



la tua protezione



UnipolSai

**SALUTE**

## **SANICARD GARANTIERTE ERNEUERUNG**

FORMEL IN KONVENTION

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***

***Formel in Konvention***

***Ausgabe 15.03.2016***



|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>A. INFORMATIONEN ÜBER DIE VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT</b>                                | <b>2 von 12</b> |
| 1. Allgemeine Informationen   | 2 von 12        |
| 2. Informationen zur Vermögensübersicht des Unternehmens                                  | 3 von 12        |
| <b>B. INFORMATIONEN ÜBER DEN VERTRAG</b>  | <b>3 von 12</b> |
| 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                    | 4 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        |
| <b>C. INFORMATIONEN ÜBER DIE SCHADENSREGULIERUNGEN UND DEN BESCHWERDEN</b>                | <b>6 von 12</b> |
| 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        |
| <b>GLOSSAR</b>  | <b>9 von 12</b> |

|  |                  |
|--|------------------|
| <b>1 FORMEL IN KONVENTION</b>  | <b>2 von 30</b>  |
| <b>2 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG</b>   | <b>8 von 30</b>  |
| 2.1. Geleistete Garantien  | 8 von 30         |
| 2.2. Versicherungshöchstsumme  | 8 von 30         |
| 2.3. Laufzeit der Garantie   | 8 von 30         |
| 2.4. Abgrenzungen und Ausschlüsse  | 8 von 30         |
| 2.5. Erneuerungsrecht bei Vertragsablauf   | 9 von 30         |
| 2.6. Recht der Gesellschaft, nicht erneut die Versicherung abschließen zu müssen | 10 von 30        |
| <b>3 AKTIVIERUNG DER GARANTIE KRANKHEIT</b>                                      | <b>11 von 30</b> |
| 3.1. Kommandozentrale  | 11 von 30        |
| 3.2. Verwendungsart der Versicherungsdeckung                                     | 11 von 30        |
| 3.3. Ersuchen um Rückerstattung  | 12 von 30        |
| 3.4. Informationsdienst Wenn sich der  | 12 von 30        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>4 ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN:</b>  | 13 von 30 |
| 4.1. Gebietserweiterung  | 13 von 30 |
| 4.2. Zwistigkeiten- informelles Schiedsgericht   | 13 von 30 |
| 4.3. Anpassung der Versicherungsprämie je nach Lebensalter   | 13 von 30 |
| 4.4. Rückgabepflicht der ausgestellten Geldbeträge für Ausgaben, die nicht unter den Gewährleistungen fallen   | 13 von 30 |
| 4.5. Pflichten durch den Versicherungsnehmer im Falle eines Versicherungsfalles  | 14 von 30 |
| 4.6. Änderungen in den Verhältnissen zu den vertraglich gebundenen Gesundheitszentren mit Vereinbarung sowie zu anderen Zulieferern von Betreuungen und Dienstleistungen | 14 von 30 |
| 4.7. Rückgabe der Urschriften in den Ausgabenrechnungen  | 14 von 30 |
| 4.8. Verzicht auf Rückgriffhandlungen  | 14 von 30 |
| <b>5 VORSCHRIFTEN ZUR REGELUNG DER ALLGEMEINEN VERSICHERUNG</b>  | 15 von 30 |
| 5.1. Erklärungen zu den Umständen des Risikos  | 15 von 30 |
| 5.2. Andere Versicherungen   | 15 von 30 |
| 5.3. Zahlung der Versicherungsprämie und Laufzeit der Gewährleistung   | 15 von 30 |
| 5.4. Aufteilung der Versicherungsprämie  | 15 von 30 |
| 5.5. Aufgeteilte Zahlung der Versicherungsprämie durch das SDD-Dienst  | 16 von 30 |
| 5.6. Änderungen der Versicherung   | 17 von 30 |
| 5.7. Verschärfung des Risikos  | 17 von 30 |
| 5.8. Ausbleibendes Rücktrittsrecht bei einem Schadensereignis  | 17 von 30 |
| 5.9. Versicherungsperiode und Rabatt aufgrund der Mehrjährigkeit   | 17 von 30 |
| 5.10. Nicht stillschweigende Verlängerung  | 18 von 30 |
| 5.11. Steuerlasten   | 18 von 30 |
| 5.12. Verweis auf die Gesetzesvorschriften   | 18 von 30 |
| <b>6 KUNDENDIENST</b>  | 19 von 30 |
| 6.1. Geleistete Garantien und Dienstleistungen   | 19 von 30 |
| 6.2. Kommandozentrale von UniSalute  | 19 von 30 |
| 6.3. Leistungen  | 19 von 30 |
| 6.4. Abgrenzungen und Ausschlüsse  | 25 von 30 |
| <b>VERZEICHNIS DER GROSSEN CHIRURGISCHEN EINGRIFFE</b>   | 27 von 30 |

