

UNFALLVERSICHERUNG DES FAHRERS

Vorvertragliches Informationsdokument zu Schadenversicherungsverträgen

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

Produkt: Helvetia Guida Sicura

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

Um was für eine Art von Versicherung handelt es sich?

Helvetia Guida Sicura bietet Ihnen Schutz bei Unfällen, die je nach der gewählten Deckungsform den Fahrer und/oder die Insassen betreffen können, wenn sie sich im Fahrzeug befinden, oder beim Ein- oder Aussteigen aus dem Fahrzeug, beim Be- oder Entladen von Gepäck oder bei der Durchführung von Kontrollen und/oder Reparaturen während der Fahrt. Dazu gehören auch Unfälle, die auf Unwohlsein oder grobe Fahrlässigkeit des Fahrers zurückzuführen sind.

Sie können sich entscheiden, den Fahrer in einem Fahrzeug zu versichern, das durch die Angabe des Kennzeichens identifiziert ist, oder den identifizierten Fahrer in einem beliebigen Fahrzeug (wobei der Fahrer mit dem Versicherungsnehmer übereinstimmt), oder den Fahrer und die Passagiere in einem identifizierten Fahrzeug zu versichern.



Was ist versichert?

✓ Von der Unfallversicherung geleistete Abdeckungen:

- **Tod infolge eines Unfalls.** Beim Tod des Versicherten zahlt die Gesellschaft den in der Police angegebenen versicherten Betrag an die benannten Erben aus. Die Entschädigung für den Todesfall kann nicht mit der Entschädigung für eine dauerhafte Invalidität kumuliert werden.
- **Dauerhafte Invalidität aufgrund eines Unfalls.** Die Gesellschaft zahlt eine Entschädigung im Fall einer dauerhaften vollständigen oder teilweisen Invalidität aufgrund eines Unfalls. Die Entschädigung ist auch dann fällig, wenn die Invalidität nach Ablauf der Police, in jedem Fall aber innerhalb von zwei Jahren nach dem Tag des gemeldeten Unfalls eintritt.
- **Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls (falls vereinbart).** Die Gesellschaft zahlt für jeden Aufenthaltstag einen vereinbarten Tagesbetrag, nachdem der Versicherte aufgrund eines Unfalls in eine Gesundheitseinrichtung eingeliefert wurde.
- **Erstattung der Unfallbehandlungskosten (falls vereinbart).** Die Gesellschaft erstattet - bis zur Höhe der Versicherungssumme - die nachgewiesenen Kosten, die während des Zeitraums, in dem der Versicherte durch einen Unfall verletzt war (z.B. Kosten für Medikamente, physiotherapeutische oder rehabilitative Behandlungen), entstanden sind.

Zusätzlich zu den oben genannten Garantien können Sie auch die von Europ Assistance S.p.A. bereitgestellte und rund um die Uhr aktive **Betreuungsgarantie** hinzufügen, die Ihnen die folgenden Dienstleistungen bietet:

1. Ärztliche Beratung
2. Entsenden eines Arztes für Allgemeinmedizin in Notfällen in Italien;
3. Entsenden einer Pflegekraft zum Wohnsitz;
4. Entsenden eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz;
5. Krankenwagentransport in Italien;
6. Transport im Krankenwagen/Taxi nach der Entlassung;
7. Überführung in ein ausgerüstetes Krankenhaus;
8. Rückkehr vom ausgerüsteten Krankenhaus;
9. Fachärztliche Gesundheitsinformationen;

Wenn Sie sich im Ausland befinden, sind außerdem die folgenden Leistungen garantiert:

1. Verfügbarkeit eines Dolmetschers;
2. Entsendung dringender Arzneimittel;
3. Vorauszahlung der Arztkosten;
4. Rückkehr aus gesundheitlichen Gründen
5. Reise oder Rückkehr eines Familienangehörigen/mit einem Familienangehörigen;
6. Begleitung von Minderjährigen
7. Bereitstellung eines Fahrers;
8. Leichenrückführung

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



Was ist nicht versichert?

- ✗ **Unfallversicherung:** nicht versicherbar sind Personen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses an einer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen (Alkohol - Betäubungsmittel - Halluzinogene - Psychopharmaka und psychotrope Arzneimittel, die nicht zu therapeutischen Zwecken eingenommen werden) leiden oder von HIV-Infektion betroffen sind;
- ✗ **Helvetia Assistance** Die Garantie gilt nicht für andere Personen als den Versicherten und wenn keine tatsächlichen Notfallsituationen vorliegen. Es werden nicht mehr als drei Leistungen pro Versicherungsart und pro Versicherungsjahr gewährt.



Gibt es Deckungsgrenzen?

Ausgeschlossen sind die Unfälle:

- ! die eingetreten sind, als der Fahrer betrunken war, oder infolge des Drogenkonsums oder des Gebrauchs oder Missbrauchs von Psychopharmaka;
- ! die aufgrund von Geisteskrankheiten und psychischen Störungen im Allgemeinen eingetreten sind und/oder verursacht wurden;
- ! die aufgrund der Teilnahme an Rennen oder Geschwindigkeitswettbewerben sowie an den entsprechenden Proben eingetreten sind, es sei denn, es handelt sich um geregelte Wettbewerbe;
- ! die verursacht wurden durch Hernien oder Folgen von Belastungen im Allgemeinen, Infarkte;
- ! die verursacht wurden durch erklärten oder nicht erklärten Krieg, Bürgerkrieg;
- ! die verursacht wurden durch Aufstände, soziale Unruhen;
- ! die verursacht wurden durch eigene Provokationen oder kriminelle Handlungen;
- ! die verursacht wurden durch Naturkatastrophen;
- ! Die hervorgerufen wurden durch radioaktive, biologische und chemische Substanzen, wenn sie in Fällen von Krieg oder Aufständen verwendet werden.
- ! Mit Bezug auf die Versicherung **Betreuung** sind die Leistungen nicht geschuldet für Unfälle, die sich während und infolge von Auto- und Motorradrennen und damit verbundenen Probe- oder Trainingsfahrten, Vorsatz des Versicherten, Missbrauch von Arzneimitteln, Alkohol oder Drogen und Halluzinogenen, Wetterphänomenen, Kriegen oder Revolutionen ereignen.



Wo gilt die Abdeckung?

- ✓ Die Unfallversicherung gilt auf der ganzen Welt;



Welche Pflichten habe ich?

Sie haben die Pflicht:

- 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 Versicherungspolicen abgeschlossen haben;
- der Gesellschaft per Einschreiben eventuelle Änderungen mitzuteilen, die eine Verschlechterung des Risikos mit sich bringen können.

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 ab 24.00 Uhr des in der Police angegebenen Tages, wenn Sie die Prämie bezahlt haben, 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 wieder aufgenommen.



Wie kann ich die Police kündigen?

Da die Police nur eine Laufzeit von einem Jahr hat (plus einer eventuellen anfänglichen Rate) ohne stillschweigende Verlängerung, sind Sie bei Ablauf nicht verpflichtet, der Gesellschaft etwas mitzuteilen, wenn Sie den Versicherungsschutz nicht verlängern wollen.

Ein Rücktritt ist auch nach jedem Versicherungsfall bis zum 60. Tag nach der Zahlung oder der Verweigerung der Zahlung selbst möglich. In jedem Fall erstattet 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 Ablauf der Versicherungszeit, für die die Prämie gezahlt wurde.

