiberuflicher Sachverständiger auch mit Außentätigkeit
- Fischhändler
- Hauswart - Wärter
- Briefträger
- Stickerin - Kunststopferin - Strickerin

- Reparateur Radio - TV - Telefonie
- Schneider
- Tabakwarenhändler
- Straßenbahnfahrer
- Gerichtsvollzieher
- Glaser

BERUFSTÄTIGKEITEN DER KLASSE C

- Pferde-, Rinder-, Schweinezüchter
- Imker
- Scherenschleifer
- LKW-Fahrer mit Lade- und Entladetätigkeiten
- Karosseriemechaniker
- Koch - Pizzabäcker
- Dekorateur
- Kfz-Verschrotter
- Kammerjäger
- Kfz-Elektriker
- Elektriker innerhalb von Gebäuden
- Schmied
- Gepäckträger
- Gärtner ohne Beschneiden von Bäumen - Baumschulfachmann
- Reifenreparateur
- Klempner nur innerhalb von Gebäuden oder am Boden
- Anstreicher nur innerhalb von Gebäuden
- Detektiv
- Schlachter
- Lokomotivführer
- Lagerarbeiter
- Fußbodenleger - Fliesenleger
- Matratzenmacher
- Mechaniker
- Müllabfuhrmann
- Arbeiter mit Nutzung von Maschinen ohne Zugang zu Baustellen, Baugerüsten und sonstigen Gerüsten.

- Bäcker - Konditor
- Schäfer
- Möbelrestaurator
- Restaurator
- Schweißer
- Wurstwarenhändler
- Bildhauer - Marmorarbeiter
- Polsterer
- Dreher - Bediener mit computergestützter numerischer Steuerung
- Glaser

BERUFSTÄTIGKEITEN DER KLASSE D

- Holzfäller
- Reinigungskraft mit Verwendung von Außengerüsten
- Landwirt
- Antennentechniker
- Steinbrüche ohne Einsatz von Minen - manuelle Arbeit
- Elektriker für Hochspannungsleitungen außerhalb von Gebäuden
- Tischler
- Anstreicher auch für Außenseiten von Gebäuden
- Bauunternehmer, der an den Arbeiten teilnehmen kann
- Spengler, auch auf Gerüsten
- Hufschmied
- Matrose
- Möbeldändler mit Herstellung von Möbeln im Allgemeinen
- Maurer - Zimmermann
- Arbeiter mit Nutzung von Maschinen und Zugang zu Baustellen, Baugerüsten und sonstigen Gerüsten
- Fischer (Küstenfischerei)
- Restaurator mit Verwendung von Gerüsten
- Schornsteinfeg

Analoges Kriterium:

Zur Ermittlung der Risikoklasse von beruflichen Tätigkeiten, die nicht in der obigen Tabelle aufgeführt sind, wird das Kriterium der Analogie/Gleichwertigkeit mit einer der aufgeführten Tätigkeiten herangezogen.

SEKTION III - BETREUUNG

ANWEISUNGEN FÜR DIE ANFORDERUNG VON BETREUUNG

Um die vorgesehenen *Leistungen* nutzen zu können, muss sich der *Versicherte* oder wer auch immer an seiner Stelle **direkt und ausschließlich an die Organisationsstruktur der Europ Assistance Italia SpA wenden, die rund um die Uhr in Betrieb ist**, und zwar auf folgende Weise:

- von Italien aus unter der gebührenfreien **grünen Nummer 800.01.69.10**
- aus dem Ausland unter der **Nummer +39 02 58.28.61.71**
- oder per Telegramm oder Einschreiben an:
Europ Assistance Italia S.p.A.
Piazza Trento 8– 20135 Mailand.
Nummer +39 02 58.47.72.01
- per Fax an die



Der *Versicherte* muss der *Organisationsstruktur* Folgendes mitteilen:

- die Art der *Betreuung*, die er benötigt;
- Vorname, Nachname und Wohnsitz;
- die Nummer der *Police*, die auf die Abkürzung ELIN folgt;
- Adresse des Ortes, an dem er sich befindet;
- die Telefonnummer, unter der die *Organisationsstruktur* den Versicherten im Verlauf der *Betreuung* zurückrufen kann.

Die Telefonkosten nach dem ersten Anruf gehen zu Lasten der *Organisationsstruktur*.

Die *Organisationsstruktur* kann vom *Versicherten* - **der verpflichtet ist, sie vollständig zu übermitteln** - alle weiteren Unterlagen anfordern, die für den Abschluss der *Betreuung* als notwendig angesehen werden; auf jeden Fall ist es notwendig, die ORIGINALS (nicht Fotokopien) der Belege, Rechnungen und Quittungen der getragenen Ausgaben zu schicken. **Auf jeden Fall muss der Eingriff immer bei der Organisationsstruktur angefordert werden, die direkt eingreifen wird oder ausdrücklich deren Durchführung genehmigen muss.**

Ersetzung der Organisationsstruktur

Am Ende eines jeden Versicherungsjahres behält sich die *Gesellschaft* das Recht vor, die *Organisationsstruktur* zu wechseln, den *Versicherungsnehmer* rechtzeitig darüber zu informieren und die gleichen *Leistungen* zu garantieren, die in der *Police* vorgesehen sind. In diesem Fall hat der *Versicherungsnehmer* das Recht, auf die aufgrund des erworbenen Moduls vorgesehenen Garantien zu verzichten, indem er dies der *Gesellschaft* schriftlich mitteilt.

HELVETIA ASSISTANCE - LEISTUNGEN

RUND UM DIE UHR ERBRACHTE LEISTUNGEN UNABHÄNGIG VOM AUFENTHALTSORT DES VERSICHERTEN

Die *Versicherung* gilt für die *Versicherungsfälle*, die in der gesamten Welt entstehen.
Jede Leistung wird für nicht mehr als drei Mal pro *Gültigkeitsjahr* der *Police* erbracht.

1. Ärztliche Beratung

Falls der *Versicherte* infolge eines *Unfalls* oder einer *Krankheit* den Rat eines Arztes für Allgemeinmedizin braucht, kann er sich direkt oder über den ihn behandelnden Arzt mit den Ärzten der *Organisationsstruktur* in Verbindung setzen, die bewerten werden, welche *Leistung* sich am besten für ihn eignet.

