



la tua protezione



UnipolSai

SALUTE

SANICARD GARANTIERTE ERNEUERUNG

KOMPLETTFORMEL

Gesundheitsversicherungsvertrag und garantierte Erneuerung.
Modell 1264 - Ausgabe 15.03.2016

DAS INFORMATIONSSCHREIBEN ENTHÄLT FOLGENDES

- a) Informationsvermerk, einschließlich des Glossars
- b) Versicherungsbedingungen
- c) Informationsvermerk zum Datenschutz

MUSS VON DER VERTRAGSPARTEI VOR DER UNTERZEICHNUNG DES VER-
TRAGES EINGEREICHT WERDEN.

Lesen Sie das Informationsvermerk vor der Unterzeichnung aufmerksam durch.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

***UnipolSai Gesundheit
Sanicard Garantierte
Erneuerung***

***Komplettformel
Ausgabe 15.03.2016***

A. INFORMATIONEN ÜBER DIE VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT	2 von 12
1. Allgemeine Informationen	2 von 12
2. Informationen zur Vermögensübersicht des Unternehmens	3 von 12
B. INFORMATIONEN ÜBER DEN VERTRAG	3 von 12
3. Angebotene Versicherungsdeckungen - Abgrenzungen und Ausschlüsse	3 von 12
4. Vertragsvorlaufzeiten	4 von 12
5. Erklärungen des Versicherungsnehmers zu den Umständen des Risikos - Sanitätsfragebogen	4 von 12
6. Verschärfung und Verminderung des Risikos und berufliche Änderungen	5 von 12
7. Versicherungsprämien	5 von 12
8. Anpassung der Versicherungsprämie	5 von 12
9. Rücktrittsrecht	5 von 12
10. Verjährung und Verfall der aus dem Vertrag hervorgehenden Rechte	5 von 12
11. Anwendbares Recht für den Vertrag	6 von 12
12. Steuerliche Behandlung	6 von 12
C. INFORMATIONEN ÜBER DIE SCHADENSREGULIERUNGEN UND DEN BESCHWERDEN	6 von 12
13. Schadensereignisse – Regulierung der Entschädigung	6 von 12
14. Direkte Betreuung – Vereinbarungen	6 von 12
15. Beschwerden	7 von 12
16. Schiedsgericht	8 von 12
GLOSSAR	9 von 12

1. KOMPLETTFORMEL	2 von 29
2. GEGENSTAND DER VERSICHERUNG	7 von 29
2.1. Geleistete Garantien	7 von 29
2.2. Versicherungshöchstsumme	7 von 29
2.3. Laufzeit der Garantie	7 von 29
2.4. Abgrenzungen und Ausschlüsse	7 von 29
2.5. Erneuerungsrecht bei Vertragsablauf	8 von 29
2.6. Recht der Gesellschaft, nicht erneut die Versicherung eingehen zu müssen	9 von 29
3. AKTIVIERUNG DER GARANTIE KRANKHEIT	10 von 29
3.1. Kommandozentrale	10 von 29
3.2. Verwendungsart der Versicherungsdeckung	10 von 29
3.3. Ersuchen um Rückerstattung	11 von 29
3.4. Informationsdienst	11 von 29

4. ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	12 von 29
4.1. Gebietserweiterung	12 von 29
4.2. Zwistigkeiten- informelles Schiedsgericht	12 von 29
4.3. Anpassung der Versicherungsprämie je nach Lebensalter	12 von 29
4.4. Rückgabepflicht der ausgestellten Geldbeträge für Ausgaben, die nicht unter den Gewährleistungen fallen	12 von 29
4.5. Pflichten durch den Versicherungsnehmer im Falle eines Versicherungsfalles	12 von 29
4.6. Änderungen in den Verhältnissen zu den vertraglich gebundenen Gesundheitszentren mit Vereinbarung sowie zu anderen Zulieferern von Betreuungen und Dienstleistungen	13 von 29
4.7. Rückgabe der Urschriften in den Ausgabenrechnungen	13 von 29
4.8. Verzicht auf Rückgriffhandlungen	13 von 29
5. VORSCHRIFTEN ZUR REGELUNG DER ALLGEMEINEN VERSICHERUNG	14 von 29
5.1. Erklärungen zu den Umständen des Risikos	14 von 29
5.2. Andere Versicherungen	14 von 29
5.3. Zahlung der Versicherungsprämie und Laufzeit der Gewährleistung	14 von 29
5.4. Aufteilung der Versicherungsprämie	14 von 29
5.5. Aufgeteilte Zahlung der Versicherungsprämie durch das SDD-Dienst	14 von 29
5.6. Änderungen der Versicherung	16 von 29
5.7. Verschärfung des Risikos	16 von 29
5.8. Ausbleibendes Rücktrittsrecht bei einem Schadensereignis	16 von 29
5.9. Versicherungsperiode und Rabatt aufgrund der Mehrjährigkeit	16 von 29
5.10. Nicht stillschweigende Verlängerung	17 von 29
5.11. Steuerlasten	17 von 29
5.12. Verweis auf die Gesetzesvorschriften	17 von 29
6. KUNDENDIENST	18 von 29
6.1. Geleistete Garantien und Dienstleistungen	18 von 29
6.2. Kommandozentrale von UniSalute	18 von 29
6.3. Leistungen	18 von 29
6.4. Abgrenzungen und Ausschlüsse	24 von 29

VERZEICHNIS DER GROSSEN CHIRURGISCHEN EINGRIFFE	26 von 29
--	-----------

1

INFORMATIONSVERMERK

Informationsvermerk zum Versicherungsvertrag für die Gesundheitsausgaben "UnipolSai Gesundheit Sanicard Garantierte Erneuerung – Komplettformel" (Isvap-Regelung Nr. 35 vom 26. Mai 2010)

Werter Kunde,
wir freuen uns, Ihnen einige Informationen bezüglich der Gesellschaft UnipolSai Assicurazioni S.p.A. sowie zum Vertrag zu liefern, den Sie in Kürze abschließen werden.

Im Interesse der Klarheit unterstreichen wir die Tatsache, dass:

- das vorliegende Informationsvermerk auf der Grundlage des von der italienischen Versicherungsaufsicht IVASS ausgearbeiteten Schemas verfasst wurde, wobei jedoch dessen Inhalt nicht vorher von der IVASS genehmigt werden muss;
- die Vertragspartei die Versicherungsbedingungen vor der Unterzeichnung der Police durchlesen muss.

Die Klausel hinsichtlich der Bürden und Verpflichtungen zu Lasten der Vertragspartei und des Versicherungsnehmers, die Nichtigkeiten, Verjährungen, Ausschlüsse, Aufhebungen und Abgrenzungen der Garantie, die Rückgriffe, die qualifizierten Informationen wie die **"Hinweise"** sind auf farbigem Untergrund gedruckt, wobei dadurch hervorgehoben wird, dass diese besonders aufmerksam durchgelesen werden müssen.

Um die Aktualisierungen der in diesem Informationsvermerk enthaltenen Informationen über die Versicherungsgesellschaft durchzulesen, wird auf die Website http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx verwiesen.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. wird der Vertragspartei schriftlich die weiteren Änderungen des Informationsschreibens sowie jene der zukünftigen Gesetzesneuerungen mitteilen.

Für jegliche Klarstellungen steht Ihr Versicherungsagent/-vermittler für sämtliche notwendigen Informationen zur Verfügung.

Das Informationsvermerk besteht aus drei Abschnitten:

- A. **INFORMATIONEN ÜBER DIE VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT**
- B. **INFORMATIONEN ÜBER DEN VERTRAG**
- C. **INFORMATIONEN ÜBER DIE SCHADENSREGULIERUNGEN UND DEN BESCHWERDEN**

A. INFORMATIONEN ÜBER DIE VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

1. Allgemeine Informationen

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., kurz UnipolSai S.p.A. genannt, ist eine Gesellschaft, welche den Leitungs- und Koordinierungstätigkeiten der Gesellschaft Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. untersteht sowie Teil der im Verzeichnis der Versicherungsgesellschaften bei der IVASS unter der N. 046 eingeschriebenen Gesellschaft Gruppo Assicurativo Unipol ist.
- b) Rechtssitz: Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (Italien).
- c) Telefon: 051.5077111
- Fax: 051.375349
- Internetseiten: www.unipolsai.com
- www.unipolsai.it
- E-Mail Adresse: info-danni@unipolsai.it.
- d) Sie ist zur Ausübung der Versicherungstätigkeit aufgrund des im ordentlichen Zusatz Nr. 79 zum Amtsblatt 357 vom 31/12/1984 veröffentlichten Ministerial-

dekretes vom 26/11/1984 sowie des im Amtsblatt Nr. 276 vom 24/11/1993 veröffentlichten Ministerialdekretes berechtigt; sie ist im Abschnitt I des Verzeichnisses der Versicherungsgesellschaft bei der IVASS unter der Nr. 1.00006 eingeschrieben.

2. Informationen zur Vermögensübersicht des Unternehmens

Aufgrund des letzten genehmigten Haushaltsjahres 2014 beträgt das Nettovermögen des Unternehmens € 5.340.514.456,79, mit einem Genossenschaftskapital gleich € 1.996.129.451,62 sowie dem Gesamtbetrag der Vermögensrücklagen gleich € 2.592.797.831,51. Der Liquiditätsgrad (d. h. das Verhältnis zwischen dem Gesamtbetrag des verfügbaren Liquiditätsgrades und dem Gesamtbetrag des von den gültigen Vorschriften verlangten Liquiditätsgrades) ist hinsichtlich der Verwaltung des Sachgeschäftes gleich 1,72.

B. INFORMATIONEN ÜBER DEN VERTRAG

Im Vertrag ist nicht die stillschweigende Erneuerung vorgesehen, welcher deshalb nach Ablauf des festgelegten Zeitraumes ohne Auflösungspflicht endet.

Hinweis: Hinsichtlich der Details wird auf die Vorgaben von 5.10 "Nicht stillschweigende Verlängerung" der Vorschriften verwiesen, welche im Allgemeinen das Versicherungsgeschäft regeln.

Für nähere Details zur garantierten Erneuerung bei Ablauf wird auf die Vorgaben der Art. 2.5 "Erneuerungsrecht bei Vertragsablauf" sowie 2.6 "Recht der Gesellschaft, die Versicherung nicht erneut eingehen zu müssen" verwiesen.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Gesellschaft die Handhabung, die Behandlung und Regulierung der Schadensereignisse der "UniSalute S.p.A. - Rückzahlungen UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO".

3. Angebotene Versicherungsdeckungen - Abgrenzungen und Ausschlüsse

Im Vertrag wird eine Gesundheitsdeckung für die Rückerstattung der dem Versicherungsnehmer geschuldeten Ausgaben für medizinische

Leistungen und Krankenhausaufhalten im Falle von Einlieferung oder Tagesaufenthalt im Krankenhaus oder chirurgischem Eingriff ohne Einlieferung aufgrund von Krankheit oder Unfall sowie Betreuungen zugunsten des Versicherungsnehmers angeboten; beide Deckungsformen sind gleichzeitig gültig und dürfen nicht separat voneinander unterschrieben werden.

Die Gesellschaft ist anhand des Vertrages auf der Grundlage der von der Polizza vorgesehenen Fälle und Bedingungen gezwungen, einen neuen Vertrag zum vereinbarten Ablauf des Vertrages unabhängig vom Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers abzuschließen.

- *Gesundheitsversorgung:*

In den vertraglich gebundenen Gesundheitszentren zahlt die Gesellschaft direkt die oben genannten Spesen im Namen und im Auftrag des Kunden, wobei die Versicherungshöchstsumme im Polizzendokument angeführt ist. Die Versicherungshöchstsummen verstehen sich pro Person, Schadensfall oder Versicherungsjahr.

Die vorgeschlagene Polizza mit der Komplettformel sieht folgendermaßen aus:

- In den vertraglich gebundenen Gesundheitszentren mit vertraglich gebundenem Ärzteteam ist die direkte und integrale Zahlung der Spesen vorgesehen;
- in den vertraglich gebundenen Gesundheitszentren mit einem vertraglich nicht gebundenen Ärzteteam ist die direkte und integrale Zahlung der Spesen für das vertraglich gebundene Gesundheitszentrum sowie die Rückerstattung von 80% der für das vertraglich nicht gebundene Ärzteteam geleisteten Spesen mit Mindestbetrag gleich € 1.000,00 und Höchstbetrag gleich € 6.000,00 zu Lasten des Versicherungsnehmers vorgesehen;
- in den vertraglich nicht gebundenen Gesundheitszentren ist die Rückerstattung von 80% der geleisteten Spesen mit Mindestbetrag gleich € 1.000,00 und Höchstbetrag gleich € 6.000,00 zu Lasten des Versicherungsnehmers vorgesehen.

Für nähere Details zu den oben angeführten

Leistungen wird auf die Vorgaben aus dem Kapitel „Komplettformel“ verwiesen.

- **Betreuungsversorgung:**

Sie gewährleistet dem Versicherungsnehmer zum Schutz seiner Person sofortige Hilfeleistungen (wie die Entsendung von medizinischem Personal, die Entsendung eines Rettungswagens, die Einlieferung von und zu einem Gesundheitszentrum und verschiedene andere) gemäß den Vorgaben aus Kapitel 6 „Betreuungsversorgung“ der Versicherungsbedingungen.

Hinweis: Bei den oben genannten Fällen des Versicherungsschutzes sind Abgrenzungen und Ausschlüsse in der Inanspruchnahme oder Aufhebungsbedingungen derselben vorgesehen, welche zu einer Reduzierung oder dem Zahlungsausfall führen; für nähere Details wird auf die Vorgaben der oben genannten Kapitel sowie der Kapitel 2. „Gegenstand der Versicherung“, 4. „Allgemeine Versicherungsbedingungen“ und 5. „Vorschriften zur Regelung der Versicherung im Allgemeinen“ verwiesen.

Hinweis: Auf sämtliche oben genannte Fälle des Versicherungsschutzes werden Versicherungshöchstsummen angewendet, (im Prozentsatz des entschädigbaren Schadens mit einem Mindest- und/oder einem Höchstbetrag ausgedrückt) angewendet, welche zur Reduzierung oder der ausbleibenden Zahlung der Entschädigung führen können. Für nähere Details wird auf die Vorgaben der Versicherungsbedingungen innerhalb der oben genannten Kapitel sowie im Polizzendokument verwiesen, welcher von der Vertragspartei im Falle der Ausfertigung der Police unterzeichnet.

Beispiel für einen variablen Selbstbehalt mit einem Mindest- und einem Höchstbetrag in Euro: Gesundheitsspesen in einem vertraglich nicht gebundenen Gesundheitszentrum gleich € 10.000,00, Rückerstattung von 80% (also mit variablem Selbstbehalt von 20%) mit Mindestbetrag gleich € 1.000,00 und Höchstbetrag gleich € 6.000,00, ausgezahlte Entschädigung gleich € 8.000,00; Gesundheitsspesen in einem vertraglich nicht gebundenen Gesundheitszentrum gleich € 4.000,00, Rückerstattung von 80% (also mit variablem Selbstbehalt von 20%) mit

Mindestbetrag gleich € 1.000,00 und Höchstbetrag gleich € 6.000,00, ausgezahlte Entschädigung gleich € 3.000,00, Gesundheitsspesen gleich € 10.000,00, von denen € 5.000,00 für das vertraglich gebundene Gesundheitszentrum sowie € 5.000,00 für das vertraglich nicht gebundene Ärzteteam bestimmt sind, direkte und integrale Zahlung an das vertraglich nicht gebundene Gesundheitszentrum und Rückerstattung von 80% (also mit variablem Selbstbehalt von 20%) mit Mindestbetrag gleich € 1.000,00 und Höchstbetrag gleich € 6.000,00 für das vertraglich nicht gebundene Ärzteteam, ausgezahlte Entschädigung gleich € 9.000,00 (€ 5.000,00 + € 4.000,00).

Beispiel einer Versicherungshöchstsumme: Krankenhausaufenthalt nach Einweisung wegen Krankheit oder Unfall für 150 Tage, Krankenhaustagegeld gleich € 125,00, Entschädigungsgrenze für 100 Tage, ausgezahlte Entschädigung gleich € 12.500,00 (100 Tage x € 125,00).

4. Vertragsvorlaufzeiten

Hinweis: Im Vertrag ist eine Vorlaufzeit vorgesehen, d. h. eine Anfangsperiode des Vertragsverhältnisses, bei welcher der eventuelle Versicherungsfall nicht innerhalb der Garantie fällt und deshalb nicht entschädigt wird. Der Vorlauf gilt je nach dem vom Versicherungsnehmer angezeigten Schadensfall. Für nähere Details wird auf die Vorgaben des Art. 2.3 „Laufzeit der Garantie“ verwiesen.

5. Erklärungen des Versicherungsnehmers zu den Umständen des Risikos - Sanitätsfragebogen

Hinweis: Eventuelle falsche oder zurückhaltende Erklärungen zu den Umständen des Risikos bei der Vertragsunterzeichnung könnten zum Verlust des Entschädigungsrechts oder zur Minderung der anderen von den Art. 1892, 1893 e 1894 des Zivilgesetzbuches vorgesehenen Auswirkungen führen. Für nähere Details wird auf die Vorgaben des Art. 5.1 „Erklärungen zu den Umständen des Risikos“ verwiesen.

Hinweis: Es ist notwendig, dass der Versicherungsnehmer genau und wahrheitsgetreu die vom Sanitätsfragebogen vorgesehenen Fragen beantwortet, welche ein integraler Bestandteil

der Polizze darstellen.

Hinweis: Im Vertrag sind keine Nichtigkeitsgründe vorgesehen.

6. Verschärfung und Verminderung des Risikos und berufliche Änderungen

Der Vertrag sieht weder Verschärfungs- oder Verminderungshypothesen des Risikos, noch Änderungen im Beruf des Versicherungsnehmers vor. Diesbezüglich wird auf die Vorgaben des Art. 5:7 "Verschärfung des Risikos verwiesen".

7. Versicherungsprämien

Die Zahlungsfrequenz der Versicherungsprämie erfolgt auf Jahresbasis.