1

## INFORMATIONSVERMERK

## Informationsvermerk zum Versicherungsvertrag für die Gesundheitsausgaben "UnipolSai Gesundheit Sanicard Garantierte Erneuerung – Formel in Konvention" (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 Polizze 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](http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx) verwiesen.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. wird der Ver-

tragspartei 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](http://www.unipolsai.com)

- [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)

- E-Mail-Adresse: [info-danni@unipolsai.it](mailto: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 Ministerialdekretes 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 Auflösungsfrist endet.

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. - Rückerstattungen Unipol-Sai - 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 Krankenhausaufenthalten 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 eventuellen und dürfen nicht separat voneinander unterschrieben werden. Die Gesellschaft ist anhand des Vertrages auf der Grundlage der von der Polizze 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 Polizze mit der Formel in Konvention sieht folgendermaßen aus:

- In den vertraglich gebundenen Gesundheitszentren mit einem vertraglich gebundenen Ärzteteam ist die direkte und vollständige Zahlung der Spesen vorgesehen;
- in den anderen Fällen werden die Spesen bis zur vorgesehenen Entschädigungsgrenze je Einlieferung oder je Tagesaufenthalt im Krankenhaus oder je chirurgischen Eingriff ohne Einlieferung zurückerstattet (gemäß der in Art. 3 „Entschädigungsgrenzen für Einlieferungen außerhalb der Konvention“ der Versicherungsbedingungen enthaltenen Tabelle).

Für nähere Details zu den oben angeführten Leistungen wird auf die Vorgaben aus dem Kapitel „Formel IN KONVENTION“ 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 bestehen Abgrenzungen und Ausschlüsse in der Inanspruchnahme oder Aufhebungsbedingungen dieser Fälle selbst, welche zur 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, welche eine Reduzierung der Versicherungshöchstsummen selbst vorsehen. Für nähere Details wird auf die Vorgaben in den Versicherungsbedingungen innerhalb der oben genannten Kapitel sowie im Polizzendokument verwiesen, welcher vom Versicherungsnehmer im Fall der Ausfertigung der Police unterschrieben wird.

Beispiel für eine Versicherungshöchstsumme: Gesundheitsausgabe für den chirurgischen Eingriff zur operativen Entfernung der Bandscheibe gleich € 10.000,00, von denen € 5.000,00 für das vertraglich zugelassene Gesundheitszentrum sowie € 5.000,00 für das vertraglich nicht gebundene Ärzteteam bestimmt sind, direkte und vollständige Zahlung an das vertraglich gebundene Gesundheitszentrum, Rückerstattung für das vertraglich nicht gebundene Ärzteteam innerhalb der Grenze der Differenz zwischen dem vorgesehenen Betrag als Entschädigungssumme (€ 8.300,00- Art. A.3) sowie

der Zahlung der Gesellschaft an die vertraglich gebundene Struktur, ausgezahlte Entschädigung gleich € 8.300,00; Gesundheitsausgabe für den chirurgischen Eingriff zur operativen Entfernung der Bandscheibe in einem vertraglich nicht gebundenen Gesundheitszentrum gleich € 13.000,00, Entschädigungsgrenze gleich € 8.300,00, ausgezahlte Entschädigung gleich € 8.300,00. 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 hinsichtlich der Umstände 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 Police darstellen.

**Hinweis:** Im Vertrag sind keine Nichtigkeitsgründe vorgesehen.

#### 6. **Verschärfung und Verminderung des Ri-**

## sikos und berufliche Änderungen

Der Vertrag sieht weder Verschärfung- 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 Versicherungsfall haben die Vertragsparteien die Möglichkeit zur Vertragsauflösung 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 eingehen zu müssen" 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 Versicherungsgeschäft 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 Schadensanmeldung im Sinne des Art. 1915 des Zivilgesetzbuches kann den vollständigen 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 Krankenhaus-

einweisung oder des Tagesaufenthaltes im Krankenhaus oder des chirurgischen Eingriffes ohne Einweisung gemeint. Hinsichtlich der Garantien „Diagnoseuntersuchungen ohne Krankenhauseinweisung“ und „Vorbeugung“ ist 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 Polizza 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 Antragsformulars 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 andernfalls 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 „Formel IN KONVENTION“ verwiesen. Für die Aktivierung des Nutzungsverfahrens der vertraglich vorgesehenen Leistungen wird auf unter Punkt 13 „Schadensereignisse - Entschädigungsregulierung“ angeführten Angaben des vorliegenden Hinweises verwiesen.