Unfallversicherung des Fahrers

Zusätzliches vorvertragliches Informationsdokument zu
Schadenversicherungsprodukten

(Zusätzliches Informationsdokument Schadensversicherung)

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



Helvetia Guida Sicura

Datum: Dienstag, 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 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 Solvenzkenzahlen, 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/investor-relations/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 Formen der Versicherungsabdeckung vor:

Garantieform A/C/1: Fahrer in einem identifizierten Fahrzeug, für individuelle Beträge;

Garantieform A/D/1: Identifizierter Fahrer (nur der Versicherungsnehmer) in einem beliebigen Fahrzeug (ausgenommen Motorräder und Kleinkrafträder);

Garantieform B/C/1: Fahrer und Insassen in einem identifizierten Fahrzeug für individuelle Beträge;

Garantieform B/C/2: Fahrer und Insassen in einem identifizierten Fahrzeug für Gesamtbeträge pro Fahrzeug.

Die Police sieht folgende Abdeckungen vor:

UNFÄLLE

✓ **TOD DURCH UNFALL** (obligatorische Garantie)

Führt der Unfall zum Tod, zahlt die Gesellschaft den in der Police vereinbarten versicherten Betrag zu gleichen Teilen an die Erben des Versicherten.

Todeserklärung. Ist der Versicherte durch einen gemäß der Police entschädigungsfähigen Unfall verschwunden und hat die Justizbehörde seinen mutmaßlichen Tod erklärt und wurde dieses Ereignis in das Zivilstandsregister eingetragen, so hat die Gesellschaft den Anspruchsberechtigten die für den Todesfall versicherte Summe zu zahlen.

✓ **DAUERHAFTE INVALIDITÄT** (obligatorische Garantie)

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 angezeigten Unfall und in einem ursächlichen Zusammenhang damit stehend.

Die Gesellschaft zahlt eine Entschädigung im Fall einer dauerhaften vollständigen oder teilweisen Invalidität aufgrund eines Unfalls. Insbesondere:

- wenn der Unfall zu einer vollständigen dauerhaften und endgültigen Invalidität führt, zahlt die Gesellschaft den gesamten versicherten Betrag;
- wenn der Unfall zu einer endgültigen und dauerhaften Teilinvalidität führt, zahlt die Gesellschaft eine Entschädigung für die dauerhafte Invalidität, die anhand des versicherten Betrag im Verhältnis zur festgestellten Invalidität berechnet wird, wobei die Feststellung nach den Kriterien und Prozentsätzen erfolgt, die in der „Tabelle der Bewertungen des prozentualen Grades der dauerhaften Invalidität“ (ex INAIL-Tabelle, Anhang 1 zum Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30. Juni 1965) angegeben sind;
- wenn der Unfall zu einer endgültigen dauerhaften Invalidität führt, die nicht anhand der in der obigen Tabelle angegebenen Werte ermittelt werden kann, zahlt die Gesellschaft die Entschädigung unter Zugrundelegung der nachstehend dargelegten Kriterien:
 - o die oben genannten Prozentsätze werden im Fall einer Behinderung anstelle eines anatomischen oder funktionellen Verlustes eines Körperteiles oder Organs und bei anderen als den in der vorstehenden Tabelle genannten Beeinträchtigungen im Verhältnis zur verlorenen Funktion reduziert;
 - o Im Falle einer Beeinträchtigung eines oder mehrerer anatomischer und/oder artikulärer Bereiche eines einzelnen Körperteiles werden Einzeluntersuchungen durchgeführt, deren Summe den Wert, der dem Totalverlust des Körperteiles selbst entspricht, nicht überschreiten darf;
 - o 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, einer Arbeit unabhängig von seinem Beruf nachzugehen.

Der anatomische oder funktionelle Verlust mehrerer Organe, Gliedmaßen 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%.

Bei nachgewiesener Linkshändigkeit gelten die für das rechte obere Körperteil festgestellten Prozentsätze der Verminderung der Arbeitsfähigkeit für das linke Glied und die des linken Körperteiles für das rechte.

In Ermangelung anderer Angaben wird die Garantie für dauerhafte Invalidität aufgrund eines Unfalls unter Anwendung des Selbstbehalts geleistet, dessen Beträge wie folgt gestaffelt sind:

- 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 des versicherten Betrags in Höhe von über € 200.000,00 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.

✓ **TAGEGELD BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT AUFGRUND EINES UNFALLS** (fakultative Garantie)

Falls vereinbart, zahlt die Gesellschaft für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes nach der Aufnahme der versicherten Person in ein Krankenhaus oder eine Gesundheitseinrichtung infolge eines Unfalls, der nach den Bestimmungen der Police entschädigungsfähig ist, ein Tagesgeld.

✓ **ERSTATTUNG DER UNFALLBEHANDLUNGSKOSTEN** (fakultative Garantie)

Die Gesellschaft erstattet dem Versicherten bis zur Höhe des in der Police angegebenen versicherten Betrags im Fall eines Unfalls, der gemäß der Police entschädigungsfähig ist:

- a) die Kosten für die vom Arzt verordneten Untersuchungen und Diagnostiktests;
- b) die Kosten für Arzthonorare und im Falle einer Operation für das OP-Team, die OP-Gebühren und das Operationsmaterial, einschließlich der während der Operation angewandten Endoprothesen;
- c) die Kosten für Behandlung, Medikamente, Physiotherapie, Rehabilitation und Thermalkuren;
- d) die Ausgaben für die Klinikkosten im Fall eines Krankenhausaufenthaltes;
- e) die Kosten der mit geeigneten Transportmitteln erfolgten Überführung zur Gesundheitseinrichtung oder zum Ambulatorium oder von einer Gesundheitseinrichtung oder einem Ambulatorium zum anderen und anschließend zum Wohnsitz des Versicherten.

✓ **HELVETIA ASSISTANCE**

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

RUND UM DIE UHR ERBRACHTE 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

RUND UM DIE UHR ERBRACHTE 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

Absoluter Selbstbehalt von 5% für dauerhafte vollständige Invalidität

Wenn gewählt, wird keine Entschädigung für eine dauerhafte Invalidität in Höhe von 5% oder weniger fällig. Überschreitet hingegen die dauerhafte Invalidität diesen Prozentsatz, wird die Entschädigung nur für den darüber liegenden Teil gezahlt.

OPTIONEN GEGEN ZAHLUNG EINER ZUSATZPRÄMIE	
Gipsverbände	Die Garantie wird um 50% des Betrages für das Krankenhaustagegeld auf die Zeit der unfallbedingten Ruhigstellung mit Gipsverband erweitert.

 Was ist NICHT versichert?	
Ausgeschlossene Risiken	Es gibt keine weiteren Informationen als die im Informationsdokument Schadensfälle angegebenen.

 Gibt es Deckungsgrenzen?	
--	--

! UNFÄLLE

! Zusätzlich zu dem, was im Informationsdokument wiedergegeben ist, sind auf jeden Fall Unfälle ausgeschlossen:

- die auf organische Hirnsyndrome, schizophrene Störungen, paranoide Störungen, manisch-depressive Formen, Epilepsie und deren Folgen und Komplikationen zurückzuführen sind;
- die auf Meuterei, Volksaufstände, Sabotage und alle damit gleichwertigen Ereignisse zurückzuführen sind;
- die auf 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.) zurückzuführen sind;
- für Personen, die außerhalb der Kabine eines Lastkraftwagens, Dreirads oder Lieferwagens befördert werden;
- wenn der Fahrer keine Fahrerlaubnis nach den geltenden Bestimmungen hat;
- wenn der Transport nicht in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften, den Angaben auf dem Kfz-Schein und der in der Police angegebenen Verwendung durchgeführt wird;
- für Personen, die das Fahrzeug willkürlich oder gegen den Willen derjenigen benutzen, die rechtmäßig darüber verfügen;
- für die Abteilungen der Streitkräfte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit.