Die Entrichtung der Versicherungsprämie kann in bar sowie durch die anderen gesetzlich zugelassenen und beim Vermittler aktivierten Zahlungsmittel innerhalb der von den gültigen Vorschriften sowie dem Art. 47 des ISVAP-Reglements Nr. 5/2006 angezeigten Grenzen erfolgen. Bei vorausgehender Vereinbarung mit der Gesellschaft kann die jährliche Versicherungsprämie in monatlichen Raten mit direkter Abbuchung auf das Kontokorrent durch ein automatisches Verfahren aufgeteilt werden (bei vorausgehender Zahlung eines Betrages gleich der Summe von drei Zwölfteln - plus einem eventuellen monatlichen Anteil der jährlichen Brutto-Versicherungsprämie zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Vertrages). Alternativ dazu kann die Versicherungsprämie in Sechsmonatsraten ohne direkte Abbuchung auf das Kontokorrent aufgeteilt oder als einmalige Überweisung zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Vertrages und in der Folge anlässlich jeder jährlichen Fälligkeit entrichtet werden. Die eventuelle Aufteilung ist im Polizzendokument angeführt.

Hinweis: Es können Ermäßigungen bei der Versicherungsprämie je nach Vertragsdauer gewährt werden. Wenn der Vertrag mit einer mehrjährigen Dauer unterzeichnet wird, wird auf die Versicherungsprämie eine Reduzierung berechnet, welche im Polizzendokument im Vergleich zu der bei der jährlichen Rate vorgesehenen Versicherungsprämie selbst angezeigt wird (Art. 1899, 1. Absatz des Zivilgesetzbuches).

8. Anpassung der Versicherungsprämie

Die Versicherungsprämie untersteht einer jährlichen Anpassung aufgrund des höheren Alters des Versicherungsnehmers. Für nähere Details,

- insbesondere bezüglich der Erläuterungstabelle für den Anpassungsgrad je nach Alter
- wird auf die Vorgaben aus Art. 4:3 „Anpassung der Versicherungsprämie je nach Alter“ verwiesen.

9. Rücktrittsrecht

Hinweis: Im Falle eines Schadensereignisses verfügen die Vertragsparteien nicht über die Rücktrittsrecht im Sinne des Art. 5:8 Ausbleibendes Rücktrittsrecht bei einem Schadensereignis“. Die Vorgaben aus den Art. 2:6 "Recht der Gesellschaft, nicht erneut die Versicherung abzuschließen" sowie 5:1 "Erklärungen zu den Umständen des Risikos" der Versicherungsbedingungen bleiben davon unberührt.

Wenn der Vertrag mit einer mehrjährigen Dauer abgeschlossen wurde und nur wenn die Vertragsdauer mehr als fünf Jahre beträgt, hat der Versicherungsnehmer das Recht zur Vertragsauflösung nach Ablauf von fünf Jahren ohne zusätzliche Bürden und mit einer Vorankündigung von sechzig Tagen (Art. 1899, 1. Absatz des Zivilgesetzbuches). Wenn die Vertragsdauer gleich oder geringer ist, kann der Versicherungsnehmer nicht im Voraus den Vertrag auflösen und muss den natürlichen Ablauf des Vertrages abwarten. Hinsichtlich der Details wird auf die Vorgaben von 5:9 der Vorschriften verwiesen, welche im Allgemeinen das Versicherungs-geschäft regeln.

10. Verjährung und Verfall der aus dem Vertrag hervorgehenden Rechte

Im Sinne des Artikels 2952 des Zivilgesetzbuches verjähren sich die aus dem Versicherungsvertrag hervorgehenden Rechte, die sich von jenem hinsichtlich der Ratenzahlung der Versicherungsprämie unterscheiden, nach zwei Jahren ab dem Zeitpunkt, in dem das darauf basierende Recht zustande gekommen ist.

Die Nichterfüllung der Verpflichtungen hinsichtlich der Schadenanmeldung im Sinne des Art. 1915 des Zivilgesetzbuches kann den voll-

ständigen oder teilweisen Verlust des Entschädigungsrechtes bewirken.

Die ausbleibende Meldung durch die Vertragspartei und/oder den Versicherungsnehmer der Unterzeichnung und des nachfolgenden Abschlusses von anderen Versicherungen für das hier versicherte Risiko bewirkt bei Vorsätzlichkeit den Verfall des Rechtes auf Entschädigung.

11. Anwendbares Recht für den Vertrag

Im Sinne des Art. 180 des Gesetzesdekretes N. 209/2005 untersteht der Vertrag der italienischen Gesetzgebung, wenn das Risiko in Italien besteht.

Die Vertragsparteien dürfen für den Vertrag eine unterschiedliche Gesetzgebung im Vergleich zur italienischen auswählen, sofern auf jeden Fall die Grenzen aus der Anwendung der nationalen zwingenden Vorschriften angewendet werden sowie die Vorrangigkeit der spezifischen Verordnungen hinsichtlich der von der italienischen Gesetzgebung vorgesehenen zwingenden Versicherungen beachtet wird.

12. Steuerliche Behandlung

Die Steuerlasten sowie die steuerähnlichen Bürden hinsichtlich der Versicherung gehen zu Lasten der Vertragspartei.

Der Vertrag sieht zwei verschiedene Garantien vor, wobei für jede einzelne die Versicherungsprämie der Steuer auf die Versicherungen gemäß den folgenden gegenwärtig gültigen Steuersätzen untersteht:

- a) Krankheit: 2,50%;
- b) Betreuung: 10%.

C. INFORMATIONEN ÜBER DIE SCHADENSREGULIERUNGEN UND DEN BESCHWERDEN

13. Schadensereignisse – Regulierung der Entschädigung

Hinweis: Hinsichtlich der Versicherung „Krankheit“ ist je nach Datum des Schadensereignisses der erste Tag der Krankenhauseinweisung oder des Tagesaufenthaltes im Krankenhaus oder des chirurgischen Eingriffes ohne Einweisung gemeint.

Hinsichtlich der Garantie „Diagnoseuntersuchungen ohne Krankenhauseinweisung“ und

„Vorbeugung“ ist als Datum des Schadensereignisses der Tag gemeint, an dem sich der Versicherungsnehmer der ersten Untersuchung unterzieht.

Für die Garantie „Betreuung“ gilt das Schadensereignis als erfolgt, wenn Schwierigkeiten nach einem Unfall/einer Krankheit aufkommen, welche in der Polizze vorgesehen sind. Die Vertragspartei/der Versicherungsnehmer muss das Schadensereignis melden, indem sich sie/er mit der Kommandozentrale in Verbindung setzt oder für eine Rückerstattung der Sanitätsspesen anfragt oder das Ersatz-Krankenhaustagegeld durch Ausfüllen und Entsenden des dafür vorgesehenen Anfrageformulars an UniSalute entrichtet. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, sich den notwendigen ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen zu unterziehen sowie jede gesundheitliche Information und Unterlage zu liefern. Für nähere Details hinsichtlich des gesamten Regulierungsverfahrens wird auf die Vorgaben des Kapitels 3 „Aktivierung der Garantie „Krankheit“ sowie des Art. 4.5 „Verpflichtungen des Versicherungsnehmers im Falle eines Schadensereignisses“ verwiesen.

Hinweis: Hinsichtlich der Schadensereignisse im Zweig Betreuung wird die Handhabung der Gesellschaft an UniSalute weitergeleitet. Für nähere Details über das gesamte Verfahren wird auf die Vorgaben des Art. 6.2 „Kommandozentrale von UniSalute“ verwiesen.

14. Direkte Betreuung – Vereinbarungen

Hinweis: Im Vertrag ist die Inanspruchnahme der vertraglich gebundenen Gesundheitszentren und/oder des vertraglich gebundenen Ärzteteams durch den Versicherungsnehmer mit der direkten Zahlung der Spesen der Gesellschaft vorgesehen, wobei anderenfalls die Gesellschaft die vom Versicherungsnehmer getragenen Spesen innerhalb der Grenzen der Polizze zurückerstattet. Für nähere Details zu den oben angeführten Leistungen wird auf die Vorgaben aus dem Kapitel „Komplettformel“ verwiesen. Für die Aktivierung des Nutzungsverfahrens der vertraglich vorgesehenen Leistungen wird auf die Angaben unter Punkt 13

„Schadensereignisse - Regulierung der Entschädigung“ des vorliegenden Hinweises verwiesen.

Das aktualisierte Verzeichnis der vertraglich gebundenen Gesundheitszentren kann von der Webseite www.unisalute.it heruntergeladen werden.

15. Beschwerden

Eventuelle Beschwerden mit Gegenstand die Handhabung des Vertragsverhältnisses, insbesondere hinsichtlich der Zuweisung der Zuständigkeiten, der Wirksamkeit der Leistung, der Feststellung und Entrichtung der geschuldeten Beträge an dem Rechtsträger müssen schriftlich an folgende Adresse gerichtet werden:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Beschwerden und fachliche Betreuung für den Kunden
Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)

Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipolsai.it oder durch Ausfüllen des dafür vorgesehenen Formulars für das Einreichen der Beschwerde, welcher auf der Webseite www.unipolsai.it heruntergeladen werden kann.

Um der eingereichten Beschwerde Folge zu leisten, müssen notwendigerweise der Vor- und Nachname und die Steuernummer (oder Mehrwertsteuernummer) der Vertragspartei der Polizza angegeben werden.

Falls die Person, welche die Beschwerde eingereicht hat, nicht mit dem Ergebnis der Beschwerde selbst einverstanden ist oder wenn eine Reaktion zur Beschwerde innerhalb des maximal gültigen Zeitraumes von fünfundvierzig Tagen nicht erfolgt, kann sie sich an den Verbraucherschutzdienst der IVASS wenden, Adresse Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Telefon 06.42.133.1.

Die bei der IVASS eingereichten schriftlichen Beschwerden, auch durch das eigens dafür vorgesehene Formular, welches auf der Webseite der IVASS sowie der Gesellschaft heruntergeladen werden kann, sollen folgende Angaben enthalten:

a) Vor- und Nachname und Adresse der beauftragenden Person mit eventueller Angabe einer Telefonnummer;

- b) Ermittlung der Person oder der Personen, von denen man die Tätigkeit beanstandet;
- c) kurze und ausführliche Beschreibung des Grundes der Beschwerde;
- d) Ausfertigung der bei der Gesellschaft eingereichten Beschwerde sowie der eventuellen, von der Gesellschaft selbst eingereichten Feedbacks;
- e) jede zur näheren Beschreibung der entsprechenden Umstände nützliche Unterlage.

Es wird die Tatsache hervorgehoben, dass die Beschwerden für die Feststellung der Beachtung der gültigen Vorschriften in diesem Bereich direkt an die IVASS gerichtet werden müssen.

Die für das Einreichen der Beschwerden nützlichen Informationen sind auf der Webseite der Gesellschaft www.unipolsai.it sowie in den, falls vorgesehen, im Laufe des Vertrages entsendeten periodischen Mitteilungen enthalten.

Für die Beilegung der grenzüberschreitenden Zwistigkeit muss der Beschwerdeführer mit Ansitz in Italien die Beschwerde bei der IVASS oder dem zuständigen Auslandssystem einreichen, indem er zur Webseite http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm geht und um die Aktivierung des FIN-NET-Verfahrens ersucht.

Es wird darauf hingewiesen, dass im Falle der ausbleibenden oder teilweisen Annahme der Beschwerde der Beschwerdeführer zusätzlich zur Möglichkeit zur Einleitung eines Verfahrens bei der Justizbehörde folgende alternative Systeme zur Beilegung der Zwistigkeiten beantragen kann:

- Beilegungsverfahren vor dem Beilegungsorgan im Sinne des Gesetzesdekretes vom 4. März 2010 Nr. 28 (und nachfolgende Änderungen und Integrationen); in bestimmten Bereichen bezüglich der Zwistigkeiten bei den Versicherungs- oder Entschädigungsverträgen für einen Schaden durch ärztliche und sanitäre Verantwortung, ist der Antrag zum Schlichtungsverfahren Bedingung für die Zulässigkeit der Klage einzureichen.

Zu diesem Verfahren hat man Zugang durch ein Ersuchen, welches bei einem Beilegungsorgan durch die Betreuung eines Vertrauensanwalts mit den im oben erwähnten Gesetzesdekret angeführten Mitteln eingereicht werden muss;

- Verfahren zur unterstützten Verhandlung im Sinne des Gesetzesdekretes vom 12. November 2014 Nr. 132 (in das Gesetz Nr. 162 vom 10. November 2014 umgewandelt); man erhält Zugang zu diesem Verfahren durch Unterzeichnung eines Abkommens zur unterstützten Verhandlung zwischen den Vertragsparteien durch die Betreuung eines Vertrauensanwalts in der in dem oben genannten Dekret angezeigten Art und Weise;
- Schiedsgerichtsverfahren laut dem vorangehenden Punkt.

16. Schiedsgericht

Für die Beilegung der Zwistigkeiten ärztlicher Natur hinsichtlich der Entschädigungsfähigkeit des Schadensereignisses können die Vertragsparteien jegliche Entscheidung von einem Schiedsgericht gemäß dem im Art. 4.2 „Zwistigkeiten - freies Schiedsgericht“ definiertem Verfahren verlangen.

Der Ansitz des Ärztekollegiums befindet sich in der Gemeinde, in welcher sich das zum Domizil des Versicherungsnehmers nächstliegende Institut für Gerichtsmedizin befindet, auch wenn der Versicherungsnehmer selbst nicht mit der Vertragspartei übereinstimmt.

Hinweis: Das Recht zum Einspruch durch schlichtende Systeme sowie der Eingriff der Justizbehörde bleiben in den gesetzlich vorgesehenen Fällen davon unberührt.

Jahr

Zeitraum von 365 Tagen, oder 366 in einem Schaltjahr.

Versicherung

Versicherungsvertrag.

Versicherungsnehmer

Person, für welche die Versicherung gilt.

Betreuung

Die Versicherung, welche in den Versicherungszweig 18 gemäß Art. 2, Absatz 3 des Gesetzesdekretes Nr. 209 vom 7. September 2005 fällt und dem Versicherungsnehmer eine sofortige Hilfeleistung infolge eines zufälligen Ereignisses innerhalb der vertraglich vorgesehenen Grenzen gewährt.

Kommandozentralen

- 1) Für die Versicherung „Krankheit“:
Struktur von UniSalute, welche innerhalb der Uhrzeiten von 8.30 bis 19.30 Uhr von Montag bis Freitag im Auftrag der Gesellschaft die Dienstleistungen hinsichtlich der Versicherung „Krankheit“ handhabt.
- 2) Für die Versicherung „Betreuung“:
Struktur von UniSalute, bestehend aus Ärzten, Technikern, Arbeitern rund um die Uhr das ganze Jahr hindurch im Dienst, welche im Auftrag der Gesellschaft die Leistungen der Versicherung „Betreuung“ liefert.

Vertraglich gebundene Gesundheitszentren

Mit der Gesellschaft oder anderen spezialisierten Gesellschaften des Konzerns UniPol in Italien und im Ausland vertraglich gebundene Gesundheitsstrukturen (Krankenhäuser, Kliniken, ärztliche Ambulanzen, Diagnosezentren), welche die Leistungen erbringen, deren Kosten durch die Gesellschaft im

Auftrag des Versicherungsnehmers innerhalb der

Grenzen der Polizze getragen werden.**Vorbestehende Krankheitszustände**

Jede Folge eines Unfalls, einer Krankheit, einer Missbildung oder eines angeborenen oder nicht angeborenen, im Vorfeld zum Gültigkeitsdatum des vorliegenden Dokumentes bekannten und/oder diagnostizierten Krankheitszustandes.

Vertragspartei

Die natürliche oder juristische Person, welche die Versicherung abschließt.

Tagesaufenthalt im Krankenhaus

Der Krankenhausaufenthalt während des Tages ohne Übernachtung für chirurgische und ärztliche Eingriffe, die sich auf Folgendes beziehen:

- Therapien (mit Ausnahme von Untersuchungen mit diagnostischem Ziel, auch zur Vorbeugung);
- Unterlagen zur Krankengeschichte;
- Maßnahmen im Krankenhaus, in der Klinik oder in den dafür berechtigten Strukturen.

Gesundheitsunterlagen

Krankengeschichte und/oder sämtliche ärztlichen Unterlagen, bestehend aus Diagnosen, Urteilen und Verschreibungen durch Ärzte anhand von Röntgenaufnahmen, Instrumenten- und Diagnoseprüfungen sowie den Ausgabenzeugnissen (einschließlich der Ausgabenrechnungen und Quittungen für Arzneimittel).

Notfall

Ein urplötzlich aufgekommener pathologischer Zustand aufgrund von Krankheit oder Unfall, welcher in denselben Ort, in dem er aufgetreten ist, eine sofortige und nicht verschiebbare ärztliche oder

chirurgische Betreuung mit Zuhilfenahme der Ersten Hilfe im Krankenhaus benötigt, gefolgt oder nicht gefolgt von einer Einlieferung ins Krankenhaus.

Vertraglich gebundenes Ärzteteam

Ärzte, welche dem Versicherungsnehmer während der Krankenhauseinweisung und/oder Ärzte und Rettungsassistenten, welche am chirurgischen Eingriff teilnehmen, wobei sie mit der Gesellschaft in Italien und in Europa vertraglich gebunden sind und die Leistungen liefern, deren Kosten von der Gesellschaft im Namen und im Auftrag des Versicherungsnehmers innerhalb der Grenzen der Polizze getragen werden.

Arzneimittel

Therapeutischer Stoff, welcher in der offiziellen Pharmakopäe angeführt ist. Davon sind die homöopathischen Arzneimittel ausgeschlossen.

Informationsschreiben

Die Gesamtheit der Informationsunterlagen, welche dem potentiellen Kunden übermittelt werden sollen und aus Folgendem bestehen: Informationsvermerk, einschließlich des Glossars, der Versicherungsbedingungen, des Geheimhaltungshinweises.

Formel

Von der Vertragspartei ausgewählte und im Polizzendokument angegebene Garantieart.

Fester Selbstbehalt

Der als fester Betrag ausgedrückte Anteil des entschädigbaren Schadensereignisses, welcher für jedes Schadensereignis zu Lasten des Versicherungsnehmers verbleibt. Falls er in Tagen ausgedrückt wird, besteht er in der Anzahl von Tagen, für welche dem Versicherungsnehmer nicht der garantierte Betrag zugesichert wird.

Bedeutender chirurgischer Eingriff

Die im einschlägigen Abschnitt der Ver-

sicherungsbedingungen angeführten Eingriffe.

Entschädigung/Rückerstattung

Der von der Gesellschaft geschuldete Betrag gemäß der Polizze im Falle eines Schadensereignisses.

Unfall

Gewalttätiges und äußeres Ereignis aus einem zufälligen Grund, welches objektiv feststellbare körperliche Verletzungen verursacht.

Chirurgischer Eingriff

Die Gesamtheit der Operationseingriffe (einschließlich der Einrichtungen von Knochenbrüchen), welche zum Zwecke der Heilung einer Krankheitslage infolge einer Krankheit oder eines Unfalles durchgeführt wird.