2. Entsenden eines Arztes für Allgemeinmedizin in Notfällen in Italien

Falls der *Versicherte* nach einem *Unfall* oder wegen einer *Krankheit* in Italien **einen Arzt in der Zeit zwischen 20 und 8 oder an Sonn- und Feiertagen** braucht und keinen finden kann, sorgt die *Organisationsstruktur* nach Feststellung der Notwendigkeit der *Leistung* dafür, auf Kosten der *Gesellschaft* einen der vertragsgebundenen Ärzte zu entsenden. Sollte es einem der vertragsgebundenen Ärzte nicht möglich sein, persönlich einzugreifen, organisiert die *Organisationsstruktur* den Krankenwagentransport des *Versicherten* zum nächstgelegenen geeigneten Ärztezentrum.

3. Entsenden einer Pflegekraft zum Wohnsitz

Wenn der *Versicherte* in der **Woche nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus, in das er wegen eines Unfalls oder einer plötzlichen Krankheit eingeliefert war**, von einer Pflegekraft unterstützt werden muss, stellt die *Organisationsstruktur* dem *Versicherten* direkt eine Pflegekraft zu einem kontrollierten Tarif zur Verfügung, wobei die *Gesellschaft* das Honorar **bis zu einem Höchstbetrag von 100,00 € pro Versicherungsfall** übernimmt.

4. Entsenden eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz

Benötigt der *Versicherte* aufgrund einfacher Traumata oder *Frakturen* infolge eines *Unfalls* die Hilfe eines Physiotherapeuten bei sich zu Hause, schickt die *Organisationsstruktur* einen Physiotherapeuten zur Wohnung des *Versicherten*, wobei die *Gesellschaft* das Honorar **bis zum Höchstbetrag von 200,00 € pro Versicherungsfall** übernimmt.

5. Krankenwagentransport in Italien

Wenn der *Versicherte* aufgrund eines *Unfalls* oder einer *Krankheit* mit einem Krankenwagen transportiert werden muss, sorgt die *Organisationsstruktur* dafür, direkt einen solchen **nach der Einlieferung in die Notaufnahme** zu entsenden, wobei die *Gesellschaft* die entsprechenden Kosten **bis zum Erreichen eines Betrags trägt, der erforderlich ist, eine Gesamtstrecke (Hin- und Rückfahrt) von 200 km zurückzulegen.**

6. Transport im Krankenwagen oder im Taxi in Italien nach der Entlassung

Wenn der *Versicherte* aufgrund eines *Unfalls* oder einer *Krankheit* von der *Gesundheitseinrichtung*, in die er eingeliefert wurde, zu seinem Wohnort transportiert werden muss, sorgt die *Organisationsstruktur* direkt dafür, einen Krankenwagen oder ein Taxi zu entsenden, damit der *Versicherte* und eine eventuelle Begleitperson seine Wohnung erreichen können.

Die *Gesellschaft* trägt zu ihren Lasten die entsprechenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von **€ 100,00 pro Versicherungsfall.**

7. Überführung in ein ausgerüstetes Krankenhaus

Wird der *Versicherte* infolge eines *Unfalls* oder einer *plötzlichen Erkrankung* aufgrund objektiver Merkmale, die von den Ärzten der *Organisationsstruktur* nach Analyse des Krankheitsbildes und in Absprache mit dem behandelnden Arzt festgestellt werden, als nicht behandlungsfähig innerhalb der Krankenhausorganisation der Wohnregion des Wohnsitzes erachtet, dann sorgt die *Organisationsstruktur* für Folgendes:

- eine für den *Versicherten* besser ausgerüstete italienische oder ausländische Gesundheitseinrichtung zu ermitteln und unter Berücksichtigung der bestehenden Verfügbarkeiten vorzumerken;
- den Transport des *Versicherten* mit dem aufgrund des Zustands des Patienten geeignetsten Fahrzeug zu organisieren, wobei in Frage kommen:
 - Sanitätsflugzeug (die *Organisationsstruktur* verwendet das Sanitätsflugzeug nur, wenn die Überführung in Italien erfolgt);
 - Linienflugzeug, Economy Class, eventuell auf einer Krankentrage;
 - Zug, erste Klasse, gegebenenfalls im Schlafwagen;
 - Krankenwagen ohne Kilometerbegrenzung.
- den *Versicherten* während des Transports mit medizinischem oder paramedizinischem Personal zu betreuen, falls dies von Ärzten der *Organisationsstruktur* für notwendig gehalten wird.

Keine Leistung wird erbracht für:

- **Krankheiten und Verletzungen, die nach Ansicht der Ärzte in der Krankenhauseinheit der Wohnsitzregion des *Versicherten* behandelt werden können, sowie Rehabilitationsmaßnahmen;**
- **Infektionskrankheiten, wenn der Transport einen Verstoß gegen nationale oder internationale Gesundheitsvorschriften darstellt.**

8. Rückkehr vom ausgerüsteten Krankenhaus

Wenn der *Versicherte* aufgrund der in Punkt 7 genannten Leistung nach dem stationären Aufenthalt aus dem Krankenhaus entlassen wird, sorgt die *Organisationsstruktur* für seine Rückkehr **mit dem Transportmittel, das die Ärzte der *Organisationsstruktur* je nach dem Zustand des Patienten für am besten geeignet halten:**

- Linienflugzeug, Economy Class, eventuell auf einer Krankentrage;
- Zug, erste Klasse, gegebenenfalls im Schlafwagen;
- Krankenwagen ohne Kilometerbegrenzung.