Das aktualisierte Verzeichnis der vertraglich gebundenen Gesundheitszentren kann von der Webseite [www.unisalute.it](http://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](mailto:reclami@unipolsai.it) oder durch Ausfüllen des dafür vorgesehenen Formulars für das Einreichen der Beschwerde, welches auf der Webseite [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) heruntergeladen werden kann.

Um der eingereichten Beschwerde Folge zu leisten, müssen notwendigerweise Vor- und Nachname und Steuernummer (oder Mehrwertsteuernummer) der Vertragspartei der Polizze 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 schriftli-

chen Beschwerden, auch durch Verwendung des eigens dafür vorgesehenen Formulars, welches auf der Webseite der IVASS sowie der Gesellschaft heruntergeladen werden kann, sollen folgende Angaben enthalten:

- a) Vor- und Nachname und Adresse der be-  
stehenden Person mit eventueller  
Angabe einer Telefonnummer;
- b) Ermittlung der Person oder der Perso-  
nen, von denen man die Tätigkeit bean-  
standet;
- 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 en-  
tsprechenden Umstände nützliche Un-  
terlage.

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 Web-  
seite der Gesellschaft [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) so-  
wie in den, falls vorgesehen, im Laufe des  
Vertrages entsendeten periodischen Mittei-  
lungen enthalten.

Für die Beilegung der grenzüberschreiten-  
den Zwistigkeit muss der Beschwerdefüh-  
rer mit Ansitz in Italien die Beschwerde bei  
der IVASS oder dem zuständigen Auslands-  
system einreichen, indem er zur Webseite  
[http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-  
net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finnet/members_en.htm) geht und um die Akti-  
vierung des FIN-NET-Verfahrens ersucht.

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

- Beilegungsverfahren vor dem Beilegun-

gsorgan im Sinne des Gesetzesdekretes vom 4. März 2010 Nr. 28 (und der nachfolgenden 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. 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); dieses Verfahren kann durch Unterzeichnung zwischen den Vertragsparteien eines Abkommens zur unterstützten Verhandlung durch die

Betreuung eines Vertrauensanwalts in der in dem oben genannten Dekret angezeigten Art und Weise benutzt werden;

- 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.

Folgende Begriffe sind ein integraler Bestandteil des Vertrages und die Vertragsparteien bestimmen für diese die in der Folge erläuternde Bedeutung:

### **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 Betreuung 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 Police 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. Versicherungsvertrag.

### **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 ärztliche Unterlagen, bestehend aus Diagnosen, Urteilen und Verschreibungen durch Ärzte anhand von Röntgenaufnahmen, Instrumenten- und Diagnoseprüfungen sowie den Ausgabenzuweisungen (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 Krankenseinweisung 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 Versicherungsbedingungen 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 Operationeingriffe (einschließlich der Einrichtung von Knochenbrüchen), welche zum Zwecke der Heilung eines pathologischen Zustandes infolge einer Krankheit oder eines Unfalles durchgeführt wird.

### **Gesundheitsanstalt**

Das öffentliche Krankenhaus, die Klinik oder das private Behandlungheim, welche ordnungsgemäß zur Lieferung von ärztlichen Leistungen berechtigt sind, ausschließlich der Thermalbäder, der Rekonvaleszenz- und Aufenthaltsheime, der Institute für die Pflege der Person zu ästhetischen Zwecken, der Genesungsheime, 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 dem Versicherungsnehmer je Versicherungsfall und Versicherungsjahr zu zahlen hat.

### **Arzt**

Berufstätiger mit Universitätsabschluss in Medizin und Chirurgie und Habilitierung 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 Polizza 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 Polizza 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.

## **Polizze**

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 Gesundheitszustand 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 Polizza darstellt.

## **Krankenhauseinweisung**

Der aus der Krankengeschichte hervorgehende Aufenthalt, welcher wenigstens eine Übernachtung im Pflegeheim mit sich bringt.

## **Polizzendokument**

Unterlage, welche den Beweis der Versicherung darstellt.