Gesundheitsanstalt

Das öffentliche Krankenhaus, die Klinik oder das private Pflegeheim, welche ordnungsgemäß zur Lieferung von ärztlichen Leistungen berechtigt sind, ausschließlich der Thermalbäder, der Rekonvalesenz- und Aufenthaltsheime, der Institute für die Pflege der Person zu ästhetischen Zwecken, der Genesungsheime, der Hotels oder Institute für die Wiedererlangung oder der Beibehaltung der körperlichen Kondition, die Kliniken zur Pflege des „Wohlbefindens“.

IVASS

Institut zur Aufsicht der Versicherungen, wobei die Aufsichtsbehörde ISVAP seit dem 1. Januar 2013 so heißt.

Krankheit

Jede Veränderung des von einem Unfall unabhängigen Gesundheitszustandes.

Versicherungshöchstsummen

Höchstbeträge, welche der Versicherungsgeber je Versicherungsnehmer, je Schadensereignis und je Versicherungsjahr zu zahlen hat.

Arzt

Berufstätiger mit Universitätsabschluss

in Medizin und Chirurgie und Habilitation zur Ausübung der Berufstätigkeit gemäß den Vorgaben der gültigen Vorschriften im Land, in welchem die ärztliche Leistung geliefert wird.

Haushalt

Personen, welche zur Familie des Versicherungsnehmers angehören, auch wenn sie nicht unterhaltungspflichtig, insofern zusammen lebend und im Polizzendokument unter dem Posten „Versicherte Personen“ angeführt sind.

Direkte Zahlung

Die Zahlung durch die Gesellschaft im Namen und im Auftrag des Versicherungsnehmers (welcher so von der jeweiligen Anzahlung befreit wird) gegenüber dem vertraglich gebundenen Sanitätszentrum sowie des für die vorgesehenen Leistungen vertraglich gebundenen Ärzteteams.

Vertragsperiode - offenes Jahr

Im Falle eines Vertrages mit einer Dauer gleich 365 Tagen die Zeitperiode, welche um 24 Uhr des Wirkungsdatums der Police beginnt und bei Ablauf des Vertrages selbst endet.

Im Falle eines Vertrages mit einer Dauer von mehr als 365 Tagen die Zeitperiode, welche um 24 Uhr des Wirkungsdatums der Police beginnt und bei Ablauf des ersten Jahrestages endet. Die nachfolgenden Zeitperioden haben eine Dauer von 365 Tagen (366 in den Schaltjahren) ab dem Ablauf der vorangehenden Periode.

Police

Urkundenbeweis des Versicherungsvertrages im Sinne des Artikels 1888 des Zivilgesetzbuches.

Versicherungsprämie

Der von der Vertragspartei der Gesellschaft als Gegenleistung für die Versicherung geschuldete Betrag.

Sanitätsfragebogen

Das Dokument, welches den Gesund-

heitszustand des Versicherungsnehmers auf der Grundlage der Antworten desselben beschreibt und vom Versicherungsnehmer oder von der das Sorgerecht ausübende Person unterzeichnet wird und ein integraler Bestandteil der Police darstellt.

Krankenhauseinweisung

Der aus der Krankengeschichte hervorgehende Aufenthalt, welcher wenigstens eine Übernachtung in einer Gesundheitsanstalt mit sich bringt.

Polizzendokument

Unterlage, welche den Beweis der Versicherung darstellt.

Variabler Selbstbehalt

Der Anteil des entschädigbaren/zurückzahlbaren Schadenfalls gemäß der Police, in Prozent ausgedrückt, welcher zu Lasten des Versicherungsnehmers geht.

Schadensereignis

in Bezug auf die Garantie „Krankheit“:

Als Schadensereignis ist die Krankenhauseinweisung, der Tagesaufenthalt im Krankenhaus, der chirurgische Eingriff ohne Krankenhauseinweisung infolge eines von den Versicherungsleistungen vorgesehenen Ereignisses gemeint. Als Datum des Schadensereignisses ist der erste Tag der Krankenhauseinweisung oder des Tagesaufenthaltes im Krankenhaus oder des chirurgischen Eingriffes ohne Krankenhauseinweisung gemeint.

Krankenhauseinweisung

Hinsichtlich der Garantie „Diagnoseuntersuchungen ohne Krankenhauseinweisung“:

Als Schadensereignis ist die Gesamtheit der Diagnoseuntersuchungen zu einer Krankheit oder einem Unfall gemeint, denen sich der Versicherungsnehmer im Laufe des Versicherungsjahres unterzieht. ist als Datum des Schadensereignisses der Tag gemeint, an dem sich der Versicherungsnehmer der ersten Unter-

suchung unterzieht.

Hinsichtlich der Garantie „Vorbeugung“ ist die Gesamtheit der Untersuchungen gemeint, welche in den Versicherungsbedingungen angeführt sind und denen sich der Versicherungsnehmer einmalig einmal pro Jahr unterzieht. Als Datum des Schadenereignisses ist der Tag gemeint, an dem sich der Versicherungsnehmer der Gesamtheit der Untersuchungen unterzieht.

Gesellschaft

Das Versicherungsunternehmen, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Wartefrist

Die Zeitperiode zwischen der Laufzeit des Vertrages und der Laufzeit der Versicherungsgarantie.

UniSalute

Die Versicherungsgesellschaft UniSalute S.p.A, mit Ansitz in Via Larga, 8 - 40138 Bologna, welcher die Handhabung, die Behandlung und die Regulierung der Schadensereignisse sowie die Lieferung der Betreuungsleistungen anvertraut ist.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ist für den Wahrheitsgehalt und die Vollständigkeit der in diesem Informationsvermerk enthaltenen Angaben und Informationen verantwortlich.

Ausgabe 15/03/2016

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Der Geschäftsführer
(Carlo Cimbrì)



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Ansitz: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italien) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipolit

Tel. +39 051 507711 - Fax +39 051 375349 - Stammkapital im Wert Euro 2.031.454.951,73 - Unternehmenregister Bologna, Steuernummer und Mwst.-Nr. 00818570012 - Handelsregister §11469 - Gesellschaft zur Leitung und Koordinierung durch Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., eingeschrieben im Verzeichnis der Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen Abschnitt I

Unter der Nr. 1.00006 und dem Versicherungskonzern Unipol angehörend, eingeschrieben im Verzeichnis der Versicherungskonzerne unter der Nummer 046 www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Unipol
GRUPPO

2

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

A.1- GELEISTETE GARANTIEN

Die Gesellschaft sichert in folgenden Fällen:

- Krankenseinweisung mit oder ohne chirurgischen Eingriff, welcher durch Krankheit und/oder dem Unfall notwendig ist;
- Chirurgischer Eingriff ohne Krankenseinweisung aufgrund von Krankheit und/oder Unfall;
- Krankenseinweisung für eine natürliche oder therapeutische Fehlgeburt;
- Tagesaufenthalt im Krankenhaus aufgrund von Krankheit und/oder Unfall;

anhand der Art und Weise und innerhalb der von Art. A.2 vorgesehenen Grenzen sowie bis zum Zustandekommen der im Polizzendokument vereinbarten Versicherungshöchstsumme im Falle der Verwendung oder nicht durch den Versicherungsnehmer der vertraglich gebundenen Gesundheitszentren die Entschädigung/Rückerstattung hinsichtlich der folgenden anerkannten Spesen zu:

- a) für die Honorare des Chirurgen, des Gehilfen, des Assistenten sowie jeder anderen am Projekt teilnehmenden Person, für die Rechte des Operationssaals sowie das Eingriffsmaterial (einschließlich der therapeutischen Apparate und der während des Eingriffs angewendeten Endoprothesen);
- b) hinsichtlich der Zeitperiode der Krankenseinweisung für die ärztliche und krankenschwägerische Leistung, die physiotherapeutischen und rehabilitativen Behandlungen, die Arzneimittel und Untersuchungen, sofern sie sich ausschließlich auf die Ursache der Krankenseinweisung beziehen;
- c) für die Pflegesätze;

- d) für den Transport des Versicherungsnehmers entsprechend den Vorgaben der Versicherung „Betreuung“. Im Falle des Transports des Versicherungsnehmers mit dem Krankenwagen oder dem mobilen Kardiologiezentrum, welcher nicht durch die Garantie „Betreuung“ gedeckt wird, werden die innerhalb der Grenze gleich 600,00 je Schadensereignis zurückerstattet; diese Grenze wird auf Euro 6.000,00 angehoben, wenn der Transport per Ambulanz-Hubschrauber erfolgt;
- e) für die Sätze für Verpflegung und Übernachtung eines eventuellen Begleiters des Versicherungsnehmers in der Gesundheitsanstalt;
- f) für die Sanitärleistungen aufgrund der Möglichkeit, dass der Versicherungsnehmer eine Organtransplantation benötigt. Falls die Transplantation durch einen lebenden Spender erfolgt, so werden die von diesem Art. A.1 hinsichtlich des Explantates vorgesehene Spesen auch dem Spender anerkannt;
- g) für den Ankauf von Prothesen bis zu einem Höchstbetrag gleich 3.000,00 je Person in den 360 Tagen nach einem während des Gültigkeitszeitraumes der Versicherung erfolgten Schadensereignisses, welche anatomische oder funktionelle Verluste verursacht haben;
- h) für diagnostische Ermittlungen, einschließlich der Ärzthonorare, welche auch außerhalb des Krankenhauses oder des Pflegeheimes innerhalb von 120 Tagen vor der Krankenseinweisung (ausschließlich des Tagesaufenthaltes im Krankenhaus) oder dem chirurgischen Eingriff ohne Krankenseinweisung erfolgen;

- i) sofern es sich auf den Grund des sich ergebenden Schadensereignisses bezieht, für klinischen Untersuchungen, für den Ankauf von Arzneimitteln, für die ärztlichen, chirurgischen und krankenschwägerischen Leistungen, für die physiotherapeutischen und rehabilitativen Behandlungen, für Thermalbehandlungen, ausschließlich der Hotelkosten, welche in den 180 Tagen nach der Entlassung vom Krankenhaus (ausschließlich des Tagesaufenthaltes im Krankenhaus) oder nach dem chirurgischen Eingriff ohne Krankenhauseinweisung erfolgen. Diese Grenze wird auf 180 Tage im Falle von Krebserkrankung, Leukämie, akutem Herzinfarkt, einem großen chirurgischen Eingriff erhöht.

SPEZIELLE GARANTIE

1) Diagnoseuntersuchungen ohne Krankenhauseinweisung

Die Gesellschaft sichert im Falle von (angeblicher oder festgestellter) Krankheit oder Unfall, welche durch ein ärztliches Zertifikat beurkundet wird, bei Zustandekommen einer Versicherungshöchstsumme gleich Euro 5.000,00 pro Versicherungsnehmer und pro Versicherungsjahr, die Zahlung der Spesen für die Diagnoseermittlungen in der vom Art. A.2 Buchstabe f) vorgesehenen Weise zu. Von der vorliegenden Garantie sind die Spesen für die

- Blut-, Urin- und Stuhlproben;
- computergesteuerte Mineralogie und Densitometrie der Knochen (MOC und DOC) und den Pap-Abstrich;
- allgemeinen und ärztlichen Fachuntersuchungen jeglicher Art ausgeschlossen.

Es bleiben auf jeden Fall die Garantien entsprechend dem Art. A.1, Buchstaben h) und i) weiterhin gültig.

Die Versicherung aufgrund der hiesigen speziellen Garantie ist gültig, wenn der

Versicherungsnehmer für den Erhalt der oben genannten Leistungen in den mit der Gesellschaft vertraglich gebundenen Gesundheitszentren, nicht vertraglich gebundenen Gesundheitszentren, Strukturen des nationalen Gesundheitswesens oder solchen, die mit diesem vertraglich gebunden sind, Sanitätszentren im Ausland für Notfälle in Anspruch genommen hat.

2) Krankenhauseinweisung wegen Entbindung

Die Gesellschaft gewährleistet im Falle einer Krankenhauseinweisung wegen Entbindung bis zum Zustandekommen der Versicherungshöchstsumme in Höhe von:

- eventuellen Euro 1.500,00 pro Person und pro Versicherungsjahr bei einer natürlichen Entbindung
- eventuellen Euro 5.000,00 pro Person und pro Versicherungsjahr bei einer Entbindung mit Kaiserschnitt

Die Zahlung der getragenen Spesen ausschließlich für die in den Punkten a), b), c), d), e) des vorangehenden Art. A.1. vorgesehenen Leistungen. Innerhalb der vorliegenden Garantie ist nicht die direkte Zahlung vorgesehen und deshalb erfolgt ausschließlich die Rückerstattung. Alternativ zur Rückerstattung der oben genannten Spesen und auf Anfrage des Versicherungsnehmers gewährt die Gesellschaft die Zahlung des Ersatztagesgeldes eventuellen innerhalb der Grenzen und für den im nachfolgenden Punkt 3) der speziellen Garantien angezeigten Betrag.

3) Ersatztagesgeld

Die Gesellschaft gewährt im Falle der Krankenhauseinweisung oder des Tagesaufenthaltes im Krankenhaus aufgrund von Krankheit und/oder Unfall die Zahlung an den Versicherungsnehmer des Ersatztagesgeldes in Höhe von eventuellen Euro 125,00 je Einweisungstag oder von Euro 60,00 je Tagesaufenthalt im Krankenhaus für eine Höchstanzahl von 100 Tagen pro Person und pro Versicherungsjahr, falls der Versicherungsnehmer nicht die von

den Punkten a), b), c), e) des vorangehenden Art. A.1. vorgesehenen Leistungen in Anspruch nimmt.

Der Tag des Eintrittes und jener des Ausganges von der Gesundheitsanstalt werden insgesamt als ein Tag bewertet, und zwar unabhängig von der Stunde des Beginns der Krankenhauseinweisung oder der Entlassung.

Das gegenständliche Ersatztagegeld gilt nicht hinsichtlich der speziellen Garantie Krankenhauseinweisung des Neugeborenen.

4) Gesundheitsleistungen hinsichtlich des Kindes im Mutterleib

Falls sich während der vergütbaren Krankenhauseinweisung der Mutter im Sinne der Polizze gegenüber dem Kind im Mutterleib sanitäre Maßnahmen für vermutete oder offensichtliche Krankheiten oder Missbildungen desselben notwendig erweisen sollten, sichert die Gesellschaft diese Spesen für die Mutter mit denselben Grenzen wie bei der Versicherungshöchstsumme sowie der Deckung laut Vereinbarung zu, sofern die entsprechende Versicherungsprämie entrichtet wurde. Die Amniozentese und die Villozentese sind davon ausgeschlossen.

5) Krankenhauseinweisung des Neugeborenen

Falls infolge einer vergütbaren Entbindung im Sinne der Polizze für den Neugeborenen in den ersten zwei Lebensjahren eine Krankenhauseinweisung wegen einer auch angeborenen Krankheit und/oder einem Unfall notwendig sein sollte, sichert die Gesellschaft diese Spesen für diese Krankenhauseinweisung der Mutter mit denselben Grenzen wie bei der Versicherungshöchstsumme sowie der Deckung laut Vereinbarung zu, sofern die entsprechende Versicherungsprämie im Laufe der Zweijahresperiode entrichtet wurde.

6) Vorbeugung

Die Gesellschaft liefert die Zahlung der unten angeführten vollbrachten Leistungen

durch die UniSalute sowie teilweise abweichend zum Art. 2.4 "Abgrenzungen und Ausschlüsse" einmal jährlich in mit UniSalute verträglich gebundenen Sanitätsstrukturen, welche von der Kommandozentrale bei vorausgehender Vermerkung angeführt werden. Die Leistungen müssen in einer einmaligen Lösung erfolgen und werden unabhängig von dem Vorhandensein der pathologischen Zustände gewährt.