Die Versicherung wird reduziert, wenn sich zum Zeitpunkt des Unfalls mehr Personen im Fahrzeug befinden (einschließlich des Fahrers) als die Anzahl der gemäß Kfz-Schein zugelassenen Plätze. In diesem Fall richtet sich die Reduzierung der Versicherungsleistungen nach dem Verhältnis zwischen der Anzahl der zugelassenen Plätze und der Anzahl der tatsächlich beförderten Personen.

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>Unfälle</i>			
Dauerhafte Invalidität aufgrund eines Unfalls	-	-	Variabel aufgrund der gewählten
Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls	100 Tage pro Versicherungsjahr	-	-
Erstattung der Unfallbehandlungskosten - Kosten für Behandlung, Medikamente, Physiotherapie, Rehabilitation und Thermalkuren sowie für die Überführung mit einem geeigneten medizinischen Transportmittel.	10% des versicherten Betrags	-	-
Gipsverbände	50% des versicherten Betrags für das Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt. Maximal 100 Tage pro Ereignis und Versicherungsjahr.	-	-

! HELVETIA ASSISTANCE

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.

Zusätzlich zu dem, was im Informationsdokument wiedergegeben ist, sind auf jeden Fall von der Garantie Versicherungsfälle ausgeschlossen, die von folgenden Umständen verursacht werden oder von ihnen abhängen:

- Erdbeben, Wetterphänomene mit Katastrophenmerkmalen oder Phänomene der Umwandlung des Atomkerns, Strahlungen infolge der künstlichen Beschleunigung von Atomteilchen, nukleare Kernspaltung und -fusion;

- Streiks, Aufruhr oder Volksaufstände, Plünderungen, Terrorismus und Vandalismus;
- 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, 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 und entsprechenden Folgen und Komplikationen; Krankheiten durch Schwangerschaft nach dem 6. Monat oder Wochenbett; vor dem Abschluss der Police bestehende Vorerkrankungen, die zu Behandlungen, Krankenhausaufenthalten oder Diagnosen geführt haben;
- 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 etwaigen Unterdeckungen zu den einzelnen in diesem Abschnitt angebotenen Abdeckungen aufgeführt:

Garantie	Entschädigungsgrenze	Selbstbehalt	Unterdeckung
<i>Betreuung</i>			
Unabhängig vom Aufenthaltsort des Versicherten geleistete Garantien			
Entsenden einer Pflegekraft zum Wohnsitz	Bis zu 100,00 Euro pro Versicherungsfall	-	-
Entsenden eines Physiotherapeuten zum Wohnsitz	Bis zu 200,00 Euro pro Versicherungsfall	-	-
Krankenwagentransport in Italien	maximal 100 km	-	-
Transport im Krankenwagen oder im Taxi in Italien nach der Entlassung	bis zu 100,00 Euro pro Versicherungsfall	-	-
Geleistete Garantien (mehr als 50 km von der Wohnsitzgemeinde entfernt)			
Dolmetscher im Ausland	Bis zu 8 Arbeitsstunden pro Versicherungsfall	-	-
Vorauszahlung der Arztkosten	bis zu 250,00 Euro pro Versicherungsfall	-	-
Reise eines Familienangehörigen	bis zu 250,00 Euro pro Versicherungsfall	-	-
Leichenrückführung	bis zu 3.000 Euro pro Versicherungsfall	-	-



Welche Pflichten habe ich? Welche Pflichten hat die Gesellschaft?

Was tun im Versicherungsfall?	<p>Anzeige eines Versicherungsfalls:</p> <p>Unfall</p> <p>Bei einem Versicherungsfall müssen der Versicherungsnehmer/Versicherte oder seine Anspruchsberechtigten:</p> <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, deren Vorschriften befolgen und Handlungen vermeiden, die die Behandlung und die Fähigkeit behindern könnten, die Arbeit wieder aufzunehmen; • dies dem Vermittler, dem 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; • 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 „Erstattung der Unfallbehandlungskosten“ quittiert wurden;
--------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • 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). <p>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.</p> <p>Die Bewertung der Folgen einer dauerhaften Invalidität muss in Italien durchgeführt werden.</p> <p>Die Nichterfüllung dieser Pflichten kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Rechts auf Entschädigung führen.</p> <p>Im Falle des Todes des Versicherten durch einen Unfall müssen die in der Police genannten Anspruchsberechtigten oder, falls dies nicht der Fall ist, die legitimen Erben und/oder Testamentsvollstrecker vorweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Die Bewertung der Folgen einer dauerhaften Invalidität muss in Italien durchgeführt werden.</p> <p>Helvetia Assistance</p> <p>Um die vorgesehenen Leistungen nutzen zu können, muss sich der Versicherte oder wer auch immer an seiner Stelle direkt an die Organisationsstruktur der Europ Assistance Italia S.p.A. wenden, die rund um die Uhr in Betrieb ist, und zwar auf folgende Weise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • von Italien aus über die gebührenfreie grüne Nummer 800.01.69.10; • vom Ausland über die Telefonnummer 02.58.28.61.71; • per Einschreiben an: Europ Assistance Italia S.p.A. Piazza Trento 8, 20135 Mailand.; • per Fax an die Nummer 02.58.47.72.01. <p>Auf jeden Fall muss der Eingriff immer bei der Organisationsstruktur angefordert werden, die direkt eingreifen wird oder ausdrücklich deren Durchführung genehmigen muss.</p> <p>Direkte Betreuung/Betreuung aufgrund einer Vereinbarung: nicht vorgesehen.</p> <p>Betreuung durch andere Unternehmen: 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>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>Erklärungen zu Risikoumständen</p>	<p>Die ungenauen Erklärungen des Versicherten oder den Versicherungsnehmers zu den Umständen oder sein Verschweigen von Umständen, die die Bewertung des Risikos beeinflussen, können zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung oder die Beendigung der Versicherung führen.</p>
<p>Pflichten der Gesellschaft</p>	<p>Die Gesellschaft wird das Ergebnis der Bewertung des Versicherungsfalls innerhalb von 90 Tagen nach Erhalt der vollständigen Unterlagen mitteilen und die Zahlung der Entschädigung innerhalb von 30 Tagen nach Unterzeichnung der Empfangsbestätigung veranlassen.</p>



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. Es ist die Möglichkeit vorgesehen, den fälligen Betrag in halbjährlichen Raten zu zahlen, indem die Jahresprämie um 3% erhöht wird.</p> <p>Die gezahlte Versicherungsprämie umfasst die nach der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Steuern.</p> <p>Indexierung: Die versicherten Beträge und die Prämie unterliegen keiner Anpassung.</p>
Rückerstattung	<p>Bei Rücktritt im Versicherungsfall erstattet die Gesellschaft dem Vertragspartner innerhalb von 30 Tagen nach ihrer Beendigung den Teil der Prämie abzüglich der bereits gezahlten Steuer, der sich auf den Zeitraum zwischen der Beendigung des Versicherung und dem Ablauf der Versicherungszeit bezieht, für den die Prämie gezahlt wurde.</p> <p>Wird das Fahrzeug verkauft und vorübergehend nicht ersetzt, wird die Police auf Antrag des Versicherungsnehmers für einen Zeitraum von maximal 6 Monaten ausgesetzt. Nach Ablauf dieser Zeit endet die Police und die Gesellschaft erstattet innerhalb von 30 Tagen 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.</p> <p>Wird das Fahrzeug verkauft oder verschrottet und nicht ersetzt, endet die Police und die Gesellschaft erstattet dem Versicherten innerhalb von 30 Tagen nach ihrer Beendigung den Teil der Prämie abzüglich der bereits gezahlten Steuer, der sich auf den Zeitraum zwischen der Beendigung des Vertrags und dem Ablauf der Versicherungszeit bezieht, für den die Prämie gezahlt wurde.</p>



Wann beginnt und wann endet die Abdeckung?