Der Transport wird vollständig von der *Organisationsstruktur* organisiert und auf Kosten der *Gesellschaft* durchgeführt, einschließlich der medizinischen und pflegerischen Betreuung während der Reise, falls dies von den Ärzten der *Organisationsstruktur* für erforderlich gehalten wird. **Der *Versicherte* muss der *Organisationsstruktur* das Krankenhaus, in dem er behandelt wird, sowie den Namen und die Telefonnummer des behandelnden Arztes mitteilen, damit die *Operationsstruktur* die notwendigen Kontakte herstellen kann.**

9. Fachärztliche Gesundheitsinformationen

(Operativ von Montag bis Freitag von 9.00 bis 18.00 Uhr, ausgenommen an Feiertagen während der Woche)

Falls der *Versicherte* Informationen über den öffentlichen und/oder privaten Gesundheitsdienst benötigt, kann er sich diesbezüglich telefonisch an die *Organisationsstruktur* wenden, und er kann auf die Datenbank zugreifen, die Informationen über Folgendes enthält:

- Rechte der verschiedenen Arten von Begünstigten (Freiberufler, öffentliche und private Arbeitnehmer, Rentner usw.);
- Lage der verschiedenen ASL (Gesundheitsbetriebe) und *Gesundheitseinrichtungen*;
- nationale und internationale Gesundheitseinrichtungen und eventuelle Spezialisierungen;
- Beratung bei der Bearbeitung von Vorgängen, Dokumenten; zuständige Stellen;
- Gesundheitsversorgung im Ausland, gegenseitige Verträge mit EU- und Nicht-EU-Ländern;
- Privatkliniken, Krankenhäuser, Notaufnahmезentren
- Fachärzte.

10. Medical Advice Program

(Operativ von Montag bis Freitag von 9.00 bis 18.00 Uhr, ausgenommen an Feiertagen während der Woche)

- Falls beim *Versicherten* eine Störung des Gesundheitszustandes vorliegt, für die eine Diagnose oder ein therapeutischer Ansatz formuliert wurde, und er eine Vertiefung oder eine zweite klinisch-diagnostische Bewertung wünscht, wird er über die Fachkräfte der *Organisationsstruktur* in Kontakt gebracht mit der *Telemedizinzentrale*, die ihm nach einem telefonischen Kontakt mit dem *Versicherten* die Möglichkeit bietet, die fachärztlichen Beratungen zu erhalten, die er braucht, sowie die Abgabe eines zweiten ärztlichen Gutachtens, indem sie auf die Erfahrung von qualifizierten medizinischen Zentren zurückgreift, die zum Gesundheitsnetzwerk gehören.
- Der *Versicherte* muss die *Organisationsstruktur* anrufen, die ihn in Kontakt bringt mit der *Telemedizinzentrale*, der er den klinischen Fall schildert, für den er ein zweites Gutachten seitens der Fachärzte der qualifizierten medizinischen Zentren des Gesundheitsnetzwerks anfordert.

A) Ärztliche Beratung der zweiten Ebene

Die Ärzte der *Telemedizinzentrale*, die die Anforderung des *Versicherten* bewertet haben, führen mit ihm die Einstufung des Falles durch und sprechen gegebenenfalls auch mit den ihn behandelnden Ärzten. In dieser Phase werden **allgemeinmedizinische** oder **fachärztliche Konsultationen** aktiviert, und es kann erforderlichenfalls eine **orientierende Beratung mit spezifischen Ermittlungen (Check-up) festgelegt werden.**

B) Aktivierung des nationalen Netzwerks von „Exzellenzzentren“

Nach telefonischem Kontakt und nach positiver Beurteilung durch die Ärzte der Einsatzzentrale werden die notwendigen klinischen und diagnostischen Unterlagen direkt vom Wohnsitz des *Versicherten* abgeholt, das gesamte Diagnosematerial digitalisiert und die Fragestellungen ausgearbeitet, die an die Fachärzte in den „Exzellenzzentren“ weitergeleitet werden. Alle klinischen Daten werden mit modernsten telemedizinischen Ausrüstungen oder per Kurier an die *Internationalen Medizinischen Referenzzentren* übermittelt. Das medizinische Referenzzentrum, das die entsprechenden klinischen und diagnostischen Bewertungen durchgeführt und die Gutachten der Fachärzte eingeholt hat, kann verlangen, den Patienten selbst zu untersuchen.

Die Kosten der fachärztlichen Untersuchung gehen zu Lasten der Gesellschaft sowie die Kosten für die Überführung und Unterbringung des Patienten bis zu einem Höchstbetrag von 300,00 € pro Versicherungsfall.

Die Fachärzte der „Exzellenzzentren“ werden rasch ihre schriftliche Antwort formulieren, die an die *Telemedizinzentrale* geschickt wird, die sie wiederum an den *Versicherten* weiterleitet und ihm bei Bedarf hilft, sie zu interpretieren.

Die *Gesellschaft* trägt zu ihren Lasten alle Kosten.

C) **Aktivierung des zweiten internationalen Gutachtens**

Wenn es auf Anweisung der Ärzte der *Organisationsstruktur* oder der nationalen „Exzellenzzentren“ für zweckmäßig erachtet wird, auf internationale Strukturen von bewährtem Niveau zurückzugreifen, werden diese von den Ärzten der *Organisationsstruktur* kontaktiert, um die Leistung des zweiten internationalen Gutachtens zu erbringen.

Diese Leistung umfasst die Sammlung der Kundendokumentation, die Digitalisierung derselben, falls noch nicht durchgeführt, die Übertragung des klinischen Falles an das identifizierte *Internationale Medizinische Zentrum* und die Erstellung eines zweiten schriftlichen Gutachtens durch das internationale Zentrum.

RUND UM DIE UHR ERBRACHTE LEISTUNGEN, WENN SICH DER VERSICHERTE MEHR ALS 50 KM VON SEINER WOHNSITZGEMEINDE ENTFERNT BEFINDET.

Jede *Leistung* wird nicht mehr als dreimal pro Jahr nach Inkrafttreten der *Police* gewährt und ist wirksam, wenn infolge eines *Unfalls*, der sich an einem Ort ereignet hat, der mehr als 50 km von der Wohnsitzgemeinde des *Versicherten* entfernt ist, wobei die Betreuung vom *Versicherten* am selben Ort, an dem der *Versicherungsfall* eingetreten ist, anzufordern ist.

1. Dolmetscher im Ausland

Wenn der *Versicherte* bei einem *Krankenhausaufenthalt* aufgrund eines *Unfalls* oder einer *Krankheit* Schwierigkeiten hat, in der jeweiligen Landessprache zu kommunizieren, entsendet die *Organisationsstruktur* einen Dolmetscher, wobei die *Gesellschaft* die Kosten bis zu maximal 8 Arbeitsstunden pro *Versicherungsfall* trägt.