Vorgesehene Leistungen für Männer

- Alaninaminotransferase ALT
- Aspartataminotransferase ALT
- Cholesterin HDL
- Cholesterin Gesamt
- Kreatinin
- komplettes morphologisches Blutbild
- Gamma-GT
- Blutzucker
- Trygliceride
- Parziale Tromboplastinzeit (PTT)
- Protrombinzeit (PT)
- Harnstoff
- Blutsenkungsreaktion (BSR)
- Urin: chemische, physikalische und mikroskopische Untersuchung
- Stuhlprobe: Untersuchung der versteckten Blutung im Stuhl
- Urologische Visite + PSA (über 40 Jahren)

Vorgesehene Leistungen für die Frauen

- Alaninaminotransferase ALT
- Aspartataminotransferase ALT
- Cholesterin HDL
- Cholesterin Gesamt
- Kreatinin
- komplettes morphologisches Blutbild
- Gamma-GT
- Blutzucker
- Trygliceride
- Parziale Tromboplastinzeit (PTT)
- Protrombinzeit (PT)
- Harnstoff
- Blutsenkungsreaktion (BSR)
- Urin: chemische, physikalische und mikroskopische Untersuchung

- Stuhlprobe: Untersuchung der versteckten Blutung im Stuhl
- Gynäkologische Visite + PSA (über 40 Jahren)

A.2 - REGULIERUNGSKRITERIEN

Die Gesellschaft wird in den unten angeführten Grenzen Folgendes leisten:

- a) bei Inanspruchnahme von vertraglich gebundenen Gesundheitszentren mit vertraglich gebundenem Ärzteteam:
 - die vollständige Zahlung an das vertraglich gebundene Gesundheitszentrum der dem Versicherungsnehmer zustehenden Abfindung für die Spesen hinsichtlich der erhaltenen Leistungen oder eventuell für den Spesenüberschuss im Vergleich zum Betrag für das nationale Gesundheitswesen.
 - die Rückerstattung dem Versicherungsnehmer der von diesem getragenen Spesen für die unter den Punkten h) und i) des vorangehenden Art. A.1 garantierten Leistungen;
- b) bei Inanspruchnahme von vertraglich gebundenen Gesundheitszentren mit vertraglich nicht gebundenem Ärzteteam:
 - die Zahlung der dem Versicherungsnehmer zustehenden Abfindung für die Spesen hinsichtlich der in dem vertraglich gebundenen Gesundheitszentrum erhaltenen Leistungen oder eventuell für den Spesenüberschuss im Vergleich zum Betrag für das nationale Gesundheitswesen;
 - die Rückerstattung für den Versicherungsnehmer eventuellen von 80% der für das vertraglich nicht gebundene Ärzteteam getragenen Spesen, mit Mindestbetrag gleich Euro 1.000,00 und Höchstbetrag gleich Euro 6.000,00 zu Lasten des Versicherungsnehmers;
 - die Rückerstattung dem Versicherungsnehmer der von diesem getragenen Spesen für die unter den Punkten h) und i) des vorangehenden Art. A.1 garantierten Leistungen;
- c) die Rückerstattung im Falle von Inanspruchnahme nach Wahl des Versicherungsnehmers von vertraglich mit der Gesellschaft nicht gebundenen Gesundheitszentren von 80% sämtlicher anerkannter und von diesem selbst getragener Spesen mit einem Mindestvertrag gleich Euro 1.000,00 sowie einem Höchstbetrag gleich Euro 6.000,00 zu Lasten des Versicherungsnehmers;
- d) die Rückerstattung dem Versicherungsnehmer der höheren selbstgetragenen Spesen, wenn dieser anstelle der vertraglich gebundenen Gesundheitszentren die Strukturen des nationalen Gesundheitswesens oder jenen bei Achtung der Gesetzesvorschriften oder der vor Ort gültigen Regelungen, welche mit ihm vertraglich gebunden sind, oder aber die direkte oder indirekte Betreuung von privaten Krankenversicherungen in Anspruch genommen hat;
- e) die Rückerstattung dem Versicherungsnehmer der höheren selbstgetragenen Spesen, wenn dieser anstelle der vertraglich mit der Gesellschaft nicht gebundenen Gesundheitszentren im Notfall oder wegen besonderer Notwendigkeiten beanspruchen muss: In letzterem Fall ausschließlich durch vorausgehendes Abkommen mit der Gesellschaft;
- f) soweit sich der Spesenposten auf die spezielle Garantie 1) „Diagnoseuntersuchungen ohne Krankenhauseinweisung“ bezieht:
 - die vollständige Zahlung an die vertraglich gebundenen Gesundheitszentren der dem Versicherungsnehmer zustehenden Entschädigungsnehmer der von diesem getragenen Spesen für die unter den Punkten h) und i) des vorangehenden Art. A.1 garantierten Leistungen;

- igung für die Spesen hinsichtlich der erhaltenen Betreuung direkt zu liefern;
- die Entschädigung der bei vertraglich nicht gebundenen Gesundheitszentren geleisteten Spesen mit der Anwendung eines variablen Selbstbehaltes in Höhe von 20% sowie eines nicht entschädigbaren Mindestbetrages in Höhe von Euro 60,00 für jede Diagnoseuntersuchung;
 - die eventuellen gesetzlich vorgesehenen Eigenbeträge zu entschädigen, wenn der Versicherungsnehmer die Dienste von Strukturen des nationalen Gesundheitswesens oder von mit dem nationalen Gesundheitswesen vertraglich gebundenen Strukturen in Anspruch genommen hat;
- die Entschädigung der im Ausland vom Versicherungsnehmer für Notfälle auch in mit der Gesellschaft nicht vertraglich gebundenen Gesundheitszentren geleisteten Spesen;
- g) Soweit sich der Spesenposten auf die spezielle Garantie 6) „Vorbeugung“ zur direkten Zahlung an die vertraglich gebundenen Gesundheitszentren der dem Versicherungsnehmer für die Spesen für die erhaltenen Leistungen zustehenden Entschädigung bezieht.

Art. 2.1 Geleistete Garantien

Die Gesellschaft liefert bei Zahlung der entsprechenden Versicherungsprämie die von der Vertragspartei im Polizzendokument vorhandenen und in der ermittelten Formel ausgewählten Garantien.

Art. 2.2 Versicherungshöchstsumme

Die Jahresversicherungshöchstsumme für eine Gruppe von Leistungen, welche von den „Anerkannten Spesen“ vorgesehen sind, wird im Polizzendokument angezeigt.

Art. 2.3 Laufzeit der Garantie

Die Laufzeit der Garantie für:

- a) Unfälle startet ab dem Tag, an dem die Versicherung abgeschlossen wurde;
- b) Krankheiten startet ab dem 30-igsten Tag nach jenem, an dem die Versicherung abgeschlossen wurde;
- c) die natürliche und therapeutische Abtreibung sowie für Krankheiten aufgrund der Schwangerschaft und für die Gesundheitsleistungen auf das Kind im Mutterleib startet ab dem 30-igsten Tag, nach welchem die Versicherung in Kraft getreten ist, sofern die Schwangerschaft nach diesem Datum begonnen ist;
- d) die Entbindung startet ab dem 300-igsten Tag nach jenem, an dem die Versicherung abgeschlossen wurde.

Falls der Vertrag als Ersatz/Erneuerung ohne Unterbrechung nach einem ähnlichen Vertrag mit der Gesellschaft hinsichtlich derselben Versicherungsnehmer ausgestellt wurde, sind die oben genannten Fristen nur hinsichtlich der neuen Garantien und/oder höheren, vom neuen Vertrag vorgesehenen Summen gültig. Die vorliegende Bestimmung gilt auch im Falle von Änderung im Laufe ein und denselben Vertrages.

Art. 2.4 Abgrenzungen und Ausschlüsse

Die Versicherung „Krankheit“ ist unbeschadet der Vorgaben der von der Vertragspartei ausgewählten Formel auf jeden Fall nicht für

folgende Fälle gültig:

- a) die vorher bestehenden Unfälle, Krankheiten und pathologischen Zustände sowie die direkten und indirekten Folgen aus diesen, welche bei der Vertragsunterzeichnung vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit verschwiegen wurden, unbeschadet der im Art. 5.1 vorgesehenen Vorgaben;
- b) die zum Zeitpunkt der Polizzenunterzeichnung bestehenden und bekannten Krankheiten, auch wenn sie angezeigt wurden, sowie die Folgen von Unfällen, welche sich vor dem Datum der Polizzenunterzeichnung ereigneten. Der vorliegende Ausschluss gilt nicht für folgende Fälle:
 - die Polizzen bei der garantierten Erneuerung hinsichtlich der Krankheiten nach der Unterzeichnung der ersten Polizza, welche die garantierte Erneuerung vorsah;
 - die in den Erklärungen über den Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers abgegebenen sowie von der Gesellschaft angenommenen eventuellen Unfälle und Krankheiten;
- c) die Beseitigung oder Berichtigung der im Vergleich zur Polizzenunterzeichnung vorbestehenden physischen Fehler oder Missbildungen, wobei als solche eine Anomalie eines vor der Unterzeichnung objektiv sichtbaren anatomischen oder klinisch diagnostizierten Körperteiles gemeint ist;
- d) die mit der HIV-Infektion zusammenhängenden pathologischen Zustände;
- e) die Geisteskrankheiten, die organischen zerebralen Syndrome, die psychischen Störungen im Allgemeinen, die Nevrosen und die dazugehörigen Folgen;
- f) die mit arglistigen, vom Versicherungs-

- snehmer vollbrachten oder versuchten Delikten zusammenhängenden Unfälle und Krankheiten, welche von diesen ausgehen oder auf jeden Fall damit zusammenhängen;
- g) für die Unfälle oder Krankheiten infolge von Alkoholismus, vom nicht therapeutischen Konsum von Psychopharmaka, von Rauschgiftmitteln oder von halluzinogenen Stoffen;
 - h) die Unfälle infolge der Ausübung von Luftsportarten sowie der Teilnahme an Wettbewerben mit motorisierten Fahrzeugen sowie an den dazugehörigen Probe- und Trainingsläufen aufgrund der Ausübung der Sportarten auf beruflichem Niveau;
 - i) die Diagnose, die Therapie und jede Leistung, welche mit der Sterilität, der sexuellen Impotenz, mit der assistierten und künstlichen Fertilisation zusammenhängt;
 - l) die Fettabsaugung und die Leistungen mit einer ästhetischen Zielsetzung (abgesehen von chirurgischen Plastikeingriffen zum Wiederaufbau infolge von Krankheiten und/oder Unfällen und Stomatologieeingriffen zum Wiederaufbau, einschließlich der Zähne, und zwar nur infolge eines dokumentarisch belegten Unfalles);
 - m) die Untersuchungen und Therapien mit einer ästhetischen Zielsetzung sowie die Diäten mit einer ästhetischen Zielsetzung, die homöopathischen und pflanzenheilenden Therapien, die Akupunktur, die nichtkonventionelle Medizin;
 - n) die Gesundheitschecks der Präventivmedizin;
 - o) die Leistungen, welche nicht von Ärzten oder medizinischen Helfern durchgeführt wurden, welche für die Ausübung der Tätigkeit im Sinne der gültigen Vorschriften zugelassen sind;
 - p) die zahnärztlichen und orthodontischen Pflegeleistungen sowie die Lieferung von Zahnprothesen, wenn diese nicht tatsächlich aufgrund eines dokumentarisch belegten Unfalles notwendig sind;
 - q) die direkten oder indirekten Folgen von natürlichen oder erzeugten Umwandlungen oder Regelungen von Atomenergie sowie von der Beschleunigung der atomaren Partikel (Atomkernspaltung und nukleare Fusion, radioaktive Isotope, Beschleunigungsmaschinen, Röntgenstrahlen, usw.), sofern es sich nicht um Folgen von im Sinne des vorliegenden Vertrages entschädigbaren ärztlichen Therapien handelt;
 - r) die Folgen von Krieg, Aufruhr, tektonischen Bewegungen oder Vulkanaustrüben;
 - s) die Krankenhausaufenthalte aufgrund der Notwendigkeit des Versicherungssnehmers, welcher auf permanente Weise pflegebedürftig geworden ist, einen Beistand von Dritten zur Ausübung der täglichen Bedürfnisse erhalten muss, sowie die Einweisungen für Langzeitkrankenhausaufenthalte, wenn diese aufgrund von erhaltenden Beistand- oder Therapiemaßnahmen notwendig waren.

Gegenüber den Versicherungsnehmern mit einem Alter von mehr als 65 Jahren wird die Garantie für die chronischen Krankheiten je Person und je Versicherungsjahr bis zu einer maximalen Anzahl von sechzig auch nicht aufeinander folgenden Krankenhausaufenthaltstagen, wenn dies von der ausgewählten Garantie vorgesehen ist.

Art. 2.5 Erneuerungsrecht bei Vertragsablauf

Der vorliegende Vertrag wird bei seinem natürlichen Ablauf nicht stillschweigend erneuert. Abgesehen von den Vorgaben aus dem Art. 2.6 "Recht der Gesellschaft, nicht erneut die Versicherung abschließen zu müssen" verpflichtet sich die Gesellschaft auf Verlangen der Vertragspartei zur Erneuerung der Versicherung in der ursprünglich ausgewählten Formel. Die Vertragspartei muss den neuen Vertrag unterzeichnen oder dessen Erneuerung von der Gesellschaft binnen und nicht später als 30 Tagen

nach dem Ablauf des vorliegenden Vertrages schriftlich verlangen.

Die Versicherungsbedingungen und die Versicherungsprämie, welche auf dem neuen Vertrag angewendet werden,

sind jene, welche zum Zeitpunkt der neuen Unterzeichnung für die Produkte der Linie Unipol-Sai Gesundheit Sanicard Garantierte Erneuerung oder einer ähnlichen

eventuell vermarkteten Linie gültig sind. Die Versicherung wird mit eventuellen, bereits laufenden Garantieeinschränkungen unabhängig von eventuellen Änderungen der Gesundheitsbedingungen des Versicherungsnehmers erneuert.

Art. 2.6 Recht der Gesellschaft, nicht erneut die Versicherung eingehen zu müssen

Die Gesellschaft ist nicht zum erneuten Abschluss der Versicherung in folgenden Fällen verpflichtet:

- a) bei ausbleibender Ausübung des Erneuerungsrechts durch die Vertragspartei binnen 30 Tagen nach dem Ablauf des Vertrages;
- b) auf Anfrage der Vertragspartei zur Nichterneuerung der Versicherung auch für eine einzige der bereits versicherten Personen, sofern die Versicherung eine Familieneinheit betrifft und der die Auflösung fordernde Versicherungsnehmer nicht daran beteiligt ist. In diesem Fall ist die Gesellschaft verpflichtet, auch mit dem besagten Versicherungsnehmer die Versicherung abzuschließen, wenn dieser nicht binnen 30 Tagen nach dem Vertragsablauf eine Anfrage einreicht;
- c) bei Einstellung der Dienstleistungen des Versicherungszweiges Krankheiten durch die Gesellschaft;
- d) bei Unfall innerhalb der ersten 2 Jahren ab dem Datum der Vertragsgültigkeit. In diesem Fall muss die Gesellschaft nach der Schadensanmeldung und binnen 60

Tagen ab der Auszahlung oder nach der Verweigerung der Entschädigung die Absicht zur ausbleibenden Erneuerung des Vertrages anlässlich seines vom Polizzendokument angezeigten natürlichen Ablaufes durch Einschreiben mit Rückschein mitteilen. In diesem Falle kann die Vertragspartei von der Versicherung hinsichtlich einzig der vom Unfall betroffenen Person oder vom Vertrag binnen 30 Tagen nach Erhalt dieser Mitteilung zurücktreten, und die Gesellschaft wird den entrichteten und nicht in Anspruch genommenen Anteil der Versicherungsprämie bei Abzug der Steuern zurückzahlen. Falls der gegenständliche Vertrag als Ersatz oder Erneuerung ohne Unterbrechung eines anderen Vertrages, **Garantierte Erneuerung** genannt, für dieselben bereits mit der Familie in der Garantie vorhandenen Versicherungsnehmer ausgestellt wurde, starten die Fristen für die Festlegung des Zweijahreszeitraumes ab dem rechtskräftigen Datum des ursprünglichen Vertrages.

- e) Vervollständigung des 80. Lebensjahres des Versicherungsnehmers. Falls die Versicherung zahlreiche Versicherungsnehmer betrifft, kann die Erneuerung für die Versicherungsnehmer verlangt werden, welche noch nicht die oben genannte Altersgrenze erreicht haben.

Die Regelungen aus dem vorliegenden Buchstaben sind nicht auf die Erneuerung der vor April 2009 unterzeichneten Verträge Sanicard Garantierte Erneuerung gültig; falls verschiedene Verträge mit der Bezeichnung Garantierte Erneuerung aneinander ohne Unterbrechung gefolgt sind, gilt das Unterzeichnungsdatum des ersten unterzeichneten Vertrages.

Die Gesellschaft hat die Handhabung, Behandlung und Regulierung des Schadensereignisses an UniSalute S. p. A. anvertraut.

Art. 3.1 Kommandozentrale

Bei Bedarf greift die Kommandozentrale infolge eines Anrufs des Versicherungsnehmers zur Handhabung der Versicherung „Krankheit“ sowie zur vorschriftsmäßigen Lieferung der von den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Artikel ein.

Die Kommandozentrale arbeitet an sämtlichen Werktagen zwischen 8.30 und 19.30 Uhr von Montag bis Freitag in der folgenden Art und Weise:

a) Anrufe aus Italien

Der Versicherungsnehmer muss die Grüne Nummer wählen: 800-903063 Fax: 051-7096862

b) Anrufe aus dem Ausland

Der Versicherungsnehmer muss aus dem Ausland folgende Telefonnummer wählen: 051-4161791 mit vorausgehender internationaler Vorwahl, für Italien 9+39).

Art. 3.2 Verwendungsart der Versicherungsdeckung

a) Wenn der Versicherungsnehmer die direkte Zahlung unter der vertraglichen Vereinbarung sowohl vom Gesundheitszentrum, als auch vom Ärzteteam in Anspruch nehmen möchte, muss er:

- die vom behandelnden Arzt korrekt ausgefüllte ärztliche Verschreibung hinsichtlich der verlangten Leistung erhalten;
- stets zwei Werktage im Voraus im Vergleich zum Tag der Einlieferung in den vertraglich gebundenen Gesundheitszentrum die Kommandozentrale anrufen (außer im Notfall), um die Aktivierung der Garantie durchzuführen. Die Kommandozentrale wird nach Er-

mittlung der ordnungsgemäßen Versicherung, indem eventuell auch vom Versicherungsnehmer zusätzliche ärztliche Unterlagen verlangt werden (Befunde, Diagnoseergebnisse, Krankengeschichte usw.), die Leistung genehmigen. Zum Zeitpunkt des Zugangs zum vertraglich gebundenen Zentrum muss der Versicherungsnehmer das Original der ärztlichen Unterlagen mit der Diagnose einreichen. Zum Zeitpunkt der Entlassung begleicht der Versicherungsnehmer nur die nicht entschädigbaren Spesen aufgrund der Bedingungen in der Police sowie jene nicht mit den Pathologien zusammenhängenden, für welche eine Genehmigung vorliegt. Die Gesellschaft bezahlt im Namen und im Auftrag des Versicherungsnehmers die restlichen Spesen. Falls die Kommandozentrale auf der Grundlage der erhaltenen Informationen davon ausgeht, dass die Leistung aufgrund der vertraglichen Bedingungen nicht entschädigbar ist, teilt die Entscheidung dem Gesundheitszentrum sowie dem Versicherungsnehmer mit; letzterer muss die Spesen hinsichtlich der verlangten Leistungen übernehmen und eventuell die Entschädigung von der Gesellschaft anhand der in Art. 3.3 angezeigten Art und Weise verlangen. Die Entschädigungen, welche zu einem späteren Zeitpunkt als geschuldet anerkannt werden, werden allerdings beglichen, als ob die vertraglich gebundene Leistung genehmigt wurde (und deshalb ohne die Anwendung der bei der Inanspruchnahme von vertraglich nicht gebundenen Zentren vorgesehenen Strafpunkte).

- b) Wenn der Versicherungsnehmer die direkte Zahlung bei einem vertraglich gebundenen Zentrum mit einem vertraglich nicht gebundenen Ärztetem in Anspruch nehmen möchte, wird das vom Punkt a) vorhergesehene Verfahren angewendet, mit Ausnahme des Falles, bei welchem der Versicherungsnehmer die vertraglich nicht gebundenen ärztlichen Leistungen direkt bezahlt und für diese selbst ein Ersuchen um Rückerstattung gemäß der von Art. 3.3 angezeigten Art und Weise einreicht.
- c) Wenn der Versicherungsnehmer nicht das vertraglich gebundene Netz in Anspruch nehmen möchte, muss er am Ende des Krankenhausaufenthaltes ein Ersuchen um Rückerstattung gemäß der von Art. 3.3 angezeigten Art und Weise einreichen. Die Auszahlung des geschuldeten Betrages an den Versicherungsnehmer erfolgt binnen 45 Tagen nach dem Erhalt der für die Beurteilung des Schadensereignisses notwendigen sowie vollständigen Unterlagen.