Dauer	<p>Der Vertrag hat eine Laufzeit von einem Jahr plus den eventuellen Bruchteil eines Jahres (d.h. der Anfangszeitraum).</p> <p>Der Vertrag sieht keine stillschweigende Verlängerung vor; er endet daher automatisch mit dem natürlichen Ablauf, ohne dass die Parteien verpflichtet sind zu kündigen.</p> <p>In jedem Fall wird die Gesellschaft weiterhin den laufenden Versicherungsschutz bis zum 15 Tag nach dem vertraglichen Verfallsdatum leisten.</p>
Aussetzung	<p>Wird ein Fahrzeug verkauft und vorübergehend nicht ersetzt, hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Garantien in der Police für einen Zeitraum von maximal 6 Monaten auszusetzen, danach endet die Police.</p>



Wie kann ich die Police kündigen?

Widerruf nach dem Abschluss	<p>Der Vertrag sieht kein Widerrufsrecht nach dem Abschluss vor.</p>
Auflösung	<p>Außer dem, was im Informationsdokument wiedergegeben ist, kann der Vertragspartner bei einem Versicherungsfall und bis zum 60. Tag ab der Zahlung oder der Ablehnung der Entschädigung vom Vertrag zurücktreten, indem er dies der Gesellschaft per Einschreiben mitteilt. Die Versicherungspolice gilt bei der ersten Jahresfälligkeit als annulliert oder, wenn die Mitteilung weniger als 60 Tage vor dieser Fälligkeit erfolgt ist, bei der nächsten Jahresfälligkeit.</p>



Welche Kosten muss ich tragen?

Der durchschnittliche Anteil der an Vermittler gezahlten Provisionen beträgt 25,93%.



An wen wendet sich das Produkt?

Das Produkt richtet sich an eine Art von Kunden, die aus natürlichen Personen bestehen, die sich und die beförderten Personen vor Unfällen schützen wollen, die sich im Verkehr oder beim Ein- und Aussteigen in das bzw. aus dem Fahrzeug, beim Be- und Entladen von Gepäck oder bei der Kontrolle oder Behebung von Störungen während der Fahrt ereignen.

WIE KANN ICH BESCHWERDEN EINREICHEN UND STREITIGKEITEN LÖSEN?

An die Versicherungsgesellschaft	<p>Beschwerden im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis oder der Abwicklung der Versicherungsfälle sind schriftlich an die 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.</p> <p>Die Gesellschaft ist auch für Beschwerden über Rechtssubjekte verantwortlich, die in den operativen Zyklus einbezogen sind, einschließlich der Agenten und deren Beschäftigte oder Mitarbeiter.</p> <p>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) betrifft.</p>
An IVASS	<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. (Angaben, falls obligatorisch):</p>	
Mediation (obligatorisch)	<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 9.8.201)</p>
Verhandlungsübereinkunft mit Rechtsbeistand	<p>Auf Ersuchen ihres Anwalts an die Gesellschaft.</p>
Andere alternative Systeme zur Streitbeilegung	<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 einen dritten Sachverständigen, den Schiedsrichter, zu benennen, 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 http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, beantragen. - 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

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**

Versicherungspolice Verkehrsunfälle

Helvetia Guida Sicura

Versicherungsbedingungen

Vodr. H061 Ed. 01/2019

Kraft dessen, was im zweiten Absatz von Art. 166 der Versicherungsbedingungen 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 BEQUEMEREIN EINSICHTNAHME WIRD ZUSAMMENFASSEND DER INHALT DIESES DOKUMENTS WIEDERGEGEBEN:

GLOSSAR UND BEGRIFFSBESTIMMUNGEN DER POLICE	1
BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG IM ALLGEMEINEN REGELN.....	3
ART. 1. ERKLÄRUNGEN ÜBER DIE RISIKOUMSTÄNDE	3
ART. 2. ANDERE VERSICHERUNGEN.....	3
ART. 3. WIRKSAMKEIT DER VERSICHERUNG - PRÄMIENZAHUNG	3
ART. 4. ÄNDERUNGEN DER VERSICHERUNG	3
ART. 5. ERHÖHUNG DES RISIKOS	3
ART. 6. VERMINDERUNG DES RISIKOS.....	3
ART. 7. ANZEIGE DES VERSICHERUNGSFALLS UND PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMER UND/ODER VERSICHERTEN	3
ART. 8. RÜCKTRITT IM VERSICHERUNGSFALL.....	3
ART. 9. DAUER DES VERTRAGS.....	3
ART. 10. VERLÄNGERUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES.....	3
ART. 11. STEUERN UND ABGABEN	3
ART. 12. GERICHTSSTAND.....	3
ART. 13. VERWEIS AUF GESETZLICHE BESTIMMUNGEN.....	3
ART. 14. BEWEISLAST	4
ART. 15. NICHT VERSICHERBARE PERSONEN	4
ART. 16. VERJÄHRUNGSFRIST	4
ART. 17. TERRITORIALE GÜLTIGKEIT DER VERSICHERUNG	4
ART. 18. VERZICHT DER GESELLSCHAFT AUF REGRESS.....	4
ART. 19. KRITERIEN DER ENTSCHÄDIGUNGSFÄHIGKEIT	4
ART. 20. STREITFÄLLE - INFORMELLES SCHIEDSVERFAHREN.....	4
BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG „GUIDA SICURA“ REGELN.....	5
ART. 21. VERÄUßERUNG DES VERSICHERTEN FAHRZEUGS.....	5
ART. 22. EINSCHRÄNKUNGEN UND AUSSCHLÜSSE.....	5
ART. 23. 1 TOD INFOLGE EINES UNFALLS.....	5
ART. 23. 2 TODESERKLÄRUNG	5
ART. 24. DAUERHAFTHE INVALIDITÄT.....	5
ART. 25. SELBSTBEHALT DAUERHAFTHE INVALIDITÄT MIT GESTAFFELTEN BETRÄGEN (GÜLTIG FÜR VERSICHERTE BETRÄGE VON ÜBER € 100.000,00).	7
ART. 26. TAGEGELD BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT AUFGRUND EINES UNFALLS (FALLS VEREINBART)	8
ART. 27. ERSTATTUNG DER UNFALLBEHANDLUNGSKOSTEN (FALLS VEREINBART)	8
ZUSÄTZLICHE BEDINGUNGEN	9
BESTIMMUNGEN FÜR DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS BEI EINEM UNFALL.....	10
ART. 28. PFLICHTEN DES VERSICHERTEN IM VERSICHERUNGSFALL - ANZEIGE DES VERSICHERUNGSFALLS	10
ART. 29. PFLICHTEN DER GESELLSCHAFT HINSICHTLICH DER MODALITÄTEN ZUR FESTLEGUNG UND ENTSCHÄDIGUNG BEI DAUERHAFTHE INVALIDITÄT. 10	
ART. 30. VORAUSZAHLUNG DER ENTSCHÄDIGUNG FÜR DAUERHAFTHE INVALIDITÄT	10
ART. 31. ANSPRUCH AUF ENTSCHÄDIGUNG BEI DAUERHAFTHE INVALIDITÄT IM FALLE DES TODES AUS GRÜNDEN, DIE NICHT AUF DEN UNFALL ZURÜCKZUFÜHREN SIND.....	10
ART. 32. PFLICHTEN DER GESELLSCHAFT HINSICHTLICH DER MODALITÄTEN BEI ENTSCHÄDIGUNG VON UNFALLBEHANDLUNGSKOSTEN	11
ART. 33. PFLICHTEN DER GESELLSCHAFT HINSICHTLICH DER MODALITÄTEN BEI TAGESENTSCHÄDIGUNG FÜR KRANKENHAUSAUFENTHALTE.....	11
ART. 34. MODALITÄTEN ZUR ZAHLUNG DER ENTSCHÄDIGUNG FÜR ALLE UNFALLGARANTIEN.....	11
HELVETIA ASSISTANCE.....	12
HELVETIA ASSISTANCE - LEISTUNGEN.....	12
AUSSCHLÜSSE UND RECHTLICHE WIRKUNGEN IN BEZUG AUF DIE LEISTUNG HELVETIA ASSISTANCE	15