Die *Leistung* entfällt in Ländern, in denen es keine Niederlassungen oder Korrespondenten der *Organisationsstruktur* gibt.

2. Entsendung dringender Arzneimittel

Benötigt der *Versicherte* aufgrund eines *Unfalls* oder einer *Krankheit* nach ärztlichem Ermessen dringend spezielle Arzneimittel (sofern sie in Italien in Verkehr gebracht werden), die nicht vor Ort erhältlich sind, so werden sie von der *Organisationsstruktur* unter Berücksichtigung der lokalen Bestimmungen für den Transport von Arzneimitteln auf dem schnellsten Wege verschickt.

Die Kosten für den Kauf des Arzneimittels gehen zu Lasten des *Versicherten*.

3. Vorauszahlung der Arztkosten

Wenn der *Versicherte* infolge eines *Unfalls* oder einer *Krankheit* unvorhergesehene medizinische Kosten zu tragen hat und es nicht möglich ist, diese direkt und sofort zu tragen, zahlt die *Organisationsstruktur* für Rechnung des *Versicherten* die Rechnungen bis zu einem Höchstbetrag von 250,00 € pro *Versicherungsfall*.

Die *Leistung* gilt nicht:

- in Ländern, in denen es keine Niederlassungen oder Korrespondenten der *Organisationsstruktur* gibt;
- wenn der Devisentransfer ins Ausland einen Verstoß gegen die in Italien oder in dem Land, in dem sich der *Versicherte* befindet, geltenden einschlägigen Bestimmungen darstellt;
- wenn der *Versicherte* nicht in der Lage ist, der *Organisationsstruktur* eine von ihr als angemessen angesehene Rückgabegarantie zu geben.

Nach der Rückkehr hat der *Versicherte* den Vorschuss innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach dem Datum des Vorschusses zu erstatten. Nach Ablauf dieser Frist hat er zusätzlich zu dem im Voraus gezahlten Betrag die Zinsen in Höhe des aktuellen gesetzlichen Zinssatzes zu zahlen.

4. Rückkehr aus gesundheitlichen Gründen

Wenn infolge eines *Unfalls* oder einer *plötzlichen Erkrankung* der Zustand des *Versicherten*, der durch direkte Kontakte und/oder über andere Telekommunikationsmittel zwischen den Ärzten der *Organisationsstruktur* und dem behandelnden Arzt vor Ort festgestellt wird, es erforderlich macht, dass er in ein ausgerüstetes Krankenhaus in Italien oder zu seinem Wohnsitz in Italien transportiert wird, sorgt die *Organisationsstruktur* für den Transport mit dem Transportmittel, das die Ärzte derselben je nach dem Zustand des Patienten als am besten geeignet erachten, wobei in Frage kommen:

- Sanitätsflugzeug (die *Organisationsstruktur* verwendet das Sanitätsflugzeug nur, wenn der *Versicherungsfall* sich in Europa ereignet hat);
- Linienflugzeug, Economy Class, eventuell auf einer Krankentrage;
- Zug, erste Klasse, gegebenenfalls im Schlafwagen;
- Krankenwagen (ohne Kilometerbegrenzung).

Der Transport wird vollständig von der *Organisationsstruktur* organisiert und auf Kosten der *Gesellschaft* durchgeführt, einschließlich der medizinischen und pflegerischen Betreuung während der Reise, falls dies von den Ärzten der *Organisationsstruktur* für erforderlich gehalten wird.

Wenn die *Gesellschaft* auf eigene Kosten für die Rückkehr des *Versicherten* gesorgt hat, hat sie das Recht, von diesem, falls vorhanden, das unbenutzte Flug- oder Bahnticket usw. zu verlangen.

Keine *Leistung* wird erbracht für:

- Krankheiten und Verletzungen, die nach Ansicht der Ärzte in der Krankenhauseinheit der Wohnsitzregion des *Versicherten* behandelt werden können, sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- Infektionskrankheiten, wenn der Transport einen Verstoß gegen nationale oder internationale Gesundheitsvorschriften darstellt.

Die *Leistung* ist auch dann nicht wirksam, wenn der *Versicherte* oder seine Familienangehörigen freiwillig gegen die Meinung des medizinischen Personals, das ihn behandelt, den Krankenhausaufenthalt beenden.

5. Rückkehr mit einem Familienangehörigen

Wenn die Rückkehr des *Versicherten* aus gesundheitlichen Gründen auf der Grundlage der Bedingungen der in Punkt 4 genannten *Leistung* „Rückkehr aus gesundheitlichen Gründen“ erfolgt und die Ärzte der *Organisationsstruktur* während der Reise keine medizinische Hilfe für notwendig halten, organisiert die *Organisationsstruktur* auch die Rückreise eines vor Ort anwesenden Familienangehörigen mit den für den *Versicherten* vorgesehenen Transportmitteln.

Die *Gesellschaft* trägt zu ihren Lasten die entsprechenden Kosten.

Die *Gesellschaft* hat das Recht, vom Familienangehörigen des *Versicherten*, falls er in deren Besitz ist, das unbenutzte Flug- oder Bahnticket oder andere Reisedokumente zu verlangen.

6. Reise eines Familienangehörigen

Wenn der *Versicherte* infolge eines *Unfalls* oder einer *plötzlichen Erkrankung* einen *Krankenhausaufenthalt* in einer *Gesundheits-einrichtung für einen Zeitraum von mehr als 10 (zehn) Tagen* benötigt, stellt die *Organisationsstruktur* einem in Italien wohnhaften Familienmitglied ein Flugticket (Economy Class) oder ein Bahnticket (erste Klasse) zur Verfügung, damit es den eingelieferten *Versicherten* erreichen kann.

Die *Gesellschaft* trägt zu ihren Lasten die entsprechenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von € 500,00 pro *Versicherungsfall*. Nicht vorgesehen sind die Aufenthaltskosten des Familienangehörigen.