Art. 3.3 Ersuchen um Rückerstattung

Zum Erhalt der Rückerstattung folgender geleisteter Spesen durch den Versicherungsnehmer, innerhalb der Grenzen der Garantie der ausgewählten Formel, wenn er:

- vertraglich nicht gebundene Gesundheitszentren in Anspruch genommen hat;
- während des Krankenhausaufenthaltes in einem vertraglich gebundenen Gesundheitszentrum die Leistung eines vertraglich nicht gebundenen Ärzteteam in Anspruch genommen hat;
- Spesen für die zur Krankenseinweisung oder den chirurgischen Eingriff vorhergehenden Gesundheitsleistungen getragen hat;
- Spesen für die Entbindung getragen hat; oder um die Zahlung des von den speziellen Garantien der ausgewählten Formel vorgesehenen Ersatztagelohnes zu erhalten, muss er der:

UniSalute S.p.A.

**Entschädigungen UnipolSa c/o CMP BO Via Zanardi, 30
40131 Bologna BO**

eine Ausfertigung des dafür vorgesehenen, vollständig ausgefüllten Anfrageformulars der Rückerstattung mit Beilage der im Formular selbst angezeigten Unterlagen entsenden.

Dieses Formular:

- kann durch die eigens dafür vorgesehene Funktion im Abschnitt „Versicherungsfälle/Rückerstattungen“- “Möchten Sie ein Schadensereignis anzeigen?” innerhalb des Kundenbereichs der Website www.unisalute.it ausgefüllt werden.
- Kann in der weißen Version im Abschnitt Formulare auf der Website www.unisalute.it heruntergeladen werden.

Bei Einschaltung der Sozialversicherungsbehörden und/oder jeder anderen privaten Versicherungspolize müssen die Ausfertigungen der Ausgabenrechnungen zusammen mit dem Beleg für den Beteiligungsanteil durch die Behörde selbst und/oder der Unterlage zum Beweis der Spesenrückerstattung durch eine andere Polize eingereicht werden.

Art. 3.4 Informationsdienst

Wenn sich der Versicherungsnehmer an die Kommandozentrale wendet, kann er Informationen hinsichtlich Folgendem erhalten:

- der vorliegenden Polize;
- der Verwendungsweise der Dienstleistungen;
- der eventuellen Aktualisierungen über die vertragliche Bindung der Gesundheitszentren und der Ärzte;
- der Auswahl der am meisten geeigneten Gesundheitsstrukturen in Anbetracht der eigenen Bedürfnisse;
- der Gesundheitsstrukturen sowie der eventuellen Spezialisierungen;
- der Empfehlungen zur Erledigung von Vorgängen, Unterlagen und zuständigen Ämtern;
- der Gesundheitsversorgung im Ausland sowie der wechselseitigen Abkommen.

Art. 4.1 Gebietserweiterung

Die Versicherung gilt für die gesamte Welt.

Art. 4.2 Zwistigkeiten - informelles Schiedsgericht

Unbeschadet des Rechts zur Gerichtsberufung können die Zwistigkeiten ärztlicher Natur über die Entschädigungsfähigkeit des Schadenereignisses an zwei von jeder Vertragspartei ernannten Ärzte gesendet werden, welche im gemeinsamen Sitz des zur Residenz des Versicherungsnehmers nächstliegenden Instituts für Gerichtsmedizin zusammentreffen. Bei weiterer Uneinigkeit dieser Ärzte wird ein Dritter ernannt. Wenn eine Vertragspartei nicht zur Ernennung des dritten Arztes sorgt oder wenn keine Einigkeit über die Ernennung des dritten Arztes besteht, wird die Entscheidung auf Antrag der ersten reagierenden Vertragspartei durch den Rat der für den Ort der Versammlung des Gremiums zuständigen Ärztekammer getroffen (Gemeinde, Sitz des zur Residenz des Versicherungsnehmers nächstliegenden Instituts für Gerichtsmedizin). Jede der Vertragsparteien wird die Spesen des eigenen Arztes tragen, während jene des dritten Arztes zu Lasten der unterliegenden Vertragspartei gehen. Die Entscheidungen des Ärztegremiums werden mit der Stimmenmehrheit mit Befreiung sämtlicher rechtlicher Formalitäten getroffen und sind für die Vertragsparteien bindend, welche bereits jetzt mit Ausnahme der Fällen der Verletzung der Vertragsabkommen auf jede Anfechtung verzichten. Die Ergebnisse der Schiedsgerichtsverfahren müssen in einem eigens dafür vorgesehenen Protokoll in zweifacher Ausfertigung für jede Vertragspartei erfasst werden. Die Entscheidungen des Ärztegremiums sind für die Vertragsparteien bindend, auch wenn sich einer der Ärzte zur Unterzeichnung des entsprechenden Protokolls weigert; diese Weigerung muss von den Schiedsrichtern im endgültigen Protokoll erfasst werden.

Art. 4.3 Anpassung der Versicherungsprämie je nach Lebensalter

Die Versicherungsprämie wird jährlich aufgrund des zunehmenden Alters des Versicherungsnehmers gemäß der folgenden Regel angepasst:

Alter	Prozentsatz der jährlichen Steigerung der Versicherungsprämie
Von 0 bis 14	0%
Zwischen 14 und 15	11%
Zwischen 15 und 19	3%
Zwischen 19 und 20	14%
Ab dem 20. Lebensjahr	3%

Art. 4.4 Rückgabepflicht der ausgestellten Geldbeträge für Ausgaben, die nicht unter den Gewährleistungen fallen

Die Gesellschaft behält sich im Falle von direkten Zahlungen im Namen und im Auftrag des Versicherungsnehmers oder von Betreuungen, welche in der Folge im Sinne des Gesetzes oder des Vertrages als nicht geschuldet sein sollten, das Recht zum Rückgriffsanspruch gegenüber der Vertragspartei oder dem Versicherungsnehmer für die getragenen Spesen. Die Vertragspartei und der Versicherungsnehmer erkennen ausdrücklich das oben genannte Recht an und verpflichten sich zur Rückerstattung der geschuldeten Beträge an die Gesellschaft auch hinsichtlich zu den Angaben im Formular zur Verwendung der unterzeichneten vertraglichen Bindung zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Dienste der vertraglich gebundenen Gesundheitszentren.

Art. 4.5. Pflichten durch den Versicherungsnehmer im Falle eines Versicherungsfalles

Auf Anfrage der Gesellschaft oder von UniSalute muss sich der Versicherungsnehmer im Falle eines Schadensereignisses den notwendigen ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen unterziehen. Der Versicherungsnehmer ist außerdem verpflichtet, jederzeit jede Information zu liefern sowie jede ärztliche Unterlage hervorzubringen; er ermächtigt zudem sowohl das vertraglich gebundene Gesundheitszentrum, als auch das ärztliche Personal, die gesamte mit dem Schadensereignis verbundenen ärztlichen Unterlagen an UniSalute zu übertragen und eventuellen zusätzliche Informationen zum eigenen Gesundheitszustand zu liefern.

Art. 4.6. Änderungen in den Verhältnissen zu den vertraglich gebundenen Gesundheitszentren mit Vereinbarung sowie zu anderen Zulieferern von Betreuungen und Dienstleistungen

Eventuelle Änderungen oder Einstellungen oder der Beziehungen zwischen den Gesellschaften, UniSalute, den vertraglich gebundenen Gesundheitszentren sowie anderen Zulieferern von Betreuungen und Dienstleistungen können sich nicht auf die Gültigkeit und Wirksamkeit des vorliegenden Vertrages auswirken.

Art. 4.7. Rückgabe der Urschriften in den Ausgabenrechnungen

Die Originale der als Unterlagen des Schadensereignisses abgegebenen Ausgabenrechnungen müssen dem Versicherungsnehmer bei vorausgehender Bescheinigung der erfolgten Rückerstattung zurückgegeben werden.

Art. 4.8. Verzicht auf Rückgriffhandlungen

Die Gesellschaft verzichtet auf jeden Rückgriff für die ausgezahlten Rückerstattungen und lässt die Rechte des Versicherungsnehmers oder der Rechtsinhaber gegenüber eventuellen für den Unfall verantwortlichen Dritten unbeschadet.

Art. 5.1 Erklärungen zu den Umständen des Risikos

Die Gesellschaft liefert die Garantie zu den Fristen hinsichtlich der vorliegenden Polizzauf der Grundlage der vom Versicherungsnehmer und/oder von der Vertragspartei abgegebenen Erklärungen aus dem Sanitätsfragebogen, welcher ein integraler Bestandteil der Polizza selbst ist. Die ungenauen oder ausbleibenden Erklärungen der Vertragspartei oder des Versicherungsnehmers bezüglich der Umstände, welche sich auf die Risikobewertung auswirken, können zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Rechts auf Entschädigung sowie zur Beendigung selbst der Versicherung im Sinne der Art. 1892, 1893 und 1894 des Zivilgesetzbuches führen.

Die Vertragspartei und der Versicherungsnehmer müssen vor der Unterzeichnung des Sanitätsfragebogens die Genauigkeit der im Fragebogen selbst enthaltenen Erklärungen überprüfen.

Art. 5.2 Andere Versicherungen

Der Versicherungsnehmer muss der Gesellschaft schriftlich das Bestehen oder die nachfolgende Unterzeichnung von anderen Versicherungen für dasselbe Risiko mitteilen; im Falle eines Schadensereignisses ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, darüber sämtliche Versicherer zu informieren und jedem den Namen der anderen zu nennen (Art. 1910 des Zivilgesetzbuches).

Der Versicherungsnehmer, welcher die Mitteilung des Bestehens oder der nachfolgenden Unterzeichnung von anderen Versicherungen vorsätzlich unterlässt, büßt das Recht zur Rückerstattung ein.

Art. 5.3 Zahlung der Versicherungsprämie und Laufzeit der Gewährleistung

Unbeschadet der von Art. 2.3 vorgesehenen Ablauffristen der Garantie tritt die Versiche-

rung um 24 Uhr des im Polizzendokument angegebenen Tages in Kraft, wenn die Versicherungsprämie oder die erste Rate der Versicherungsprämie ausgezahlt wurden; andernfalls tritt sie ab 24 Uhr des Zahlungstages in Kraft. Die Versicherungsprämien müssen dem Vermittler, welchem die Polizza zugesprochen wurde, oder der Gesellschaft gezahlt werden. Wenn die Vertragspartei oder der Versicherungsnehmer die Versicherungsprämien oder die Raten der darauf folgenden Versicherungsprämien nicht entrichtet, wird die Versicherung ab 24 Uhr des 15. Tages nach jenem des Verfalls unterbrochen und tritt erneut ab 24 Uhr des Zahlungstages in Kraft, unbeschadet der darauf folgenden Fristen (Art. 1901 des Zivilgesetzbuches).

Die Entrichtung der Versicherungsprämie kann in bar sowie mit den anderen gesetzlich zugelassenen und beim Vermittler aktivierten Zahlungsmitteln innerhalb der von den gültigen Vorschriften sowie dem Art. 47 des ISVAP-Reglements Nr. 5/2006 angezeigten Grenzen erfolgen.

Art. 5.4 Aufteilung der Versicherungsprämie Vorausgesetzt, dass die jährliche Versicherungsprämie unaufteilbar ist, kann die Gesellschaft die Aufteilung der Versicherungsprämie selbst zulassen.

Im Falle einer ausbleibenden Zahlung der Raten der Versicherungsprämie ist die Gesellschaft nach 15 Tagen ab dem jeweiligen Ablauf von jeder sich daraus ergebenden Pflicht befreit, unbeschadet jedes Rechts auf die integrale Rückerstattung der Versicherungsprämie. Die Wirksamkeit der Versicherung wird ab 24 Tagen fortgesetzt, in welchem die Zahlung der rückständigen Rückerstattung erfolgt.

Art. 5.5. Aufgeteilte Zahlung der Versicherungsprämie durch das SDD-Dienst (wirksam, wenn im Polizzendokument die

monatliche Aufteilung angegeben ist)

Die Gesellschaft und die Vertragspartei können die Annahme hinsichtlich der Zahlung der Versicherungsprämie des in der Folge beschriebenen Verfahrens vereinbaren.

1. Zusage zur Dienstleistung der monatlichen Zahlung der Versicherungsprämie SEPA Direct Debit

- 1.1. Die Gesellschaft ermöglicht die Zahlung der aufgeteilten Versicherungsprämie der Vertragspartei ohne zusätzliche Aufteilungsbürden und in der in den folgenden Punkten angegebenen Art und Weise.
- 1.2. Bei der Unterzeichnung des Versicherungsvertrages muss die Vertragspartei (i) in der Agentur einen Betrag gleich drei Zwölfteln (sowie die eventuelle monatliche Aufteilung) der vereinbarten Versicherungsprämie im Voraus zahlen, (ii) sich zur Zahlung des restlichen Betrages der Versicherungsprämie gleich neun Zwölfteln durch monatlichen Raten von je einem Zwölftel verpflichten sowie (iii) sich zur Zahlung der nachfolgenden monatlichen Raten verpflichten, falls der Vertrag stillschweigend erneuert wurde, wobei er das eigens dafür vorgesehene Formular SEPA Direct Debit (S.D.D.) ausfüllt sowie dann die eigene Bank zur Annahme der entsprechenden Belastungsaufträge der Gesellschaft ermächtigt.
- 1.3. Die Zahlung anlässlich des Ablaufs jeder monatlichen Rate wird von der Gesellschaft mit dem Vorbehalt zur Überprüfung und im Falle eines guten Ausgangs angenommen.
- 1.4. Die Gesellschaft wird auf jeden Fall die Mitteilung der Zahlung der monatlichen Raten sowie der von der Polizza vorgesehen Garantien durch die Entsendung der folgenden Nachricht an die Vertragspartei mitteilen, welche die Ausstellung der Quittung ersetzt: «Wir haben Ihre Zahlung durch S.D.D.-Abbuchung in Höhe von € xxxx,xx für die Rate vom [TT Monat JJJJ] der Polizza Nr. xx/xx/xxxx erhalten. Wir bestätigen die Versiche-

rungsdeckung. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Diese Nachricht wird von der Gesellschaft:

- per SMS-Nachricht an folgende Telefonnummer [*] gesendet.
2. **Ausbleibende Abbuchung der Zahlung der Versicherungsprämien**
 - 2.1. Binnen zehn Tagen nach dem Ablauf der Rate wird die Bank der Vertragspartei der Gesellschaft die eventuelle ausbleibende Abbuchung des geschuldeten Betrages mitteilen, falls bei der Abbuchung auf das Konto nicht die notwendigen Mittel vorhanden waren.
 - 2.2. In diesem Falle wird die Gesellschaft gleichzeitig die Mitteilung des negativen Ausgangs an die Vertragspartei und die entsprechende Unterbrechung der Versicherungsdeckungen durch Entsendung einer Nachricht in der unter Punkt 1.5 angezeigten Art und Weise mitteilen. «Die S.D.D.-Abbuchung von € xxxx,xx für die Rate vom TT/MM/JJJJ der Polizza xxx/ xxxxxxxxx wurde von Ihrer Bank abgewiesen; deshalb werden die geleisteten Garantien in der Polizza ab dem TT/M/JJJJ unterbrochen. Kommen Sie zur Agentur, um die Zahlung zu regeln. Versicherungen UnipolSai».
 3. **Aufhebung/Änderungen der Dienstleistung der S.D.D.-Abbuchung**
 - 3.1. Um den guten Ausgang der Abbuchungsregelungen sowie die regelmäßige Zahlung der Versicherungsprämie zu ermöglichen, verpflichtet sich die Vertragspartei, der Gesellschaft rechtzeitig eventuelle Änderungen der eigenen Bankkoordinaten oder der eventuell von ihm selbst verfügten Aufhebungen des S.D.D.-Abbuchungsdienstes mitzuteilen.
 - 3.2. Sollte die Vertragspartei im Falle des Austausches des Versicherungsvertrages weiterhin den S.D.D.-Abbuchungsdienst auch für den ersetzenden Vertrag nutzen wollen und der Ersatzvertrag diesen Zahlungsweg vorsieht, muss er gleichzeitig ein neues Mandat zur Nutzung des

- S.D.D.-Dienstes unterzeichnen.
- 3.3. Im Falle einer Auflösung oder eines Austausches des Versicherungsvertrages wird die Gesellschaft der Vertragspartei folgende Nachricht in der unter dem Punkt 1.4 angezeigten Art und Weise senden: «Wir teilen die Auflösung/den Austausch der Polizza Nr. xx/xx/xxxx sowie die Aufhebung der S.D.D.-Abbuchung für die Zahlung der Versicherungsprämie ab dem [TT Monat JJJJ] mit. Kommen Sie zur Agentur, um Ihre Position gegenüber UnipolSai Assicurazioni S.p.A. zu regeln.»
 - 3.4. Im Falle der von der Vertragspartei verfügten Aufhebung des S.D.-Abbuchungsdienstes wird die Gesellschaft dieser selbst folgende Nachricht in der unter Punkt 1.4 angezeigten Art und Weise entsenden: «Infolge der von Ihnen verfügten Aufhebung der S.D.D.-Abbuchung für die Zahlung der Versicherungsprämie für die Polizza Nr. xxx/xxxxxxxx werden die geleisteten Garantien von nun an unterbrochen. Kommen Sie zur Agentur, um die Zahlung der Versicherungsprämie ab dem JJ/MM/JJJJ zu regeln. Versicherung UnipolSai».
 - 3.5. Bei jeder Möglichkeit der Aufhebung oder Änderung des S.D.D.-Abbuchungsdienstes muss die Vertragspartei die Zahlung der geschuldeten Raten der Versicherungsprämie in der Agentur entrichten und muss mit derselben eine andere Zahlungsweise vereinbaren und einen von den gültigen Vorschriften vorgesehenen und bei der Agentur aktivierten Zahlungsweg auswählen. Zu diesem Zwecke wird darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit der monatlichen Aufteilung der Versicherungsprämie von der Gesellschaft nur bei Zahlung durch die S.D.D.-Abbuchung angeboten wird.

Die Vertragspartei muss die Gesellschaft ausdrücklich zur Übertragung der Vertrags- und Dienstmitteilungen an die angegebene E-Mail-Adresse oder Handynummer ermächtigen, wobei sie sich zur rechtzeitigen

Mitteilung eventueller Änderungen verpflichtet.

Art. 5.6 Änderungen der Versicherung

Die eventuellen Änderungen der Versicherung müssen schriftlich dokumentiert und bewiesen werden.

Art. 5.7 Verschärfung des Risikos

Sie hat keine Gültigkeit im Sinne des vorliegenden Vertrages.