GLOSSAR UND BEGRIFFSBESTIMMUNGEN DER POLICE

Nachstehend werden die wichtigsten Begriffe wiedergegeben, die in den vorvertraglichen und vertraglichen Unterlagen im 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.
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.
Gipsverband	Feste Eindämmung, 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 oder im Ambulatorium entfernt werden können. Als Gipsverband gelten Halskrausen, die vom <i>Versicherten</i> 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 Vertrag, über den die <i>Gesellschaft</i> gegen Bezahlung der vereinbarten <i>Prämie</i> seitens des Versicherungsnehmers sich verpflichtet, den <i>Versicherten</i> innerhalb der vereinbarten Grenzen schadlos zu halten, falls er bei einem Versicherungsfall Schaden erleidet.
Anspruchsberechtigter	Die Erben des <i>Versicherten</i> oder andere von ihm benannte Personen, an die die <i>Gesellschaft</i> den versicherten Betrag im Todesfall zahlen muss.
Versicherungsnehmer	Das Rechtssubjekt, das die Versicherung abschließt.
Alkoholeinfluss - Trunkenheit	Verfassung nach der Einnahme von Alkohol, bei der der Alkoholgehalt im Blut der Grenze, die von den geltenden gesetzlichen Bestimmungen vorgesehen ist, 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 <i>Versicherten</i> geht.
Helvetia Assistance	Der von Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Generalvertretung und Direktion für Italien - in Zusammenarbeit mit Europ Assistance Italia S.p.A. organisierte Notbetreuungsdienst.
Entschädigung	Der Betrag, den die <i>Gesellschaft</i> im Versicherungsfall schuldet.
Unfall	Ereignis aufgrund einer zufälligen, gewaltsamen und äußeren Ursache, dessen direkte und ausschließliche Folge objektiv feststellbare Körperverletzungen sind.
Chirurgischer Eingriff	In einem Krankenhaus oder einer Gesundheitseinrichtung oder einem Ambulatorium 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 durch einen Unfall entstandener Verlust der Fähigkeit des <i>Versicherten</i> , eine Arbeit auszuführen, unabhängig von seinem Beruf.
Krankenhaus/Gesundheitseinrichtung	Das Krankenhaus, die Universitätsklinik, das Universitätsinstitut, die Gesundheitseinrichtung, 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.
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 beiliegenden Liste).
Monat (monatlich)	Zeitraum, dessen Dauer 28 bis 31 Tage beträgt, je nach dem Anfangsdatum der Zählung.
Parteien	Der Versicherungsnehmer/ <i>Versicherte</i> und die <i>Gesellschaft</i> .
Police/Versicherungspolice	Das Dokument, das die Versicherung nachweist.
Prämie	Der vom Versicherungsnehmer der <i>Gesellschaft</i> geschuldete Betrag.
Rücktritt	Auflösung der vertraglichen Bindung.
Krankenhausaufenthalt	Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Gesundheitseinrichtung, das bzw. die ordnungsgemäß zur Erbringung von medizinischer Versorgung zugelassen ist, aufgrund eines Unfalls, der eine Übernachtung erfordert.
Therapeutischer Zweck	Wirksame ärztliche Therapie zur Behandlung von Krankheiten
Belastung	Einsatz von Muskelenergien, die sich im Laufe der Zeit konzentrieren und die im Vergleich zu den normalen Arbeitstätigkeiten und -handlungen des <i>Versicherten</i> eine übermäßige Intensität aufweisen.
Versicherungsfall	Das Eintreten des Schadensfalles, für den die Versicherung geleistet wird.
Gesellschaft	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Generalvertretung und Direktion für Italien.

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN IN BEZUG AUF HELVETIA ASSISTANCE

Wirksamkeit und Dauer	Ab dem Datum des Beginns der <i>Police</i> und für die gesamte Laufzeit der <i>Police</i> .
Plötzliche Erkrankung	Eine akute Erkrankung, die dem <i>Versicherten</i> nicht bekannt war und die auf jeden Fall keine, wenn auch nur plötzliche, Erscheinungsform einer früheren, dem <i>Versicherten</i> bekannten Erkrankung ist.

Vorher bestehende Krankheit	Krankheit, die Ausdruck oder direkte Folge von pathologischen Situationen ist, die vor der Unterzeichnung der <i>Police</i> bestanden haben.
Leistungen	Die von der Organisationsstruktur dem <i>Versicherten</i> geleistete Betreuung.
Versicherungsfall	Der einzelne Umstand oder Vorfall, der während der Gültigkeit der <i>Police</i> eintreten kann und zur Anforderung einer Betreuung seitens des <i>Versicherten</i> 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 telefonischem Kontakt mit dem <i>Versicherten</i> , für die Organisation und Erbringung der in der <i>Versicherungspolice</i> 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 die Beendigung der *Versicherung* zur Folge haben (Art. 1892, 1893 und 1894 Zivilgesetzbuch).

Art. 2. Andere Versicherungen

Bestehen für das gleiche Risiko mehrere Versicherungen nebeneinander, muss der *Versicherte* jede Versicherungsgesellschaft schriftlich über die anderen abgeschlossenen Verträge 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 selbstständig geltenden *Police* zu zahlen ist, unter der Voraussetzung, dass die insgesamt bezogenen Beträge nicht den Schadensbetrag übersteigen (Art. 1910 des Zivilgesetzbuches).

Art. 3. Wirksamkeit der Versicherung - 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 *Versicherte*/*Versicherungsnehmer* die *Prämien* oder die nachfolgenden *Prämienraten* nicht zahlt, wird die *Versicherung* ab 24 Uhr des 15. (fünfzehnten) 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

Der *Versicherungsnehmer* und/oder der *Versicherte* müssen 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

Bei einer Verringerung des Risikos ist die *Gesellschaft* verpflichtet, die *Prämie* oder die auf die Mitteilung folgenden *Prämienraten* des *Versicherungsnehmers* oder des *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 Modalitäten der *Anzeige* und detaillierte Informationen finden Sie im Kapitel BESTIMMUNGEN FÜR DIE ANZEIGE UND DIE ABWICKLUNG DES VERSICHERUNGSFALLS (Art. 28).

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* zurückgetreten, indem sie dies der anderen *Partei* per Einschreiben mitteilen. 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 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 Tagen nach Beendigung der *Versicherung* den Teil der *Prämie* abzüglich der bereits gezahlten Steuern, der sich auf den Zeitraum zwischen der Beendigung der *Police* und dem Ablauf der *Versicherungszeit* bezieht, für den die *Prämie* gezahlt wurde.