7. Vorgezogene Rückkehr

Wenn der *Versicherte* vor dem von ihm geplanten Datum mit einem anderen als dem ursprünglich geplanten Transportmittel zurückkehren muss, weil ein Familienmitglied in Italien (Ehepartner, Sohn/Tochter, Bruder, Schwester, Elternteil, Schwiegervater, Schwiegersohn, Schwiegertochter) gestorben ist an dem Datum, das sich aus der vom Standesamt ausgestellten Todesurkunde ergibt, organisiert die *Organisationsstruktur* die Reise mit dem Zug in der ersten Klasse oder mit dem Flugzeug in der Economy Class an den Ort, an dem das Familienmitglied in Italien gestorben ist, oder an den Ort, an dem das verstorbene Familienmitglied begraben ist, wobei die *Gesellschaft* zu ihren Lasten die entsprechenden Kosten trägt. **Die *Leistung* gilt nicht, wenn der *Versicherte* der *Organisationsstruktur* keine angemessenen Informationen über die Versicherungsfälle mitteilt, die zur Anforderung der vorgezogenen Rückkehr geführt haben.**

Diese Informationen werden zu einem späteren Zeitpunkt auf Anforderung der *Organisationsstruktur* dokumentiert.

8. Begleitung von Minderjährigen

Wenn der *Versicherte*, der von Familienangehörigen im Alter von unter 18 *Jahren* begleitet wird, aufgrund eines *Unfalls* oder einer *plötzlichen Krankheit* nicht in der Lage ist, sich um sie zu kümmern, stellt die *Organisationsstruktur* einem in Italien lebenden Familienmitglied ein Flugticket (Economy Class) oder ein Bahnticket (erste Klasse) für die Hin- und Rückreise zur Verfügung, um ihm zu ermöglichen, die Minderjährigen zu erreichen, sie zu versorgen und sie an ihren Wohnort in Italien zurückzubringen, wobei die *Gesellschaft* zu ihren Lasten die entsprechenden Kosten trägt.

9. Bereitstellung eines Fahrers

Wenn der *Versicherte* aufgrund eines *Unfalls* oder einer *plötzlichen Krankheit* nicht in der Lage ist, sein Fahrzeug zu fahren und keiner der eventuellen Insassen ihn aus objektiven Gründen ersetzen kann, stellt die *Organisationsstruktur* einen Fahrer zur Verfügung, der das Fahrzeug und gegebenenfalls die Fahrzeuginsassen auf dem kürzesten Weg zum Ort des Wohnsitzes des *Versicherten* zurückbringt.

Die *Gesellschaft* trägt zu ihren Lasten das Honorar für den Fahrer, während der *Versicherte* **die Kosten für den Kraftstoff und eventuelle Mautgebühren (Autobahnen, Fähren usw.) übernimmt.**

Für den Fall, dass der *Versicherte* zurückkehrt, ohne auf den Fahrer zu warten, **muss er den Ort, an dem sich das abzuholende Fahrzeug befindet, angeben und die Schlüssel, den Fahrzeugschein, die Fahrberechtigung** und im Ausland die Grüne Karte vor Ort hinterlassen.

10. Leichenrückführung

Wenn der *Versicherte* durch einen *Unfall* oder eine *plötzliche Krankheit* gestorben ist, organisiert und führt die *Organisationsstruktur* den Transport der Leiche an den Bestattungsort in Italien durch, wobei die *Gesellschaft* zu ihren Lasten die Kosten **bis zu einem Höchstbetrag von 3.000,00 € pro *Versicherungsfall* trägt, auch wenn mehr als eine versicherte Person beteiligt ist.** Wenn diese *Leistung* mit einem Aufwand verbunden ist, der über dem Höchstbetrag (€ 3.000,00) liegt, wird die *Leistung* wirksam, wenn die *Organisationsstruktur* in Italien eine Bankgarantie oder andere von ihr als angemessen erachtete Garantien erhalten hat.

Ausgenommen sind die Kosten im Zusammenhang mit der Beerdigung und der Bergung der Leiche.

AUSSCHLÜSSE UND RECHTLICHE WIRKUNGEN IN BEZUG AUF DIE LEISTUNG HELVETIA ASSISTANCE

1. Die maximale Deckungsdauer für jeden ununterbrochenen Auslandsaufenthalt in jedem *Jahr* der Gültigkeit der *Police* beträgt 60 (sechzig) Tage.
2. Der *Versicherte* entbindet die *Ärzte*, die ihn nach oder auch vor dem *Versicherungsfall* untersucht oder behandelt haben, vom Berufsgeheimnis in Bezug auf die *Versicherungsfälle*, die Gegenstand dieser Leistung sind.
3. Alle *Leistungen* sind nicht geschuldet für *Versicherungsfälle*, die auf Folgendes zurückzuführen sind:
 - a) Krieg, Erdbeben, Wetterphänomenen mit Katastrophenmerkmalen, Phänomenen der Umwandlung des Atomkerns, Strahlungen infolge der künstlichen Beschleunigung von Atomteilchen;
 - b) Streiks, Revolutionen, Aufruhr oder Volksaufstände, Plünderungen, *Terrorismus* und Vandalismus;
 - c) Vorsatz des *Versicherten*;
 - d) Selbstmord oder versuchter Selbstmord;
 - e) *Unfälle* durch die Ausübung folgender Aktivitäten: Bergsteigen mit Felsklettern oder Zugang zu Gletschern, Skispringen, Wasserskispringen, Fahren und Benutzung von Bobschlitten, Luftsportarten im Allgemeinen, tollkühne Handlungen, Auto-, Motorboot- oder Motorradrennen und die entsprechenden Probe- und Trainingsfahrten, sowie alle *Unfälle*, die infolge beruflich ausgeübter Sportaktivitäten erlitten wurden;
 - f) *Geisteskrankheiten* und psychische Störungen im Allgemeinen, einschließlich der organischen Gehirnsyndrome, schizophrenen Störungen, paranoischen Störungen, manisch-depressiven Formen, Epilepsie und entsprechenden Folgen und Komplikationen;
 - g) *Krankheiten* durch Schwangerschaft nach dem sechsten *Monat* oder Wochenbett;
 - h) *Krankheiten*, die dem *Versicherten* bekannt waren, aber im *Anamnese-Fragebogen* nicht angegeben wurden, und die *bereits bestehenden Krankheiten*, die im *Anamnese-Fragebogen* angegeben wurden und von der *Gesellschaft* vom Versicherungsschutz ausgeschlossen wurden;
 - i) Alkoholmissbrauch, durch den Gebrauch oder *Missbrauch von Psychopharmaka* und *psychotropen Arzneimitteln* sowie auf durch den Gebrauch von Halluzinogenen und den nicht-therapeutischen Gebrauch von Betäubungsmitteln;
 - j) Organentnahme und/oder -transplantation;
4. Die *Leistungen* werden auch nicht in den Ländern erbracht, die sich in einem Zustand der erklärten oder faktischen Kriegsführung befinden.
5. Falls der *Versicherte* eine oder mehrere Leistungen nicht in Anspruch nimmt, ist die Gesellschaft nicht verpflichtet, zum Ausgleich alternative *Entschädigungen* zu zahlen oder alternative *Leistungen* welcher Art auch immer zu erbringen.
6. Alle Ansprüche gegenüber der *Gesellschaft* verjähren innerhalb von zwei *Jahren* ab dem Datum des *Versicherungsfalls*, der den Anspruch auf die *Leistung* in Übereinstimmung mit dem herbeigeführt hat, was in Art. 2952 des Zivilgesetzbuches vorgesehen ist.
7. Für alle Fälle, die hier nicht ausdrücklich geregelt sind, gelten die Bestimmungen des italienischen Rechts.
8. Der Anspruch auf die von der *Gesellschaft* geleistete Betreuung verfällt, falls der *Versicherte* nicht mit der *Organisationsstruktur* nicht Kontrakt aufgenommen hat beim Eintreten des *Versicherungsfalls*.
9. Die *Police* wird durch das italienische Recht geregelt. Alle Streitfälle in Bezug auf die *Police* unterliegen der italienischen Rechtsprechung.