Art. 5.8 Ausbleibendes Rücktrittsrecht bei einem Schadensereignis

Die Vertragsparteien haben nicht das Recht zur Auflösung der Polizza infolge der Anzeige des Schadensereignisses inne, abgesehen von den ungenauen Erklärungen oder den ausbleibenden Aussagen (Art. 5). Die Vorgaben aus dem Art. 2.6 „Recht der Gesellschaft, nicht erneut die Versicherung eingehen zu müssen“, sind davon unbeschadet.

Art. 5.9 Versicherungsperiode und Rabatt aufgrund der Mehrjährigkeit

Für jene Fälle, in denen sich das Gesetz oder der Vertrag auf die Versicherungsperiode beziehen, gilt dies für die Dauer eines Jahres als vereinbart, sofern die Versicherung für einen kürzeren Zeitraum unterzeichnet wurde, wobei dieser in diesem Fall mit der Vertragsdauer übereinstimmt.

Wenn die Versicherung für eine mehrjährige Dauer (also über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren) unterzeichnet wurde, wird die Versicherungsprämie je Versicherungsjahr mit der Anwendung der im Polizzendokument angegebenen prozentualen Tarifreduzierung berechnet. Die im Polizzendokument angezeigte Versicherungsprämie beinhaltet bereits die besagte Reduzierung. Infolge der automatischen Anpassung im Sinne des Art. 4.3 “Anpassung der Versicherungsprämie je nach Lebensalter” wird sich auch der Betrag der Reduzierung entsprechend ändern.

Wenn deshalb im Sinne des Art. 1899, 1. Absatz des Zivilgesetzbuches die Vertragsdauer mehr als fünf Jahre beträgt, kann der Versicherungsnehmer sein Recht zur Vertragsauflösung nur nach den ersten fünf Jahren der Vertragsdauer wahrnehmen. Wenn die

Vertragsdauer gleich oder geringer ist, kann der Versicherungsnehmer nicht im Voraus den Vertrag auflösen und muss den natürlichen Ablauf des Vertrages abwarten.

Art. 5.10 Nicht stillschweigende Verlängerung

Der vorliegende Vertrag wird bei seinem Ablauf nicht stillschweigend erneuert.

Art. 5.11 Steuerlasten

Die Steuerlasten hinsichtlich der Versicherung gehen zu Lasten der Vertragspartei.

Art. 5.12 Verweis auf die Gesetzesvorschriften

Für alles, was nicht ausdrücklich vom vorliegenden Vertrag verboten ist, gelten die gültigen Vorschriften und Regelungen

Die Gesellschaft hat die Handhabung, Behandlung und Regulierung des Schadensereignisses an UniSalute S. p. A. anvertraut.

Im in der Folge angeführten Text ist für Ärzteteam die Gruppe von qualifizierten Ärzten gemeint, welche bei der Kommandozentrale rund um die Uhr während sämtlicher Tage im Jahr verfügbar sind.

Art. 6.1 Geleistete Garantien und Dienstleistungen

Der Versicherungsnehmer kann die unter Art. 6.3 genannten Leistungen innerhalb der Grenzen der Polizza in Anspruch nehmen, indem er die Kommandozentrale rund um die Uhr während sämtlicher Tage im Jahr anrufen kann.

Art. 6.2 Kommandozentrale von UniSalute

Die Betreuung wird im Auftrag der Gesellschaft von der Kommandozentrale von UniSalute geleistet, bei welcher die Organisationsstruktur des Kundendienstes rund um die Uhr während sämtlicher Tage im Jahr verfügbar ist.

Der Versicherungsnehmer muss zur Nutzung des Kundendienstes **IMMER IM VORAUS** die Kommandozentrale anrufen.

a) Anrufe aus Italien

Der Versicherungsnehmer kann folgende Telefonnummer wählen:

Grüne Nummer: 800-212477

b) Anrufe aus dem Ausland

Der Versicherungsnehmer muss aus dem Ausland folgende Telefonnummer wählen: 051-6389048 mit vorausgehender internationaler Vorwahl, für Italien (+39).

Der Versicherungsnehmer kann der Kommandozentrale folgende Daten angeben:

- a) Polizzenummer;
- b) Personalien des Versicherungsnehmers und eventuelle zeitweilige Adresse oder zeitweilige Anschrift (Ortschaft, Straße, Telefon, usw.);
- c) Art des Schadenereignisses und Ort des Zustandekommens;

d) Eventuelle Angaben zur Gesundheitsstruktur oder dem behandelnden Arzt des Versicherungsnehmers nach dem Schadensereignis;

e) Art des verlangten Eingriffs

Art. 6.3 Leistungen

Basisbetreuung

a) Entsendung von ärztlichem Personal

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers und im Falle der fehlenden Verfügbarkeit des üblichen Arztes wird das Ärzteteam der Kommandozentrale nach Ermittlung der Bedürfnisse des Versicherungsnehmers im Notfall einen von ihm ernannten Arzt zum Ort der Betreuung entsenden. Sollte dies aufgrund von tatsächlichen örtlichen Umständen unmöglich sein, verfügt das Ärzteteam der Kommandozentrale eine ärztliche Visite in der dem Ort der Betreuung nächstliegende Krankenhausstruktur.

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen.

b) Entsendung eines Facharztes in Pädiatrie

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers im Alter von weniger als 14 Jahren und im Falle der fehlenden Verfügbarkeit des üblichen Arztes wird das Ärzteteam der Kommandozentrale nach Ermittlung der Bedürfnisse des Versicherungsnehmers im Notfall einen von ihm ernannten Arzt zum Ort der Betreuung entsenden.

Sollte dies aufgrund von tatsächlichen örtlichen Umständen unmöglich sein, verfügt das Ärzteteam eine ärztliche Visite in der dem Ort der Betreuung nächstliegende Krankenhausstruktur. Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen.

c) Entsendung eines Krankenwagens

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers, aufgrund welcher eine

Einlieferung ins Krankenhaus notwendig ist, werden die Ärzte der Kommandozentrale im Notfall dafür sorgen, dass ein Krankenwagen zum Ort der Betreuung entsendet wird. Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen.

d) Krankenüberführung

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers kann das Ärzteteam der Kommandozentrale nach Beurteilung des klinischen Zustandes des Versicherungsnehmers auch durch Kontakt mit den behandelnden Ärzten vor Ort, wenn dies seines Erachtens möglich und zweckmäßig ist, den Versicherungsnehmer:

- in ein geeignetes Krankenhaus für die notwendige einschlägigen Behandlung einliefern;
- aus dem Ausland, wo er im Krankenhaus liegt, in ein italienisches Krankenhaus einliefern;
- in ein Krankenhaus einliefern, welcher zu seinem gewöhnlichen Wohnsitz am nächsten liegt;
- in seinem gewöhnlichen Wohnsitz einliefern.

Das Ärzteteam wird nach eigenem unanfechtbaren Ermessen das am besten geeignete Transportmittel ausfindig machen und im Notfall die Begleitung durch ein spezialisiertes Ärzte- und/oder Krankenpflegepersonal veranlassen.

Die vom Ärzteteam verfügbaren Transportmittel für die Krankenüberführung sind folgende:

- spezielles Krankenflugzeug;
- Linienflugzeug mit eventueller Krankentrage;
- Krankenwaggon erster Klasse der Eisenbahn;
- Krankenwagen oder ein anderes geeignetes Transportmittel.

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen.

Im Falle, dass im Zielland des Versicherungsnehmers Gesundheitsrestriktionen bestehen, welche eine Rückkehr verhindern, verfügt das Ärzteteam in Abstimmung mit dem Versicherungsnehmer oder seinen Familienangehörigen

die Überführung innerhalb der Spesengrenzen für das ursprünglich vorgesehene Einlieferungsland zu einem Land, in welchem diese Restriktionen nicht bestehen. Wenn außerdem auch diese Überführung nicht stattfinden kann, übernimmt die Gesellschaft die Aufenthaltskosten vor Ort des Versicherungsnehmers nach der Krankenhausentlassung bis zu einem maximalen Betrag gleich der Kosten, welche die Gesellschaft für die Überführung in das ursprünglich vorgesehene Zielland hätte tragen müssen. Die Verwendung eines speziellen Krankenflugzeugs ist auf die Länder Europas sowie jenen im Mittelmeerraum liegenden.

Die eventuellen vom Versicherungsnehmer oder von anderen Reiseberechtigten nicht genutzten Reisetickets müssen der Gesellschaft zurückgegeben werden.

Die Garantie ist auf jeden Fall nicht wirksam und es besteht kein Recht auf Rückerstattung, wenn trotz der freiwilligen Entlassung vom Behandlungsort der Versicherungsnehmer nicht die Zustimmung zur Überführung durch das Ärzteteam erhalten hat.

Die Garantie ist außerdem nicht wirksam, falls der Versicherungsnehmer ein Transportmittel verwendet hat, welches nicht vom Ärzteteam bewilligt wurde.

e) Einlieferung in ein Fachkrankenhaus

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers, welche die Notwendigkeit einer Einlieferung in ein Fachkrankenhaus in Italien oder im Ausland bedingt, da die Pathologie innerhalb der Krankenhausorganisation der Region des Wohnsitzes des Versicherungsnehmer als nicht heilbar angesehen wird, kann das Ärzteteam der Kommandozentrale nach Bewertung des klinischen Zustandes des Versicherungsnehmer auch durch Kontakt mit den behandelnden Ärzten vor Ort, wenn dies seines Erachtens möglich und zweckmäßig ist, den Versicherungsnehmer in ein geeignetes Krankenhaus einliefern, welches die einschlägige Behandlung des Falles gewährleistet.

Das Ärzteteam wird nach eigenem unanfechtbaren Ermessen das am besten geeignete Transportmittel ausfindig machen und wird im

Notfall die Begleitung durch ein spezialisiertes Ärzte- und/oder Krankenpflegepersonal veranlassen.

Die vom Ärzteteam verfügbaren Transportmittel für die Krankenüberführung sind folgende:

- spezielles Krankenflugzeug;
- Linienflugzeug mit eventueller Krankentrage;
- Krankenwaggon erster Klasse der Eisenbahn;
- Krankenwagen oder ein anderes geeignetes Transportmittel.

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen. Die Verwendung eines speziellen Krankenflugzeugs ist auf die Länder Europas sowie jenen im Mittelmeerraum liegenden.

Die eventuellen vom Versicherungsnehmer oder von anderen Reiseberechtigten nicht genutzten Reisetickets müssen der Gesellschaft zurückgegeben werden.

Die Garantie ist auf jeden Fall nicht wirksam und es besteht kein Recht auf Rückerstattung, wenn trotz der freiwilligen Entlassung vom Behandlungsort der Versicherungsnehmer nicht die Zustimmung zur Überführung durch das Ärzteteam erhalten hat.

Die Garantie ist außerdem nicht wirksam, falls der Versicherungsnehmer ein Transportmittel verwendet hat, welches nicht vom Ärzteteam bewilligt wurde.

f) Rückkehr zum Wohnsitz vom Behandlungsort

Im Falle von bereits mit der Garantie „Entsendung eines Krankenwagens“, „Krankenüberführung“, „Überführung in einem Fachkrankenhaus“ auf der Grundlage der Vereinbarungen zwischen dem Ärzteteam und den behandelnden Ärzten im Ort der Betreuung organisieren die Ärzte der Kommandozentrale die Überführung des Versicherungsnehmers zum gewohnten Wohnsitz des Versicherungsnehmers selbst.

Das Ärzteteam wird nach eigenem unanfechtbarem Ermessen unter Berücksichtigung der klinischen Lage des Versicherungsnehmers das am besten geeignete Transportmittel ermitteln und bei Bedarf die Begleitung durch

eventuell auch spezialisiertes Ärzte- und/oder Krankenpflegepersonal veranlassen. Die vom Ärzteteam verfügbaren Transportmittel für die Krankenüberführung sind folgende:

- spezielles Krankenflugzeug;
- Linienflugzeug mit eventueller Krankentrage;
- Krankenwaggon erster Klasse der Eisenbahn;
- Krankenwagen oder ein anderes geeignetes Transportmittel.

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen. Die Verwendung eines speziellen Krankenflugzeugs ist auf die Länder Europas sowie jenen im Mittelmeerraum liegenden.

Die Garantie ist auf jeden Fall nicht wirksam und es besteht kein Recht auf Rückerstattung, wenn trotz der freiwilligen Entlassung vom Behandlungsort der Versicherungsnehmer nicht die Zustimmung zur Überführung durch das Ärzteteam erhalten hat.

Die eventuellen vom Versicherungsnehmer oder von anderen Reiseberechtigten nicht genutzten Reisetickets müssen der Gesellschaft zurückgegeben werden.

Die Garantie ist außerdem nicht wirksam, falls der Versicherungsnehmer ein Transportmittel verwendet hat, welches nicht vom Ärzteteam bewilligt wurde.

g) Medical second opinion (Ärztliches Zweitgutachten)

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit wird auf Verlangen des Versicherungsnehmers im Sinne eines ärztlichen Zweitgutachtens hinsichtlich einer bereits von seinem behandelnden Arzt diagnostizierten Pathologie verpflichtet sich das Ärzteteam:

- a) eine erste Begutachtung des vom Versicherungsnehmer vorgestellten Falles durchführen;
- b) zusammen mit dem Versicherungsnehmer die Vollständigkeit der Ausfertigung der klinischen/diagnostischen Unterlagen in seinem Besitz überprüfen;
- c) die Namen der gesundheitlichen Strukturen zu liefern, welche ein Gutachten zur

angezeigten Pathologie liefern.

Die Gesellschaft wird außerdem:

- a) angeben, welche weiteren Unterlagen einzureichen sind, welche die hervorbringende klinische/diagnostische Dokumentation vervollständigen;
- b) per Fax dem Versicherungsnehmer den Voranschlag der auf den Versicherungsnehmer selbst anfallenden Kosten entsenden.

Im Falle, dass der Versicherungsnehmer ein ärztliches Zweitgutachten verlangen sollte, muss er dem Ärzteteam das unterzeichnete Faxschreiben (an die Faxnummer 051-7096862) zur Annahme des Voranschlages der auf den Versicherungsnehmer selbst anfallenden Kosten sowie der Erlaubnis zur Behandlung der personenbezogenen Daten entsenden (Gesetzesentwurf vom 30.06.2003 Nr. 196).

Die ausbleibende Rückentsendung des unterschriebenen Kostenvoranschlag zur Annahme ermöglicht nicht die Lieferung der gegenständlichen Leistung.

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen.

- a) Entsendung an den Berufstätigen der vom Versicherungsnehmer erhaltenen Unterlagen;
- b) Übersetzung der Unterlagen sowie die IT-Transformation der Bilder für die nachfolgende Übermittlung dem beauftragten Berufstätigen;
- c) Übersetzung des Antwortschreibens des Berufstätigen;
- d) Rückgabe sämtlicher Unterlagen an den Versicherungsnehmer.

Zu Lasten des Versicherungsnehmers verbleiben folgende Kosten:

- die Vorbereitung und Lieferung der Ausfertigung sämtlicher klinischen/diagnostischen Unterlagen (einschließlich der Abbildungen) in seinem
- die Entsendung der Ausfertigung der klinischen/diagnostischen Unterlagen per Expresskurier an die telefonisch mitgeteilten Adresse des Ärzteteams der Kommandozentrale;

- die Honorarkosten des zum ärztlichen Zweitgutachten angerufenen Berufstätigen und der Gesundheitsstruktur, welcher er vorsteht (diese Kosten können in der Folge zurückerstattet werden, wenn sie vor oder nach der Krankenhauseinweisung im Sinne der ausgewählten Formel anfallen);
- eventuell jede andere Kosten aufgrund der Anfragen des Versicherungsnehmers für weitere nach der Ausstellung des ärztlichen Zweitgutachten erforderliche Ermittlungen außer einem telefonischen Kontakt mit dem Ärzteteam.

Die Ausfertigung der vom Versicherungsnehmer hervorgebrachten Unterlagen wird per Expresskurier bei vollständiger Verantwortung des Versicherungsnehmers entsendet und die Gesellschaft kann auf keinem Fall für eventuelle ausbleibende Übergaben an die angezeigte Adresse verantwortlich gehalten werden.

h) **Gesundheitliche Informationen**

Im Falle eines Unfalls, einer Krankheit oder einer Notwendigkeit kann der Versicherungsnehmer das Ärzteteam der Kommandozentrale telefonisch anrufen, um folgende nützliche Ratschläge und Informationen einzuholen:

- Standort und Verfügbarkeit der Erste-Hilfe-Strukturen
- Allgemein- und Fachärzte;
- Verfügbarkeit und Standort der öffentlichen und privaten Pflegeanstalten;
- Themenbereiche ärztlichen Inhalts;

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen.

i) **Direkte Kommunikation mit dem Krankenhaus**

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers, welche eine Krankenhauseinweisung notwendig machen, steht das Ärzteteam der Kommandozentrale zur Verfügung, um den Informationsaustausch zwischen den Familienangehörigen und den Ärzten der Pflegeanstalt zu fördern.

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen.

j) **Betreuung im Falle eines Ablebens**

Bei Ableben des Versicherungsnehmers sorgt sich die Gesellschaft um die Ausführung sämtlicher bürokratischer und rechtlicher Formalitäten am Ort der Betreuung sowie die Überführung der Leiche zum Ort des Begräbnisses in Italien gemäß der internationalen Vorschriften.

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen, einschließlich jener für den Sarg. Wenn der Versicherungsnehmer das Verlangen formuliert hat, vor Ort bestattet zu werden, wird die Gesellschaft dies auf eigene Kosten veranlassen. Die Garantie wird über 50 km vom üblichen Wohnsitz des Versicherungsnehmers entfernt geleistet.

Die von der Gesellschaft gelieferte Bahre ist vom Standardtyp, während die Spesen hinsichtlich der Beerdigung davon ausgeschlossen sind und vollständig zu Lasten der Erben gehen.

k) **Entsendung eines Dolmetschers im Ausland**

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit, welche die Krankenhauseinweisung des Versicherungsträgers bewirkt haben, oder bei Bestehen von sprachlichen Schwierigkeiten mit den behandelnden Ärzten, entsendet die Gesellschaft einen Dolmetscher zum Ort der Betreuung.

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen, innerhalb der folgenden Grenzen:

- 8 nicht aufeinander folgende Arbeitsstunden;
- bis zum einem Höchstbetrag für jeden Schadensereignis gleich Euro 260,00.