Art. 9. Dauer des Vertrags

Der Vertrag hat eine Laufzeit von einem Jahr plus den eventuellen Bruchteil eines Jahres (d.h. der Anfangszeitraum).

Der Vertrag sieht keine stillschweigende Verlängerung vor; **er endet daher automatisch mit dem natürlichen Ablauf**, ohne dass die Parteien verpflichtet sind zu kündigen.

In jedem Fall wird die *Gesellschaft* weiterhin den laufenden Versicherungsschutz bis zum 15. (fünfzehnten) Tag nach dem vertraglichen Verfallsdatum leisten.

Art. 10. Verlängerung des Versicherungsschutzes

Unbeschadet dessen, was von Art. 9 „Dauer des Vertrags“ dieser Bestimmungen vorgesehen ist, hat der *Versicherungsnehmer* das Recht, die *Versicherung* - zu den gleichen Bedingungen hinsichtlich der bereits bestehenden *Prämie* und *Police* - jeweils um ein weiteres Jahr zu verlängern, indem er die *Prämie* zahlt.

Der Vertrag gilt als verlängert um ein Jahr ab dem Datum des (ursprünglichen oder erneuerten) Ablaufs des unmittelbar vorangegangenen Versicherungsjahres.

Art. 11. Steuern und Abgaben

Sie gehen zu Lasten des *Versicherungsnehmers*.

Art. 12. Gerichtsstand

Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Art. 13. Verweis auf gesetzliche Bestimmungen

Die *Versicherung* wird durch das italienische Recht geregelt. Für dasjenige, was nicht von der *Versicherungspolice* geregelt wird, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Art. 14. Beweislast

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

Art. 15. 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 einer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen (Alkohol - Betäubungsmittel - Halluzinogene - Psychopharmaka und. psychotrope Arzneimittel nicht zu therapeutischen Zwecken) leidet 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. 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, so wie geändert durch das Gesetz Nr. 166 vom 27. Oktober 2008. Das Recht des *Versicherers* auf Beitreibung der zu zahlenden *Prämienraten* verjährt in einem Jahr.

Art. 17. Territoriale Gültigkeit der Versicherung

Die *Versicherung* gilt auf der ganzen Welt.

Art. 18. Verzicht der Gesellschaft auf Regress

Bei einem Unfall verzichtet die *Gesellschaft* zugunsten des *Versicherten* und seiner Anspruchsberechtigten auf das Recht auf Regress gemäß Art. 1916 des Zivilgesetzbuches.

Art. 19. 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. 24 Dauerhafte Invalidität der Bestimmungen, die für die *Versicherung* „Guidasicura“ gelten, unter Berücksichtigung des Grades der bereits bestehenden Invalidität reduziert.

Art. 20. Streitfälle - Informelles Schiedsverfahren

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

Etwaige Streitigkeiten medizinischer Art über den Grad der dauerhaften Invalidität sowie über die Anwendung der in Art. 19 der Bestimmungen, die die *Versicherung* im Allgemeinen regeln, können von den *Parteien* schriftlich an ein Kollegium von drei Ärzten verwiesen werden, von denen jeweils einer von den Parteien und der dritte im gegenseitigen Einvernehmen ernannt wird; das medizinische Kollegium hat seinen Sitz in der Gemeinde, die 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 einen 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.

BESTIMMUNGEN, DIE DIE VERSICHERUNG „GUIDA SICURA“ REGELN

(die dasjenige ergänzen, was in der *Police* Unfälle Guida Sicura - Vordr. H154 - vorgesehen ist)

Art. 21. Veräußerung des versicherten Fahrzeugs

1. Verkauft und ersetzt

- Die *Police* wird für das neue Fahrzeug fortgesetzt, der Ersatz muss unverzüglich mitgeteilt werden und die *Police* wird an eventuelle Änderungen (Anzahl der Sitze, Gesamtgewicht, usw.) angepasst. **Unbeschadet dessen, was von Art. 5 „Erhöhung des Risikos“ vorgesehen ist, gilt Folgendes: wenn der Versicherungsnehmer diese Mitteilung unterlässt, gilt die *Police* für das neue Fahrzeug nur dann als gültig, wenn der Versicherungsnehmer anhand des Fortdauerns der Kfz-Haftpflichtversicherung bei dieser Gesellschaft nachweisen kann, dass die Nichtmitteilung auf Vergesslichkeit oder Missverständnisse zurückzuführen ist.**

2. Verkauft und vorübergehend nicht ersetzt

- Die *Police* wird auf Antrag des *Versicherungsnehmers* für einen Zeitraum von maximal 6 (sechs) Monaten ausgesetzt. Nach Ablauf dieser Zeit endet die *Police* mit den im folgenden Punkt vorgesehenen Modalitäten.

3. Verkauft oder verschrottet und nicht ersetzt

- Die *Police* endet. Bei Beendigung der laufenden *Versicherung* erstattet die *Gesellschaft* dem *Versicherten* innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach ihrer Beendigung den Teil der *Prämie* abzüglich der bereits gezahlten Steuer, der sich auf den Zeitraum zwischen der Beendigung des Vertrags und dem Ablauf der *Versicherungszeit* bezieht, für den die *Prämie* gezahlt wurde.

Art. 22. Einschränkungen und Ausschlüsse

Von der *Versicherung* ausgeschlossen sind Unfälle:

- die eingetreten sind, als der Fahrer unter Alkoholeinfluss/Trunkenheit stand; die durch den Gebrauch von Betäubungsmitteln, den Gebrauch und Missbrauch von Psychopharmaka und/oder psychotropen Arzneimitteln (unbeschadet der therapeutischen Verabreichung) und den Gebrauch von Halluzinogenen und ähnlichen Mitteln verursacht wurden und darauf zurückzuführen sind;
- 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;
- die aufgrund der Teilnahme an Rennen oder Geschwindigkeitswettbewerben sowie an den entsprechenden Proben eingetreten sind, es sei denn, es handelt sich um geregelte Wettbewerbe;
- die verursacht wurden durch Hernien oder Folgen von Belastungen im Allgemeinen, Infarkte;
- die verursacht wurden durch erklärten oder nicht erklärten Krieg, Bürgerkrieg, Meuterei, Volksaufstände, Sabotage und alle damit vergleichbaren Ereignisse, sowie die Unfälle durch Kriegssprengkörper außer durch Zufallsumstände in Ländern, die sich nicht in einem erklärten Kriegszustand oder in ähnlichen Umständen befinden;
- die verursacht wurden durch Aufstände, soziale Unruhen;
- die verursacht wurden durch eigene Provokationen oder kriminelle Handlungen;
- die verursacht wurden durch Naturkatastrophen;
- die auf 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.) zurückzuführen sind;
- 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).

Die *Versicherung* gilt nicht:

- für Personen, die außerhalb der Kabine eines Lastkraftwagens, Dreirads oder Lieferwagens befördert werden;
- wenn der Fahrer keine Fahrerlaubnis nach den geltenden Bestimmungen hat;
- wenn der Transport nicht in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften, den Angaben auf dem Kfz-Schein und der in der *Police* angegebenen Verwendung durchgeführt wird, unbeschadet dessen, was in Punkt p) vorgesehen ist;
- für Personen, die das Fahrzeug willkürlich oder gegen den Willen derjenigen benutzen, die rechtmäßig darüber verfügen;
- für die Abteilungen der Streitkräfte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit;

die *Versicherung* vermindert sich:

- wenn sich zum Zeitpunkt des Unfalls mehr Personen im Fahrzeug befinden (einschließlich des Fahrers) als die Anzahl der gemäß Kfz-Schein zugelassenen Plätze. In diesem Fall richtet sich die Reduzierung der Versicherungsleistungen nach dem Verhältnis zwischen der Anzahl der zugelassenen Plätze und der Anzahl der tatsächlich beförderten Personen.