Die *Organisationsstruktur* haftet nicht für Schäden, die durch einen ausgebliebenen oder verspäteten Eingriff ihrerseits aufgrund unvorhersehbarer Umstände oder höherer Gewalt entstehen.

INTERNATIONALE STATISTISCHE KLASSIFIKATION DER KRANKHEITEN UND VERWANDTER GESUNDHEITSPROBLEME - 10. REVISION - ICD-10 DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION
KAPITEL V PSYCHISCHE UND VERHALTENSTÖRUNGEN

Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen:

Demenz bei Alzheimer-Krankheit; Vaskuläre Demenz; Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; Nicht näher bezeichnete Demenz; Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt; Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt; Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit; Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns; Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen:

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol; Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide; Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide; Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika; Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain; Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein; Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene; Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak; Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel; Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen.

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen:

Schizophrenie; Schizotype Störung; Anhaltende wahnhaftige Störungen; Akute vorübergehende psychotische Störungen; Induzierte wahnhaftige Störung; Schizoaffektive Störungen; Sonstige nichtorganische psychotische Störungen; Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose.

Affektive Störungen:

Manische Episode; Bipolare affektive Störung; Depressive Episode; Rezidivierende depressive Störung; Anhaltende affektive Störungen; Andere affektive Störungen; Nicht näher bezeichnete affektive Störung.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen:

Phobische Störungen; Andere Angststörungen; Zwangsstörung; Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]; Somatoforme Störungen; Andere neurotische Störungen.

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren:

Essstörungen; Nichtorganische Schlafstörungen; Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit; Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert; Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen; Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen:

Spezifische Persönlichkeitsstörungen; Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen; Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns; Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle; Störungen der Geschlechtsidentität; Störungen der Sexualpräferenz; Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung; Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung.

Intelligenzminderung:

Leichte Intelligenzminderung; Mittelgradige Intelligenzminderung; Schwere Intelligenzminderung; Schwerste Intelligenzminderung; Andere Intelligenzminderung; Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung.

Entwicklungsstörungen:

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache; Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten; Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen; Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen; Tief greifende Entwicklungsstörungen; Andere Entwicklungsstörungen; Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung.

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend:

Hyperkinetische Störungen; Störungen des Sozialverhaltens; Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen; Emotionale Störungen des Kindesalters; Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; Ticstörungen; Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; Nicht näher bezeichnete psychische Störungen; Psychische Störung ohne nähere Angabe.

ARTIKEL DES ZIVILGESETZBUCHS, AUF DIE VERWIESEN WIRD

Art. 60 Andere Fälle der Todeserklärung

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

- 1) wenn jemand vermisst wird, der an kriegerischen Unternehmen, sei es als Angehöriger bewaffneter Verbände sei es in deren Gefolge, teilgenommen hat oder bei solchen irgendwie anwesend war, über ihn keine Nachrichten mehr eingegangen sind und seit Inkrafttreten des Friedensvertrages oder, in Ermangelung eines solchen, seit dem Ende des Jahres, in dem die Feindseligkeiten eingestellt wurden, drei Jahre verstrichen sind;
- 2) wenn jemand in feindliche Gefangenschaft geraten oder vom Feinde interniert oder sonst wie ins Ausland verbracht worden ist und seit Inkrafttreten des Friedensvertrages oder, in Ermangelung eines solchen, seit dem Ende des Jahres, in dem die Feindseligkeiten eingestellt wurden, drei Jahre verstrichen sind, ohne dass nach dem Inkrafttreten des Friedensvertrages oder nach der Einstellung der Feindseligkeiten Nachrichten über ihn eingegangen sind;
- 3) wenn jemand infolge eines Unglücksfalls vermisst wird und über ihn zwei Jahre seit dem Tage des Unglücksfalls oder, wenn dieser Tag nicht bekannt ist, zwei Jahre seit dem Ende des Monats oder, wenn auch der Monat nicht bekannt ist, seit dem Ende des Jahres, in dem sich der Unglücksfall ereignet hat, keine Nachrichten mehr eingegangen sind.

Art. 62 Bedingungen und Formen der Todeserklärung

Die Todeserklärung in den in Artikel 60 genannten Fällen kann beantragt werden, wenn es nicht möglich war, die gesetzlich erforderlichen Untersuchungen zum Ausfüllen der Sterbeurkunde durchzuführen.

Diese Erklärung wird durch eine gerichtliche Entscheidung auf Antrag des Staatsanwalts oder einer der in Artikel 50 genannten Personen abgegeben.

Ist das Gericht nicht der Ansicht, dass es den Antrag auf Todeserklärung annehmen kann, kann es die vermisste Person für vermisst erklären.