Die Garantie wird im Ausland geleistet.

l) **Reise eines Familienangehörigen**

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers, welche eine Krankenhauseinweisung für einen von den behandelnden Ärzten größer als 3 Tage andauernden Zeitraum mit sich bringt, organisiert die Gesellschaft die Reise eines Familienangehörigen, welcher dorthin zum Beistand reisen möchte. Die Gesellschaft stellt für einen Familienangehörigen, der sich in Italien befindet, ein Flugti-

cket der Touristenklasse oder ein Eisenbahnticket 1. Klasse zur Verfügung und deckt die entsprechenden Spesen.

BETREUUNG PLUS

(nur gültig bei Anführung im Polizzendokument)

a) **Telefonische Fachberatungen (in Kardiologie, Gynäkologie, Pädiatrie, Orthopädie, Notfallmedizin, Geriatrie, Diätologie, Dermatologie, Neurologie, Sportmedizin).**

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit kann der Versicherungsnehmer die Gesellschaft anrufen, welche die Kommandozentrale mit einem Ärzteteam zur Verfügung stellt, welches rund um die Uhr in sämtlichen Tagen des Jahres verfügbar ist. Das Ärzteteam steht zur Verfügung, um Folgendes zu leisten:

- Ratschläge und Anmerkungen hinsichtlich seines Gesundheitszustandes;
- Angabe der für die Behandlung der angezeigten Pathologie geeigneten Gesundheitsstrukturen;
- Angabe der Namen von Fachärzten in der vom Versicherungsnehmer angezeigten Pathologie.

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen.

Davon ausgeschlossen sind die Kosten der fachärztlichen Visite, welche vollständig vom Versicherungsnehmer getragen werden.

Die Garantie ist bei vorausgehender Zustimmung des Versicherungsnehmers und entsprechend der gültigen Gesetzgebung über den „Schutz der Personen sowie die Behandlung der personenbezogenen Daten“ gültig.

Die Garantie wird über 50 km vom üblichen Wohnsitz des Versicherungsnehmers entfernt geleistet.

a) **Entsendung von Arzneimitteln zum Beistandort**

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers und infolge einer spezifischen ärztlichen Verschreibung besorgt die Gesellschaft die speziellen für die Behandlung der Pathologie unbedingt notwendigen Arz-

neimittel, welche vor Ort nicht verfügbar sind, sofern sie in der offiziellen italienischen Pharmakopäe angeführt und genehmigt sind, wobei sie die entsprechenden Kosten vorschießt und entsprechend der örtlichen und internationalen Vorschriften direkt an die Anschrift, bei welcher sich der Versicherungsnehmer befindet. Die Gesellschaft übernimmt die Forschungs- und Entsendungsspesen der Arzneimittel.

Es sind davon die Kosten der speziellen Arzneimittel ausgeschlossen, welche vollständig vom Versicherungsnehmer getragen werden.

Die Garantie ist bei vorausgehende Zustimmung des Versicherungsnehmers und entsprechend der gültigen Gesetzgebung über den „Schutz der Personen sowie die Behandlung der personenbezogenen Daten“ gültig.

Die Garantie wird über 50 km vom üblichen Wohnsitz des Versicherungsnehmers entfernt geleistet.

b) Unvorhergesehene Übernachtungen

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers, welche von einer schriftlichen ärztlichen Verschreibung belegt sind, welche nicht eine Krankenhauseinweisung notwendig machen, aber entsprechend dem Urteil des Ärzteteams der Kommandozentrale die Reisefortsetzung für den Versicherungsnehmer bedingen, wird die Gesellschaft:

- die Übernachtung am Ort der Betreuung für sämtliche Versicherungsnehmer organisieren und veranlassen. Die Kommandozentrale wird die zum Ort der Betreuung nächstgelegene Hotelstruktur suchen;
- eine Vertrauensperson für die Behandlung der Versicherungsnehmer unter 14 Jahren beauftragen, eventuellen falls es keine anderen Versicherungsnehmer gibt, welche zu deren Obhut während des Aufenthalts imstande sind.

Die Gesellschaft übernimmt:

- die Transportkosten zum Hotel;
- die Kosten für Übernachtung und Frühstück höchstens für 2 Nächte pro Schadensereignis und Euro 350,00;
- die Kosten für die Person für die Obhut

der Versicherungsnehmer unter 14 Jahren während des Aufenthalts bis zu einem Höchstbetrag von Euro 150,00 für jedes Schadensereignis.

Das ausgewählte Hotel gehört der Mindestklasse an oder ist mit der Drei-Sterne-Kategorie gleichwertig, sofern die Versicherungsnehmer aus Bequemlichkeit oder Möglichkeit nicht mit der Kommandozentrale in zum Ort der Betreuung näheren Hotelstrukturen mit einer geringeren Kategorie übernachten.

Die Übernachtung geht zu Lasten der Gesellschaft, wenn dies bereits im ursprünglichen Reiseprogramm vorgesehen war.

Die Garantie wird über 50 km vom üblichen Wohnsitz des Versicherungsnehmers entfernt geleistet.

c) Unvorhergesehene Überführungen

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers, welche von einer schriftlichen ärztlichen Verschreibung belegt sind, welche nicht eine Krankenhauseinweisung notwendig machen, aber entsprechend dem Urteil des Ärzteteams der Kommandozentrale die Reisefortsetzung für den Versicherungsnehmer bedingen, wird die Gesellschaft:

- die Weiterreise mit dem Verkehrsmittel, mit welchem die Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Anfrage zum Beistand gerade reisten;
- oder im Vergleich zum ursprünglichen Reiseprogramm;

wird die Gesellschaft:

- für sämtliche Versicherungsnehmer die Rückkehr zur Wohneinheit oder die Fortsetzung der Reise bis zum Endziel organisieren und verfügen;
- eine Vertrauensperson für die Behandlung der Versicherungsnehmer unter 14 Jahren beauftragen, falls keine anderen Versicherungsnehmer gibt, welche zu deren Obhut während der Reise imstande sind.

Die Gesellschaft übernimmt:

- die Spesen zur Rückkehr zur Wohneinheit oder die Fortsetzung der Reise bis zum Endziel innerhalb des Zahlungsrahmens, welche für die Rückkehr zur Wohneinheit

- notwendig gewesen wären;
- die Kosten für die Person für die Obhut der Versicherungsnehmer unter 14 Jahren während der Reise bis zu einem Höchstbetrag von Euro 300,00 für jedes Schadensereignis.

Die eventuellen vom Versicherungsnehmer oder von anderen Reiseberechtigten nicht genutzten Reisetickets müssen der Gesellschaft zurückgegeben werden.

Die Garantie wird über 50 km vom üblichen Wohnsitz des Versicherungsnehmers entfernt geleistet.

d) Begleiter im Falle einer Krankenüberführung

Im Falle einer Krankenüberführung des Versicherungsnehmers wird die Gesellschaft nach der Beratung mit dem Ärzteteam die Rückkehr des Versicherungsnehmers mit einer vom Versicherungsnehmer selbst genannten Person organisieren und verfügen, sofern sie sich diese Person am Ort befindet. Die eventuellen vom Versicherungsnehmer oder von anderen Reiseberechtigten nicht genutzten Reisetickets müssen der Gesellschaft zurückgegeben werden.

e) Übermittlung von dringenden Nachrichten

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit stellt die Gesellschaft die Kommandozentrale zur Verfügung, welche rund um die Uhr in sämtlichen Tagen des Jahres aktiv ist, um dringende Nachrichten für in Italien ansässige Personen zu übermitteln. Die Gesellschaft wird die Nachricht auf dem schnellstmöglichen Wege übermitteln. Im Falle der Abwesenheit der Empfänger werden diese bis zur Zustellung der Nachricht oder bis zur Überwindung des Notfalls kontinuierlich angerufen.

Die Gesellschaft übernimmt die dazugehörigen aufkommenden Spesen.

Die Garantie ist bei vorausgehender Zustimmung des Versicherungsnehmers und entsprechend der gültigen Gesetzgebung über den „Schutz der Personen sowie die Behandlung der personenbezogenen Daten“ gültig.

Art. 6.4 Abgrenzungen und Ausschlüsse

Die Betreuungsdienstleistung ist auf jeden Fall nicht für folgende Fälle wirksam:

- a) die Unfälle, Krankheiten, Missbildungen und die pathologischen Zustände sowie die direkten und indirekten Folgen aus diesen, welche bei der Vertragsunterzeichnung vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit verschwiegen wurden;
- b) die Geisteskrankheiten, die psychischen Störungen im Allgemeinen, die Nevrosen und die dazugehörigen Folgen;
- c) die mit arglistigen, vom Versicherungsnehmer vollbrachten oder versuchten Delikten zusammenhängenden Unfälle und Krankheiten, welche von diesen ausgehen oder auf jeden Fall damit zusammenhängen. Darin sind die durch grobe Fahrlässigkeit verursachten Unfälle inbegriffen;
- d) für die Unfälle oder Krankheiten infolge von Alkoholismus, vom nicht therapeutischen Konsum von Psychopharmaka, von Rauschgiftmitteln oder von halluzinogenen Stoffen;
- e) die Unfälle infolge der Ausübung von Luftsportarten sowie der Teilnahme an Wettbewerben mit motorisierten Fahrzeugen sowie an den dazugehörigen Probe- und Trainingsläufen;
- f) die Krankenseinweisungen für Diagnoseuntersuchungen, welche nicht durch Krankheit oder Unfall bedingt sind (Gesundheitscheck);
- g) die direkten oder indirekten Folgen von natürlichen oder erzeugten Umwandlungen oder Regelungen von Atomenergie sowie von der Beschleunigung der atomaren Partikeln (Atomkernspaltung und nukleare Fusion, radioaktive Isotope, Beschleunigungsmaschinen, Röntgenstrahlen, usw.), sofern es sich nicht um Folgen von im Sinne des vorliegenden Vertrages entschädigbaren ärztlichen Therapien handelt;
- h) die Folgen von Krieg, Aufruhr, tektonischer Bewegungen oder Vulkanausbrüche.

Es bleibt außerdem vereinbart, dass:

- a) die Gesellschaft weder Rückerstattungen, noch Ausgleichsentschädigungen für Leistungen anerkennt, die von anderen Versicherungsgesellschaften oder von anderen Organismen organisiert wurden, welche nicht im Voraus von der Kommandozentrale verlangt und von dieser organisiert wurden. Als Ausnahme gilt die Möglichkeit der Rückerstattung innerhalb der von der Polizze vorgesehenen Grenzen, falls die im Voraus kontaktierte Kommandozentrale den Versicherungsnehmer ermächtigt hat, auf selbstständige Weise die Hilfemaßnahmen zu organisieren. In letzterem Fall müssen der Gesellschaft die Original-Belege der vom Versicherungsnehmer getragenen Spesen zukommen.
- b) Die Gesellschaft erkennt weder Rückerstattungen, noch Entschädigungsbeträge hinsichtlich der Deckungen der Gesellschaft an, welche der Versicherungsnehmer bewusst nicht genutzt oder darauf verzichtet hat, weil sie nicht notwendig waren.
- c) Die Gesellschaft übernimmt keine Verantwortung für Schäden infolge seines verspäteten oder ausbleibenden Eingriffs aufgrund eines unvorhergesehenen Ereignisses, wegen höherer Gewalt oder aufgrund von unzutreffenden oder unvollständigen vom Versicherungsnehmer gelieferten Informationen.
- d) Jede Verantwortung der Gesellschaft und/oder von UniSalute aufgrund der Handlungsweise der eventuellen beauftragten Berufstätigen bleibt ausgeschlossen.
- e) Eventuelle Mehrmengen der Honorare der eingreifenden Berufstätigen im Vergleich zu den Entschädigungen zu Lasten der Gesellschaft müssen dem Berufstätigen im Einsatz direkt vom Versicherungsnehmer entrichtet werden.
- f) Die von der Gesellschaft organisierten Transporte erfolgen durch Verwendung der am besten geeignete Transportmittel hinsichtlich des zurückzulegenden Weges sowie des Gesundheitszustandes des Versicherungsnehmers.
- g) Die von der Gesellschaft als Vorauszahlung anerkannten Beträge, auf denen keine Zinsen berechnet werden, müssen binnen 30 Tagen nach der Zurverfügungstellung zurückerstattet werden. Die eine Geldvorauszahlung erhaltende Person muss angemessene Bankbürgschaften vorweisen sowie eine Quittung unterzeichnen, welche von den Beauftragten der Gesellschaft verlangt wird, und die von der Kommandozentrale erteilten Anweisungen befolgen.

Die Betreuungsdienstleistung wird unbeschadet der eventuell von den einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebietsgrenzen überall in der Welt geliefert, ausgenommen in den Ländern, die sich in einem, auch nicht erklärten Kriegszustand befinden. Sämtliche Leistungen sind bei vorausgehender Zustimmung des Versicherungsnehmers und entsprechend der gültigen Gesetzgebung über den „Schutz der Personen sowie die Behandlung der personenbezogenen Daten“ gültig.

Als "Große chirurgische Eingriffe" sind jene chirurgischen Eingriffe gemeint, welche durch die Verwendung von besonderen und komplexen Operationstechniken gekennzeichnet sind; zur näheren Definition im Sinne der vorliegenden Garantie gelten folgende „Großen chirurgischen Eingriffe“:

Abdomen (Bauchwand)

Explorative Laparoskopie wegen der Okklusion mit Resektion

Explorative Laparoskopie mit viszeraler Suture

Herzchirurgie

Eingriffe der offenen Herzchirurgie wegen einzelner Defekte ohne Komplikationen:

- Korrektur des interatrialen Septums
- Korrektur des Defektes des interventrikulären Septums ohne Lungenhochdruck
- Einzelne oder multiple Valvulotomie für Lungenstenose
- Mitralvalvulotomie
- Valvularvulvotomie der Aorta
- Korrektur der aortischen Stenose der diaphragmaartigen unteren Klappe
- Austausch der einzelnen triskuspidalen Mitralklappe der Aorta
- Anuloplastik der einzelnen Klappe
- by-pass aorto-coronarico singolo
- Embolektomie der Lungenkappe offene Herzchirurgie für komplexe oder komplizierte Defekte:
- Radikale Korrektur der Transposition der großen Gefäße
- Radikale Korrektur des anomalen venösen Gesamtrückflusses in der Lunge
- Korrektur der anomalen Implantation der Koronararterien
- Korrektur „ostium primum“ mit Mitralinsuffizienz
- Korrektur des vollständigen atrioventrikulären Kanals
- Korrektur des Aortenfenster in der Lunge
- Korrektur des einzelnen Ventrikulums
- Korrektur des rechten Ventrikulums mit doppeltem Ausgang
- Korrektur des truncus arteriosus
- Korrektur der aortischen Koarktationen fetalen Typs
- Korrektur der multiplen und sehr ausgedehnten aortischen Koarktationen
- Korrektur der aortischen oberen Klappenstenosen
- Korrektur der aortischen oberen Klappenstenosen
- Korrektur der Fallot-Trilogie
- Korrektur der Fallot-Tetralogie
- Korrektur der Atresia der Trikuspide
- Korrektur der hypertensiven interventrikulären Durchgängigkeit
- Korrektur der hypertensiven interventrikulären Durchgängigkeit mit „Debanding“
- Korrektur der hypertensiven interventrikulären Durchgängigkeit mit aortischen Insuffizienz
- Multiple Klappenaustausch-Eingriffe
- Multiple By-pass-Eingriffe auf den Koronararterien
- Klappenaustausch-Eingriffe mit By-pass auf den Koronararterien
- Aneurismen der Thorax-Aorta
- Aneurismen der Abdomen-Aorta mit Notwendigkeit eines By-passes des Kreislaufes
- Resektion oder Plikatur des linken Ventrikulums wegen Herzinfarkts
- Reparaturen septale oder valvuläre Austausch-Eingriffe wegen Traumata des Herzens oder schweren Infarkten
- CEC-Reoperationen für valvole Prothesen, By-pass auf den Koronararterien

Gegenpulsation wegen eines akuten Infarkts durch Kanülierung der Arterie Eingriff in Hypothermie für die aortische Koarktation ohne Kollateralkreislauf

Pädiatrische Chirurgie

Zysten- und Polyzystenlunge (Lobektomie, Pneumektomie) Angeborene Atresia der Speiseröhre

Angeborene Fistula der Speiseröhre

Darmokklusion des Neugeborenen; Atresien
Notwendigkeit der Anastomose

Darmokklusion des Neugeborenen: Ileum meconialis, Resektion nach Mickulicz

Darmokklusion des Neugeborenen: Ileum meconialis, Resektion mit primitive Anastomose
Einfache Atresia des Anus: Senkung des perinealen Abdomens

Atresia des Anus mit rektouretralen oder rektovaginalen Fistula: Senkung des perinealen Abdomens

Megaureter, Resektion mit Reimplantation des Megaureters, Resektion mit Austausch der Darmschlinge

Megakolon, vordere Resektion

Megakolon, Operation des perinealen Abdomens von Buhamel oder Swenson

Gefäßchirurgie

Operation auf der Thorax-Aorta und Abdomen-Aorta

Hals

Erweiterte Thyreoidektomie für bösartige Neoplasie

Retrosternaler Kropf mit Mediastinotomie Resektion der Speiseröhre der Zervix

Speiseröhre

Eingriffe für bösartige Pathologie der Speiseröhre der Thorax

Eingriffe für Plastik der Speiseröhre

Leber

Drainage eines Leberabszesses Eingriffe für Echinokokkose Leberresektionen digestive Gallenabzweigungen

Eingriffe auf der Papille von Vater

Neuoperationen auf den Gallenwegen Chirurgische Eingriffe für portale Hypertension

Gynäkologie

Radikale Hysterektomie mit Lymphadenektomie für bösartige Tumoren durch den Abdomen
Radikale Hysterektomie mit Lymphadenektomie für bösartige Tumoren durch die Vagina

Erweiterte Vulvektomie für Lymphadenektomie Radikaler Eingriff für Karzinom der Gebärmutter

Eingriffe auf dem Mediastinum

Eingriffe wegen Tumoren

Eingriffe auf der Lunge

Eingriffe für bronchiale

Fistula Eingriffe wegen Echinokokkus

Segmentarische Resektionen und Lobektomie
Pneumektomie

Tumoren der Luftröhre

Darm Parziale Kolektomien Vollständige Kolektomie

Larinx - Luftröhre - Bronchien - Speiseröhre
Entfernung von glomischen Tumoren des Tympanums-der Jugularis

Periphere Nerven

Eingriffe auf das brachiale Plexum

Neurochirurgie

Liquorale intrakranielle oder extrakranielle Abzweigungen

Eingriff für Encephalo-Meningocele Eingriff für Kraniostenose Eingriffe für kraniocerebrale Traumata

Kranioplastiken für extrazerebrale Gewebe (Haut, Knochen, Dura matre)

Kraniotomie für Evakuierung eines intrazerebralen oder subduralen Blutergusses

Kraniotomie für Evakuierung eines epiduralen Blutergusses

Chirurgische Rhizotomie und endokranische Mikrodekompression der kranialen Nerven

Endokranische Anastomosen der kranialen Nerven Transphenoidaler Eingriff auf die Hypophyse

Entfernung der Augenhöhrentumoren
Entfernung der endokrinen expansiven Prozesse (Tumoren, Abszesse, parasitäre Zysten, usw.)