Art. 23. 1 Tod infolge eines Unfalls

Führt der Unfall zum Tod, zahlt die *Gesellschaft* den versicherten Betrag zu gleichen Teilen an die Erben des *Versicherten*.

Die *Entschädigung* für den Todesfall kann nicht mit der *Entschädigung* für eine *dauerhafte Invalidität* 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 *Police*.

Art. 23. 2 Todeserklärung

Wenn der *Versicherte* nach einem gemäß der *Police* entschädigungsfähigen Unfall verschwunden ist, und die Justizbehörde gemäß Art. 60, Absatz 3) des Zivilgesetzbuches oder Art. 211 der Schifffahrtsordnung seinen mutmaßlichen Tod erklärt hat und dieses Ereignis in das Zivilstandsregister eingetragen wurde, 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.**

Art. 24. Dauerhafte Invalidität

- 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* die gesamte Versicherungssumme;
- c) Führt der Unfall zu einer teilweisen und endgültigen dauerhaften Invalidität, berechnet sich die Entschädigung für die dauerhafte Invalidität nach dem versicherten Betrag (**unbeschadet der Bestimmungen des folgenden Art. 25 „Selbstbehalt bei dauerhafter Invalidität mit gestaffelten Beträgen“ oder, falls vereinbart, nach den Bestimmungen der Zusatzbedingung 2 „Selbstbehalt bei absoluter dauerhafter Invalidität von 5%“**), im Verhältnis zum Invaliditätsgrad, der nach den Kriterien und Prozentsätzen wird, die in der folgenden „Tabelle der Bewertungen des prozentualen Grades der dauerhaften Invalidität“ (ex Tabelle INAIL, Anhang 1 zum Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30. Juni 1965);
- 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, einer Arbeit unabhängig von seinem Beruf nachzugehen;
- d) Der anatomische oder funktionelle Verlust mehrerer Organe, Gliedmaßen 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%.
- e) **Bei nachgewiesener Linkshändigkeit gelten die für das rechte obere Körperglied festgestellten Prozentsätze der Verminderung der Arbeitsfähigkeit für das linke Körperglied und die des linken Körpergliedes für das rechte.**

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)

Bewertung des vollständigen anatomischen oder funktionellen Verlustes			
BESCHREIBUNG	PROZENTSÄTZE		
	D	=	S
Einseitiger Hörverlust		15	
Beidseitiger Hörverlust		60	
Sehverlust eines Auges		35	
Verlust eines 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 Unversehrtheit des gut konsolidierten Schlüsselbeins ohne funktionelle Einschränkung der Armbewegung		5	
Verlust der Schultergelenkfunktion (komplette Ankylose) bei einem Körperglied in günstiger Position, wenn gleichzeitig Immobilität des Schulterblatts besteht	50		40
Verlust der Schultergelenkfunktion (komplette Ankylose) bei einem Körperglied in günstiger Position mit normaler Mobilität des Schulterblatts	40		30
Verlust eines Arms:			
a) wegen Exartikulationen des Schultergelenks	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
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
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 der 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		35
b) In Pronation	45		40
c) In Supination	55		50
	35		30

Bewertung des vollständigen anatomischen oder funktionellen Verlustes			
BESCHREIBUNG	PROZENTSÄTZE		
	D	=	S
d) wenn die Ankylose so beschaffen ist, dass Bewegungen in Pronosupination möglich sind.			
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 rechtwinklige Ankylose)		20	
Längenverlust (einfache Verkürzung) eines unteren Körperglieds, der drei Zentimeter überschreitet und fünf Zentimeter nicht überschreitet		11	

**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)**

Bewertungstabelle für Sehschwächen			
Verlorener Visus	Verbleibender Visus	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%

- 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 (zwei) bis 10 (zehn) 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
a) korrigierter Visus 10/10, 9/10, 8/10	15%
b) korrigierter Visus 7/10	18%
c) korrigierter Visus 6/10	21%
d) korrigierter Visus 5/10	24%
e) korrigierter Visus 4/10	28%
f) korrigierter Visus 3/10	32%
g) 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.

Art. 25. Selbstbehalt Dauerhafte Invalidität mit gestaffelten Beträgen (gültig für versicherte Beträge von über € 100.000,00)

Unbeschadet dessen, was von Art. 24 „Dauerhafte Invalidität“ der Bestimmungen vorgesehen ist, die die *Unfallversicherung* regeln, erfolgt die Liquidation der *Entschädigung* für dauerhafte Invalidität mit folgenden Modalitäten:

- 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;
- für den Teil des versicherten Betrags, 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;
- für den Teil der Versicherungssumme, der über € 200.000,00 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.

Art. 26. Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls (falls vereinbart)

Die *Gesellschaft* zahlt das vereinbarte Tagegeld für einen stationären Aufenthalt des *Versicherten* in einem Krankenhaus oder einer Gesundheitseinrichtung aufgrund eines gemäß der *Police* entschädigungsfähigen Unfalls für jeden Tag des Aufenthalts und **für die maximale Dauer von 100 (hundert) Tagen pro Versicherungsjahr**.

Art. 27. Erstattung der Unfallbehandlungskosten (falls vereinbart)

Die *Gesellschaft* erstattet dem *Versicherten* **bis zur Höhe des auf der Vorderseite der *Police* angegebenen versicherten Betrags** im Falle eines *Unfalls*, der im Rahmen der *Police* entschädigt werden kann:

- a) die Kosten für die vom Arzt verordneten Untersuchungen und Diagnosetests;
- b) die Kosten für Arzthonorare und im Falle einer *Operation* für das OP-Team, die OP-Gebühren und das Operationsmaterial, einschließlich der während des *chirurgischen Eingriffs* angewandten Endoprothesen;
- c) Kosten für Behandlung, Medikamente, Physiotherapie, Rehabilitation und Thermalkuren (ausgenommen auf jeden Fall die Kosten für Hotels und ähnliches);
- d) die Klinikkosten im Fall eines *Krankenhausaufenthaltes*;
- e) die Kosten der mit geeigneten Transportmitteln erfolgten Überführung zur *Gesundheitseinrichtung* oder zum *Ambulatorium* oder von einer *Gesundheitseinrichtung* oder einem *Ambulatorium* zum anderen und anschließend zum Wohnsitz des *Versicherten*.

Die Kosten zu Lasten der *Gesellschaft* für alle in den Punkten c) und e) genannten Leistungen dürfen 10% (zehn Prozent) des versicherten Betrages nicht überschreiten.

ZUSÄTZLICHE BEDINGUNGEN

(nur gültig, wenn ausdrücklich angekreuzt auf der Vorderseite der *Police*)

1) Gipsverbände

Die Garantie wird **um 50% des Betrages für das Krankenhaustagegeld** auf die Zeit der unfallbedingten Ruhigstellung mit Gipsverband (wie in den Begriffsbestimmungen der *Police* definiert) erweitert.