Art. 1891 Versicherung auf fremde Rechnung oder auf Rechnung desjenigen, den es angeht.

Wenn die Versicherung auf fremde Rechnung oder auf Rechnung desjenigen, den es angeht, abgeschlossen worden ist, hat der Versicherungsnehmer die aus dem Vertrag sich ergebenden Verpflichtungen mit Ausnahme derjenigen zu erfüllen, die naturgemäß nur vom Versicherten erfüllt werden können.

Die aus dem Vertrag sich ergebenden Rechte stehen dem Versicherten zu, und der Versicherungsnehmer kann sie, selbst wenn er im Besitz der Polizza ist, ohne ausdrückliche Einwilligung des Versicherten nicht in Anspruch nehmen.

Gegen den Versicherten können diejenigen Einwendungen erhoben werden, die auf Grund des Vertrages gegen den Versicherungsnehmer erhoben werden können.

Für den Ersatz der an den Versicherer gezahlten Prämien und der Vertragskosten steht dem Versicherungsnehmer an den vom Versicherer geschuldeten Beträgen ein Vorzugsrecht in demselben Rang zu, der für Forderungen aus Aufwendungen für Erhaltungsmaßnahmen gilt.

Art. 1892 Unrichtige Erklärungen und Verschweigung von Tatsachen aus Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

Unrichtige Erklärungen und die Verschweigung von Tatsachen durch den Versicherungsnehmer sind, wenn sie Umstände betreffen, hinsichtlich welcher der Versicherer bei Kenntnis des wahren Sachverhalts in den Vertrag überhaupt nicht oder nicht zu denselben Bedingungen eingewilligt hätte, ein Grund für die Nichtigerklärung des Vertrages, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt hat.

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

Der Versicherer hat Anrecht auf die Prämien für den Zeitabschnitt, in den der Zeitpunkt fällt, an dem er auf Nichtigerklärung geklagt hat, und jedenfalls auf die für das erste Jahr vereinbarte Prämie. Wenn der Schadensfall vor Ablauf der im vorhergehenden Absatz bezeichneten Frist eintritt, ist er zur Zahlung der Versicherungssumme nicht verpflichtet.

Wenn die Versicherung mehrere Personen oder mehrere Sachen betrifft, ist der Vertrag hinsichtlich jener Personen oder jener Sachen gültig, auf die sich die unrichtige Erklärung oder die Verschweigung von Tatsachen nicht bezieht.

Art. 1893 Unrichtige Erklärungen und Verschweigung von Tatsachen aus Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

Wenn der Versicherungsnehmer ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit gehandelt hat, sind die unrichtigen Erklärungen und die Verschweigung von Tatsachen kein Grund für eine Nichtigerklärung des Vertrages, jedoch kann der Versicherer von diesem Vertrag durch eine Erklärung zurücktreten, die er dem Versicherten gegenüber innerhalb von drei Monaten ab jenem Tag abzugeben hat, an dem er von der Unrichtigkeit der Erklärung oder der Verschweigung einer Tatsache Kenntnis erhalten hat.

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

Art. 1894 Versicherung im Namen oder auf Rechnung Dritter.

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

Art. 1897 Verringerung des Risikos.

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

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

Art. 1898 Erhöhung des Risikos.

Der Versicherungsnehmer hat die Pflicht, den Versicherer sofort von Änderungen zu benachrichtigen, die das Risiko derart erhöhen, dass, wenn der neue Sachverhalt im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses schon bestanden hätte und dem Versicherer bekannt gewesen wäre, der Versicherer einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt oder ihr nur gegen eine höhere Prämie zugestimmt hätte.

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

Der Rücktritt des Versicherers hat sofortige Wirkung, wenn die Risikoerhöhung so beschaffen ist, dass der Versicherer einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt hätte; er erlangt seine Wirkung nach fünfzehn Tagen, wenn die Risikoerhöhung so beschaffen ist, dass für die Versicherung eine höhere Prämie verlangt worden wäre.

Dem Versicherer stehen die Prämien für den Versicherungsabschnitt zu, in den der Zeitpunkt der Mitteilung der Rücktrittserklärung fällt.

Wenn der Schadensfall vor Ablauf der Fristen für die Mitteilung und die Wirksamkeit des Rücktritts eintritt, haftet der Versicherer für ihn nicht, wenn die Erhöhung des Risikos so beschaffen ist, dass er, sofern der neue Sachverhalt im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hätte, einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt hätte; andernfalls wird der geschuldete Betrag unter Berücksichtigung des Verhältnisses zwischen der im Vertrag festgesetzten Prämie und derjenigen, die festgesetzt worden wäre, wenn das höhere Risiko im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hätte, herabgesetzt.

Art. 1899 Dauer der Versicherung.

Die Versicherung hat Wirkung ab vierundzwanzig Uhr des Tages, an dem der Vertrag abgeschlossen worden ist, bis vierundzwanzig Uhr des letzten Tages der im Vertrag festgesetzten Geltungsdauer. Alternativ zu einer einjährigen Abdeckung kann der Versicherer eine mehrjährige Abdeckung mit einer Prämienherabsetzung im Vergleich zu der Prämie anbieten, die für dieselbe Abdeckung im einjährigen Vertrag vorgesehen ist. In diesem Fall und wenn der Vertrag länger als fünf Jahre dauert, kann der Versicherte nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums unter Einhaltung einer sechzig-tägigen Kündigungsfrist jeweils zum Ende der jährlichen Geltungsdauer vom Vertrag zurücktreten. Der Vertrag kann einmal oder mehrmals stillschweigend verlängert werden, doch gilt jede stillschweigende Verlängerung für nicht mehr als zwei Jahre. Die Vorschriften dieses Artikels finden auf Lebensversicherungen keine Anwendung.

Art. 1901 Nichtzahlung der Prämie.

Wenn der Versicherungsnehmer die Prämie oder die erste laut Vertrag festgesetzte Prämienrate nicht bezahlt, bleibt die Versicherung bis vierundzwanzig Uhr des Tages ausgesetzt, an dem der Versicherungsnehmer seine Schuld bezahlt.