Direkte chirurgische Behandlung von intrakranialen vaskulären Mißbildungen (sakkuläre Aneurismen, arteriovenöse Aneurismen, arteriovenöse Fistula)

Indirekte extrakranielle chirurgische Behandlung von vaskulären intrakraniellen Mißbildungen
Stereotaxische diagnostische und therapeutische Chirurgie Eingriff wegen fokaler Epilepsie und Kallostomie

Emisferektomie

Chirurgische Eingriffe auf das Atlantooccipital-Gelenk und auf das Clivus auf dem vorderen Wege
Chirurgische Eingriffe auf das Atlantooccipital-Gelenk und auf das Clivus auf dem hinteren Wege
Anastomose der extra-intrakranischen Gefäße mit Interposition des Implantates
Anastomose der extra-intrakranischen Gefäße Korrektur und/oder Austausch der Mißbildungen in den Halsgefäßen

Enderteriekтомie der Halsschlagader und der Rückenschlagader und Dekompression der Rückenschlagader im Foramen transversarium
Entfernung der expansiven extra-intradurale extramedulläre Prozesse der Rhachis
Behandlung der intramedullären Verletzungen (Tumore, Siringomyelia, Abszesse, usw.)

Eingriffe für vertebro-medulläre Traumata
Eingriffe für vertebro-medulläre Traumata mit chirurgischer Stabilisierung

Eingriffe für Mielopathie der Zervix oder Bandscheibenvorfall auf dem vorderen oder hinteren Wege

Vertebrale Somatotomie

Eingriffe in der inneren Wirbel für Schmerztherapie oder Spastik oder wegen meningo-medulläre Leiden meningo-medulläre Leiden (Myelocoele, Myelomeningocele, usw.)

Kordotomie und Mielotomie unter der Haut

Okulistik

Odfonthocheratrothese

Orthopädie und Traumatologie

Osteosynthese femorale Diaphyse Rückenkneiphysse

Osteosynthese des Schulterbeins Eingriffe wegen Zervix-Rippe Plexus des Schulterbeins
Knochentransplantationen oder diaphysäre Prothesen Behandlung des Dismetrien und der Deviationen der Gliedmaßen mit externen Implantaten

Transpedunkuläre Biopsie des vertebrale Somas Resektion der vertebrale Körper (Somatektomie) und Austausch mit Zement oder Transplantaten Resektionen des Kreuzbeins
Osteosynthese der Wirbel mit transpedunkuläre Platten und Schrauben Dekompressive Laminektomie wegen Neoplasien (ohne Synthese)

Exartikulation in Schulterbein-Thorax Vollständige Resektionen der Schulter (Schulterbein-Schulterblatt-Schlüsselbein) nach Tikhor-Limberg mit Rettung des Gliedmaßes

Artrodiaphysäre Resektionen des proximalen Schulterbeins und Austausch mit modularen Prothesen „custom-made“

Resektionen des distalen Radius mit Gelenktransplantation Wadenbein für Radius

Hemipelvektomie

„Interne“ Hemipelvektomien nach Enneking mit Rettung des Gliedmaßes

Resektionen des artrodiaphysären proximalen Oberschenkelknochen und Austausch mit speziellen Prothesen (mit Zement oder nicht, modulare oder nicht)

Artrodiaphysäre Resektionen des Knies:

- Arthrodesierende (Transplantation oder Zement + Infibulation Oberschenkelknochen-Wadenbein)

- Austausch mit modularen Prothesen oder „custom-made“

Artroprothese des Hüftenbeins

Vollständige Prothese der Hüftendisplasie Entfernungseingriff der Hüftenprothese

Entfernungseingriff und Reimplantation der Hüftenprothese

Artroprothese des Knies Zephalische Prothese der Schulter Vertebrotomie

Disektomie auf dem vorderen Wege wegen zervikaler Hernie

Disektomie auf dem vorderen Wege wegen harter oder weicher Hernie mit Arthrodesis

Uncoforaminotomie

Korporektomie auf dem vorderen Wege mit autoplastischer Brückentransplantation in der zervikalen Mielopathie

Vertebrale Osteosynthese Reinigung der Knochenherde Arthrodesis auf dem vorderen Wege

Eingriffe auf dem hinteren Wege mit oder ohne Implantaten

Eingriffe auf dem vorderen Wege mit oder ohne Implantaten

Pankreas - Milz

Eingriffe wegen akuter Pankreatitis

Eingriffe wegen Zysten, Pseudozysten und pankreatischer Fistula

Eingriffe wegen chronischer Pankreatitis
Eingriffe für pankreatische Neoplasien

Bauchfell

Exhärese von Tumoren im hinteren Bauchfellraum

Rektum - Anus

Eingriffe für Neoplasien im Rectum - Anus
Eingriffe für Neoplasien im Rectum - Anus auf dem Wege des Abdomens-Bauchfell

Operation für Megakolon Vollständige Proktolektomie

Magen und Duodenum

Gastrische Resektion Vollständige Gastroektomie
Erweiterte Gastroektomie

Gastrojejunale Resektion wegen eines peptischen Geschwürs nach einer Operation

Eingriff für eine gastrojejunokolische Fistula
Sutur von nicht-traumatischen Perforationen des Magens und des Darms

Mega-Speiseröhre und Speiseröhrenentzündung durch Rückfluss Kardioplastik

Transplantationen

Hornhauttransplantation Herz- oder Arterientransplantation

Transplantation der Apparatorgane:

- Verdauung
- Atmung
- Harnwege

Urologie

Erweiterte Nephrektomie wegen eines Tumors
Erweiterte Nephrektomie wegen eines Tumors mit Embolektomie

Nierenresektion mit vaskularer Klemmung Vollständige Nephrektomie

Surrenalectomie Ileum-Blase

Zystoprostatoveszikolektomie mit Uretro-Singmoidostomie

Zystoprostatoveszikolektomie mit rektaler Neoblase

Zystoprostatoveszikolektomie mit Ileum-Blase

Plastiken zur veszikalen Erweiterungen mit Darmschlingen

Zystoprostatoveszikolektomie mit Uretro-Ileum-Uretroanastomose

Extrophische veszikale Reparatur mit rektaler Neoblase

Retroperineale bilaterale Lymphadenektomie für Hodenneoplasien

3

**INFORMATIONSVERMERK
ZUM DATENSCHUTZ**

Informationsvermerk zur Verwendung der personenbezogenen Daten und Rechte

Art. 13 des Gesetzesdekretes 196/2003 - Gesetz über den Schutz der personenbezogenen Daten

Werter Kunde,

zur Lieferung der verlangten oder zu Ihrem Nutzen vorgesehenen Versicherungsprodukte und/oder -dienstleistungen müssen wir einige Daten sammeln, die Sie betreffen.

Welche Daten werden von uns gesammelt

Es handelt sich um Daten (wie z. B. Vor- und Nachname, Wohnsitz, Geburtsdatum und Geburtsort, Beruf, Netz- oder Mobiltelefonnummer und E-Mail-Adresse), welche Sie uns selbst oder anderen Personen liefern (1); darunter können sich auch Daten sensibler Natur befinden (2), welche zur Lieferung der genannten Versicherungsprodukte und/oder -dienstleistungen an Ihnen unabdingbar sind.

Die Übertragung dieser Daten ist generell zum Abschluss des Versicherungsvertrages sowie zu dessen Handhabung und Ausführung notwendig (3); in einigen Fällen ist sie von den Gesetzen, Regelungen, EU-Vorschriften oder von Anordnungen der öffentlichen Personen wie die Justizbehörde oder die Aufsichtsbehörde vorgeschrieben(4). Ohne diese Daten wären wir nicht imstande, Ihnen die verlangten Leistungen zu erbringen; die freiwillige Freigabe einiger Daten hinsichtlich Ihrer Anschrift kann darüber hinaus dazu dienen, die Entsendung von Hinweisen und Dienstkommunikationen zu erleichtern. Ihre Adressen (des Wohnsitzes und des E-Mails) können außerdem benutzt werden, um Ihnen per gewöhnlicher Post oder per E-Mail-Schreiben Handels- und Werbekommunikationen unserer ähnlich zu den von Ihnen erworbenen Versicherungsprodukte und -dienstleistungen zu senden, sofern Sie

sofort oder auch zu einem späteren Zeitpunkt zum Erhalt dieser Kommunikationen nichts einzuwenden haben (siehe die Anweisungen hinsichtlich Ihrer Rechte).

Warum werden diese Daten von Ihnen verlangt

Ihre Daten werden von unserer Gesellschaft zu folgenden Zwecken verwendet für eng mit der Versicherungstätigkeit sowie den gelieferten Dienstleistungen verbundenen Zielsetzungen, für die dazugehörige Erfüllung der Gesetze, für den Betrugschutz (Überprüfung der Echtheit der Daten, Vorbeugung des Betrugsrisikos, Bekämpfung der erlittenen Betrüge) sowie für Tätigkeiten zur Datenanalyse (ausgenommen jene sensibler Natur) anhand der Produktparameter, der Eigenschaften der Polize sowie der Informationen hinsichtlich der Schadenereignisgeschichte, verbunden mit statistischen und tarifmäßigen Bewertungen; bei Bedarf können Ihre Daten für besagte Zielsetzungen sowie für die entsprechende Verwaltungs- und Buchhaltungstätigkeiten zudem von den anderen Gesellschaften unseres Konzerns erfasst (5) und in einem Kundenarchiv des Konzerns selbst eingefügt werden. Ihre Daten können ausschließlich den privaten oder öffentlichen Personen außerhalb unserer Gesellschaft mitgeteilt werden, welche in der Lieferung der Sie betreffenden (6) Versicherungsleistungen oder an solchen beteiligt sind, welche für die Erfüllung der aus der Versicherungstätigkeit hervorgehenden Verpflichtungen notwendig sind (4).

Wir können eventuelle personenbezogenen Daten sensibler Natur von Ihnen (z. B. jene hinsichtlich Ihres Gesundheitszustandes) nur nach dem Erhalt Ihrer ausdrücklichen Bewilligung behandeln.

Wie wir Ihre Daten behandeln

Ihre Daten werden nicht verbreitet, sie

werden in einer geeigneten Art und Weise sowie auch durch IT- Telematik-Verfahren ausschließlich vom Personal der Strukturen unserer Gesellschaft, welche sich mit der Lieferung der Sie betreffenden Versicherungsprodukte und -dienstleistungen befassen, sowie von externen Personen unseren Vertrauens behandelt, welchen wir einige Aufgaben technischer und organisatorischer Natur übertragen (7).

Welche sind Ihre Rechte

Die Gesetzeslage zum Datenschutz (Art. 7-10 des Gesetzesdekretes 196/2003) sichert Ihnen das Recht zum jederzeitigen Zugang zu den Sie betreffenden Daten zu, wobei Sie zu deren Aktualisierung, Integration, Berichtigung oder bei gesetzeswidriger Behandlung Ihrer Daten zu deren Löschung sowie zu deren Verwendungsverweigerung zum Zwecke der Entsendung von Handels- und Werbekommunikationen berechtigt.

Inhaber der Behandlung Ihrer Daten ist Unipol- UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) mit Sitz in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (8).

Für die Ausübung Ihrer Rechte sowie zum Erhalt von genaueren Informationen zu den Personen oder Personenkategorien, welchen die Daten mitgeteilt werden können oder welchen diese Daten als Verantwortliche oder Beauftragte zugesendet werden, kann man sich an den "Verantwortlichen für die Prüfung der interessierten Personen" bei UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it wenden.

Außerdem findet man beim Besuch der Website www.unipolsai.it im Abschnitt Datenschutz oder beim Aufsuchen des eigenen Agenten/Vermittlers sämtliche Anweisungen, um sich jederzeit und ohne Bürden die Entsendung von Handels- und Werbekommunikationen über unsere Versicherungsprodukte und -dienstleistungen zu verweigern.

- HINWEISE -

- 1) Z. B. Vertragsparteien von Versicherungspolizzen, eventuelle Mitschuldner; andere Versicherungshändler (welche Versicherungsvermittler, Versicherungsunternehmen, usw.); Körperschaften, von denen wir zur Erfüllung seiner Anfragen (z. B. zur Ausstellung oder Erneuerung einer Deckung, Regulierung eines Schadensereignisses usw.) Handelsinformationen verlangen; Verbände (z. B. ANIA) sowie Genossenschaften des Versicherungssektors, andere öffentliche Körperschaften.
- 2) Es handelt sich um Daten, welche nicht nur den Gesundheitszustand anzeigen, sondern auch die religiösen, philosophischen Überzeugungen oder solche anderer Art, politische Meinungen, Mitgliedschaft von politischen Parteien, Gewerkschaften, Verbänden oder Organisationen mit einem religiösen, philosophischen, politischen oder gewerkschaftlichen Charakter. Die Daten hinsichtlich der Justiz, d. h. jene hinsichtlich der Urteilsprüche oder strafrechtliche Untersuchungen, gelten als besonders heikle Daten, auch wenn sie nicht sensible Daten sind, und können ohne die Zustimmung der Person für die Zielsetzungen und unter Beachtung der Gesetzesbestimmungen und/oder der allgemeinen Autorisierung Nr. 7 der Aufsichtsbehörde behandelt werden.
- 3) Z. B. für die Vorbereitung oder Unterzeichnung von Versicherungsverträgen (inbegriffen jene zur Ausführung von Rentenintegrationen, sowie die individuelle oder kollektive Teilnahme an Pensionskassen, welche von der Gesellschaft gegründet wurden), für das Sammeln der Versicherungsprämien, die Regulierung der Schadensereignisse oder die Zahlung oder Ausführung von anderen Leistungen; für die Rückversicherung und Mitversicherung; für die Vorbeugung und Ermittlung der Versicherungsbeträge sowie der dazugehörigen Klagen zusammen mit den anderen Gesellschaften des

Konzerns; für die Bildung, Ausführung und Wahrung der Rechte des Versicherer; für die Wahrung von anderen einschlägigen Gesetzes- oder Vertragsverpflichtungen; für die Analyse von neuen Versicherungsmärkten; für die interne Handhabung und Kontrolle; für die Ausübung von Statistik- und Tarifstätigkeiten.

- 4) Z. B. für (i) Bestimmungen der IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Behörde zur Geheimhaltung, (ii) Erfüllungen im steuerlichen Bereich (z. B. kraft des Gesetzes Nr. 95/2015 zur Ratifizierung des Abkommens zwischen den U.S.A. und die italienische Republik im Bereich der Umsetzung der Gesetzgebung FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act), (iii) Erfüllungen im Bereich der Identifikation, Registrierung und der angemessenen Überprüfung der Kundschaft sowie der Meldung von verdächtigen Vorgängen im Sinne der einschlägigen Gesetzgebung für die Bekämpfung der Geldwäsche und der Finanzierung der Terroranschläge (Gesetzesdekret 231/07), (iv) Versorgung eines von der Consap des italienischen Wirtschafts- und Finanzministeriums (als Inhaber) geführten computergestützten Zentralarchivs zur Vorbeugung von Betrügen durch Identitätsdiebstahl, (v) Versorgung von anderen Datenbanken, für welche die Kommunikation der Daten vorgeschrieben ist, wie z. B. die Zentralstelle für Unfallverhütung sowie die Datenbank SITA ATRC über die vpn der ANIA gehandhabten Risikozeugnisse. Die vollständige Liste ist in unserem Sitz oder beim Verantwortlichen für die Prüfung verfügbar.
- 5) Konzern Unipol, mit dem Konzernführer Unipol Grup-po Finanziario S.p.A. Die dem Konzern Unipol angehörende Gesellschaften, welchen die Daten mitgeteilt

werden können, sind z. B. Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., Finitalia S.p.A. usw. Für weitere Informationen siehe Liste der Gesellschaften des Konzerns, welche auf der Website von Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. verfügbar sind. www.unipol.it.

- 6) Ihre Daten können insbesondere in Italien oder auch im Ausland (bei Anfrage) von Körperschaften aus den Mitgliedsländern der Europäischen Union oder aus EU-Drittländern mitgeteilt und behandelt werden, welche der so genannten "Versicherungskette" wie z. B.: andere Versicherer; Mitversicherer und Rückversicherer; Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler und andere Erwerbskanäle von Versicherungsverträgen; Banken; SIM; Gesellschaften zur Sparverwaltung; Depotbanken für Pensionskassen, Vertrauensärzte, Sachverständige, KFZ-Werkstätten, Rechtsanwälte; Inkassounternehmen; vertraglich gebundene Kliniken und Gesundheitsstrukturen angehören.
- 7) Z. B. Gesellschaften für informatische und telematische Dienstleistungen oder solchen zur Archivierung; Dienstleistungsgesellschaften zur Handhabung, Regulierung und Zahlung der Schadensereignisse; Gesellschaften zur Unterstützung der Handhabungstätigkeiten, einschließlich der Gesellschaften für die Postdienste; Gesellschaften zur Revision und Beratung; Gesellschaften zur Handelsinformation für die Finanzrisiken; Gesellschaften für die Betrugskontrolle; Gesellschaften zur Krediteintreibung.
- 8) Sowie auf der Grundlage der eventuell von Ihnen erworbenen Versicherungsgarantien und auf der Handhabung und Regulierung der Schadensereignisse Krankheit begrenzt, die Gesellschaft UniSalute S.p.A. mit Sitz in Bologna, via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Rechtsitz: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italien) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - Tel. +39 051 5077111 - Fax +39 051 375349 Stammkapital im Wert Euro 2.031.454.951,73 - Handelsregister Bologna, Steuernummer und UID 00818570012 - R.E.A. 511469

Gesellschaft, welche dem Management und der Koordinierung durch Unipol Gruppo Finanziario S.p.A untersteht, eingeschrieben im Verzeichnis der Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen Abschnitt Unter der Nr. 1.000006 und dem Versicherungskonzern Unipol angehörend, eingeschrieben im Verzeichnis der Versicherungskonzerne unter der Nummer 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it