Diese Erweiterung wird **für einen Zeitraum von höchstens 100 (hundert) Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt oder, wenn kein Krankenhausaufenthalt erfolgt, ab dem Tag der Anwendung des Gipsverbandes bis zum Tag seiner Entfernung pro Ereignis und pro Versicherungsjahr geleistet.**

2) Absoluter Selbstbehalt von 5% für dauerhafte Invalidität

Unbeschadet dessen, was von Art. 24 „Dauerhafte Invalidität“ vorgesehen ist, und in Abweichung von den Bestimmungen gemäß Art. 25 „Selbstbehalt für dauerhafte Invalidität mit gestaffelten Beträgen“ der die *Versicherung* „Guidasicura“ regelnden Bestimmungen **ist keine Entschädigung zu zahlen für eine dauerhafte Invalidität von 5% und darunter. Überschreitet hingegen die dauerhafte Invalidität diesen Prozentsatz, wird die Entschädigung nur für den darüber liegenden Teil gezahlt.**

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

Art. 28. Pflichten des Versicherten im Versicherungsfall - Anzeige des Versicherungsfalls

Bei einem Versicherungsfall müssen der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte und/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 und die Fähigkeit behindern könnten, die Arbeit wieder aufzunehmen;
- dies dem Vermittler, dem 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 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;
- 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;
- die Originale der Rechnungen, Zahlungsbelege, Quittungen für die Zahlung der medizinischen Kosten beilegen, die ordnungsgemäß im Zusammenhang mit der Garantie „Erstattung der 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 vom Berufsgeheimnis 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 müssen die in der Police genannten Anspruchsberechtigten 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;
- 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 und 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.

Art. 29. Pflichten der Gesellschaft hinsichtlich der Modalitäten zur Festlegung und Entschädigung bei dauerhafter Invalidität.

Der Grad der dauerhaften Invalidität wird mit den Modalitäten laut Art. 19 „Kriterien der Entschädigungsfähigkeit“ der Bestimmungen, die die Unfallversicherung - Geleistete Garantien - 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. 30. 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 Betrages der Leistung als Anzahlung, höchstens jedoch € 30.000,00, 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. 31. 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,
- den von der Gesellschaft objektiv bestimmbaren Betrag gemäß Artikel 28 - Pflichten des Versicherten im Versicherungsfall - Anzeige des Versicherungsfalls, wobei der Gesellschaft auf jeden Fall die Genesungsbescheinigung 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 gegeben hat. Um die Erben oder Anspruchsberechtigten mit Sicherheit zu ermitteln, müssen diese der Gesellschaft beispielhaft und nicht erschöpfend Folgendes zur Verfügung stellen:**

- **Familienstandsbescheinigung 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. 32. Pflichten der Gesellschaft hinsichtlich der Modalitäten bei Entschädigung von Unfallbehandlungskosten

Unbeschadet dessen, was von Art. 27 „Erstattung der Unfallbehandlungskosten“ vorgesehen ist, erfolgt die Erstattung der dem Versicherten entstandenen medizinischen Kosten nach den Modalitäten laut vorstehendem Art. 28 „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 Versicherungsfallbewertung innerhalb von 90 (neunzig) Tagen ab Empfang der oben genannten vollständigen Unterlagen mitzuteilen.

Art. 33. Pflichten der Gesellschaft hinsichtlich der Modalitäten bei Tagesentschädigung für Krankenhausaufenthalte

Unbeschadet dessen, was von Art. 26 „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 Versicherungsfallbewertung innerhalb von 90 (neunzig) Tagen ab Empfang der oben genannten vollständigen Unterlagen mitzuteilen.

Art. 34. 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, wobei vereinbart bleibt, dass die Liquidation der Versicherungsfälle in Italien erfolgt.

HELVETIA ASSISTANCE

(nur gültig, wenn ausdrücklich angekreuzt auf der Vorderseite der *Police*)

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 S.p.A. wenden, die rund um die Uhr in Betrieb ist, und zwar auf folgende Weise:

von Italien aus über die **gebührenfreie grüne Nummer 800.01.69.10**;

vom Ausland über die **Telefonnummer 02.58.28.61.71**;

oder per Telegramm oder Einschreiben an: Europ Assistance Italia S.p.A. – Piazza Trento 8 - 20135 Mailand.;

per Fax an die Nummer 02.58.47.72.01.

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 ELCO 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.

HELVETIA ASSISTANCE - LEISTUNGEN

RUND UM DIE UHR ERBRACHTE LEISTUNGEN UNABHÄNGIG VOM AUFENTHALTSORT DES VERSICHERTEN

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 plötzlichen 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 einer Erkrankung in Italien **einen Arzt in der Zeit zwischen 20.00 und 8.00 Uhr 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 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 100 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 den Ärzten der Organisationsstruktur für notwendig gehalten wird.

Keine Leistung wird erbracht für:

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

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

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 Organisationsstruktur 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.

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 der *Versicherte* sich 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 eines Monats 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 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 europäischen Ländern 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.

Die Leistung wird nicht erbracht bei Krankheiten oder Verletzungen, die nach Ansicht der Ärzte vor Ort behandelt werden können oder die den Versicherten nicht daran hindern, seine Reise fortzusetzen.

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 Gesundheitseinrichtung für einen Zeitraum von mehr als zehn Tagen benötigt, stellt die Organisationsstruktur einem in Italien wohnhaften Familienmitglied ein Flugticket (Economy Class) oder ein Bahnticket (erste Klasse) zur Verfügung, damit er den eingelieferten *Versicherten* erreichen kann. **Die Gesellschaft trägt zu ihren Lasten die entsprechenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von € 250,00 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 Sterbeurkunde 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 eine 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 alle Insassen 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 Dienstleistung 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 Tage.
2. Der *Versicherte* entbindet die Ärzte, die ihn nach oder auch vor dem *Versicherungsfall* untersucht oder behandelt haben, vom Berufsgeheimnis.
3. Alle Leistungen sind nicht geschuldet für Versicherungsfälle, die auf Folgendes zurückzuführen sind:
 - a) Krieg, Erdbeben, Wetterphänomenen mit Katastrophenmerkmalen oder Phänomene der Umwandlung des Atomkerns, Strahlungen infolge der künstlichen Beschleunigung von Atomteilchen, nukleare Kernspaltung und -fusion;
 - 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, paranoiden Störungen, manisch-depressiven Formen und entsprechenden Folgen und Komplikationen; Krankheiten durch Schwangerschaft nach dem 6. Monat oder Wochenbett; vor dem Abschluss der *Police* bestehende Vorerkrankungen, die zu Behandlungen, Krankenhausaufenthalten oder Diagnosen geführt haben;
 - g) Krankheiten und Unfälle, die zurückzuführen sind auf den Alkoholmissbrauch, den Gebrauch oder Missbrauch von Psychopharmaka und psychotropen Arzneimitteln sowie auf den Gebrauch von Halluzinogenen und den nicht-therapeutischen Gebrauch von Betäubungsmitteln;
 - h) 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 einem Jahr 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 eine von der *Gesellschaft* erbrachte Betreuung verfällt, falls der *Versicherte* beim Eintreten des *Versicherungsfalls* nicht mit der Organisationsstruktur Kontakt aufgenommen hat.
9. Die *Police* wird durch das italienische Recht geregelt. Alle Streitfälle in Bezug auf die *Police* unterliegen der italienischen Rechtsprechung.
10. 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
ZEHNTE REVISION - ICD-10 DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION
KAPITEL V PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN**

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 Opiode; 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; tiefgreifende 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. 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 ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit.

Wenn der Versicherungsnehmer ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit gehandelt hat, sind die unrichtigen Erklärungen und die Verschweigung von Tatsachen kein Grund für eine 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 Sachverhalts 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. 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 Maß- nahmen 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 Verschwägerte 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