Wenn der Versicherungsnehmer die weiteren Prämien zu den vereinbarten Fälligkeiten nicht bezahlt, bleibt die Versicherung ab vierundzwanzig Uhr des fünfzehnten auf die Fälligkeit folgenden Tages ausgesetzt.

In den in den vorhergehenden beiden Absätzen vorgesehenen Fällen ist der Vertrag kraft Gesetzes aufgehoben, wenn der Versicherer nicht innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Fälligkeit der Prämie oder der Rate die Zahlung gerichtlich betreibt; der Versicherer hat lediglich Anspruch auf Zahlung der Prämie für den laufenden Versicherungsabschnitt und auf den Ersatz der Kosten. Die vorliegende Bestimmung gilt nicht für Lebensversicherungen.

Art. 1910 Versicherung bei verschiedenen Versicherern

Wenn für ein und dasselbe Risiko gesondert mehrere Versicherungsverträge bei verschiedenen Versicherern abgeschlossen worden sind, hat der Versicherte jeden Versicherer über alle Versicherungsverhältnisse zu benachrichtigen.

Wenn der Versicherte die Benachrichtigung absichtlich unterlässt, sind die Versicherer nicht zur Zahlung der Entschädigung verpflichtet.

Bei Eintritt eines Schadensfalles muss der Versicherte alle Versicherer gemäß Artikel 1913 benachrichtigen und jedem von ihnen die Namen der übrigen bekanntgeben. Der Versicherte kann von jedem der Versicherer die aus dem betreffenden Vertrag geschuldete Entschädigung fordern, solange die insgesamt in Empfang genommenen Beträge den Gesamtbetrag des Schadens nicht übersteigen.

Dem Versicherer, der gezahlt hat, steht gegenüber den anderen ein Rückgriffsrecht zur Aufteilung in dem Verhältnis zu, das den gemäß den einzelnen Verträgen geschuldeten Entschädigungen entspricht. Wenn ein Versicherer zahlungsunfähig ist, wird sein Anteil unter den übrigen Versicherern aufgeteilt.

Art. 1913 Benachrichtigung des Versicherers bei einem Schadensfall.

Der Versicherte hat den Versicherer oder den zum Abschluss des Vertrages ermächtigten Agenten von einem Schadensfall innerhalb von drei Tagen ab jenem Tag zu benachrichtigen, an dem sich der Schadensfall ereignet hat oder der Versicherte von demselben Kenntnis erlangt hat. Die Benachrichtigung ist nicht notwendig, wenn der Versicherer oder der zum Abschluss des Vertrages ermächtigte Agent innerhalb der bezeichneten Frist an Rettungsmaßnahmen oder an Maßnahmen zur Ermittlung des Schadensfalls teilnimmt.

Bei Versicherungen gegen Viehsterben hat die Benachrichtigung vorbehaltlich einer gegenteiligen Abmachung innerhalb von vierundzwanzig Stunden zu erfolgen.

Art. 1915 Nichterfüllung der Pflicht zur Benachrichtigung oder Rettung.

Der Versicherte, der der Verpflichtung zur Benachrichtigung oder zur Rettung vorsätzlich nicht nachkommt, verliert das Recht auf die Entschädigung.

Wenn der Versicherte es fahrlässig unterlässt, diese Pflicht zu erfüllen, hat der Versicherer das Recht, die Entschädigung im Ausmaß des erlittenen Nachteils zu kürzen.

Art. 1916 Recht des Versicherers auf Einsetzung.

Der Versicherer, der eine Entschädigung gezahlt hat, wird bis zum Betrag, der dieser entspricht, in die Rechte des Versicherten gegenüber den haftenden Dritten eingesetzt.

Außer bei Vorsatz erfolgt eine Einsetzung nicht, wenn der Schaden durch Kinder, Pflegekinder, Vorfahren, sonstige Verwandte oder durch Schwägerte des Versicherten, die mit ihm ständig im selben Haushalt leben, oder durch Hausangestellte verursacht worden ist.

Der Versicherte haftet dem Versicherer gegenüber für die Beeinträchtigung des Rechtes auf Einsetzung.

Die Bestimmungen dieses Artikels gelten auch für Versicherungen gegen Arbeitsunfälle und gegen zufällige Unglücksfälle.

Art. 2952 Verjährung von Ansprüchen aus einem Versicherungsverhältnis.

Der Anspruch auf Zahlung der Prämienraten verjährt in einem Jahr ab den jeweiligen Fälligkeiten.

Die übrigen aus dem Versicherungsvertrag herrührenden Ansprüche verjähren in zwei Jahren ab dem Tag, an dem sich der Vorfall, aus dem sich der Anspruch ergibt, ereignet hat.

Bei der Haftpflichtversicherung beginnt die Frist ab dem Tag zu laufen, an dem der Dritte vom Versicherten den Schadenersatz verlangt oder gegen ihn Klage erhoben hat.

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

Die Bestimmung des vorhergehenden Absatzes findet auch auf den Klageanspruch Anwendung, der dem Rückversicherten gegenüber dem Rückversicherer wegen Zahlung der Entschädigung zusteht.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Generalvertretung und Direktion für Italien

Via G.B. Cassinis 21 - 20139 Mailand

Tel. 02 5351 1 (20 Leitungen)

Fax 02 5520360 – 5351461

www.helvetia.it – Zertifizierte E-Mail: helvetia@actaliscertymail.it

Gesellschaftskapital Schweizer Franken 77.480.000 vollst. eingezahlt

Nr. der Eintragung beim Handelsregister Mailand,

Steuernr. und MwSt.-Nr. 01462690155 – Reg. der Wirtschafts- und Verwaltungsdaten Nr. 370476

Zur Ausübung der Versicherungstätigkeit zugelassenes Unternehmen laut Anerkennungsdekret des Min. für Ind.,

Handel u. Handw. vom 26.11.1984, veröffentlicht im Suppl. Nr. 2

Amtsblatt Nr. 357 vom 31.12.1984 Maßn. ISVAP Nr. 00757

V. 19.12.1997, veröffentl. im Amtsblatt Nr. 298 v. 23.12.1997

Eintr. Register der Versicherungsunternehmen Nr. 2.00002

Eintr. Verzeichnis der Versicherungskonzerne Nr. 031