## **Variabler Selbstbehalt**

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

## **Schadensereignis**

in Bezug auf die Garantie „Krankheiten“:

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

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. Als Datum des Schadensereignisses ist der Tag gemeint, an dem sich der Versicherungsnehmer der ersten Untersuchung 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 Schadensereignisses 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 5077111 - Fax +39 051 375349 - Stammkapital im Wert Euro 2.031.454.951,73 - Unternehmenregister

Bologna, Steuernummer und Mwst.-Nr. 00818570012 - Handelsregister 511469 - 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](http://www.unipolsai.com) - [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)

**UnipolSai**  
ASSICURAZIONI

**Unipol**  
GRUPPO

# 2

## VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

### A.1 GELEISTETE GARANTIE

Die Gesellschaft sichert in folgenden Fällen:

- Krankenhauseinweisung mit oder ohne chirurgischen Eingriff, welcher durch Krankheit und/oder dem Unfall notwendig ist;
- Chirurgischer Eingriff ohne Krankenhauseinweisung aufgrund von Krankheit und/oder Unfall;
- Krankenhauseinweisung 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 Krankenhauseinweisung für die ärztliche und krankenpflegerische Betreuung, die physiotherapeutischen und rehabilitativen Behandlungen, die Arzneimittel und Untersuchungen, sofern sie sich ausschließlich auf die Ursache der Krankenhauseinweisung 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 Euro 3.000,00 je Person in den 360 Tagen nach einem während der Versicherung erfolgten Schadensereignis, 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 Krankenhauseinweisung (ausschließlich des Tagesaufenthaltes im Krankenhaus) oder dem chirurgischen Eingriff ohne Krankenhauseinweisung erfolgen;
- i) sofern es sich auf den Grund des sich ergebenden Schadensereignisses bezieht, für klinischen Untersuchungen, für den Ankauf von Arzneimitteln, für die ärztl-

ichen, chirurgischen und krankpflege-  
rischen Leistungen, für die physiothera-  
peutischen und rehabilitativen Behan-  
dlungen, für Thermalbehandlungen, aus-  
schließlich der Hotelkosten, welche in  
den 180 Tagen nach der Entlassung vom  
Krankenhaus (ausschließlich des Tages-  
aufenthaltes im Krankenhaus) oder  
nach dem chirurgischen Eingriff ohne  
Krankenhauseinweisung erfolgen. Diese  
Grenze wird auf 180 Tagen im Falle von  
Krebserkrankung, Leukämie, akutem  
Herzinfarkt, einem großen chirurgischen  
Eingriff erhöht.

## SPEZIELLE GARANTIE

### 1) Diagnoseuntersuchungen ohne Kran- kenhauseinweisung

Die Gesellschaft sichert im Falle von (angeb-  
licher oder festgestellter) Krankheit oder  
Unfall, welche durch ein ärztliches Zertifi-  
kat beurkundet wird, bei Zustandekommen  
einer Versicherungshöchstsumme gleich  
Euro 5.000,00 je Versicherungsnehmer und  
je Versicherungsjahr, die Zahlung der Spe-  
sen für die Diagnoseermittlungen in der vom  
Art. A.2 Buchstabe e) 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 Fachunter-  
suchungen jeglicher Art **ausgeschlos-  
sen.**

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

Die Versicherung aufgrund der hiesigen spe-  
ziellen Garantie ist gültig, wenn der Versi-  
cherungsnehmer für den Erhalt der oben ge-  
nannten Leistungen in mit der Gesellschaft  
vertraglich gebundenen Gesundheitszent-  
ren, nicht vertraglich gebundenen Gesund-  
heitsszentren, Strukturen des nationalen  
Gesundheitswesens oder solchen, die mit  
diesem vertraglich gebunden sind, Gesund-

heitszentren im Ausland für Notfälle in An-  
spruch genommen hat.

### 2) Krankenhauseinweisung wegen Ent- bindung

Die Gesellschaft gewährleistet im Falle ei-  
ner Krankenhauseinweisung wegen Entbin-  
dung bis zum Zustandekommen einer Versi-  
cherungshöchstsumme in Höhe von:

- Euro 1.500,00 pro Person und pro Versi-  
cherungsjahr bei einer natürlichen Ent-  
bindung
- Euro 4.000,00 pro Person und pro Ver-  
sicherungsjahr bei einer Entbindung mit  
Kaiserschnitt

die Zahlung der getragenen Spesen aus-  
schließlich für die in den Punkten a), b), c),  
d), e) des vorangehenden Art. A.1. vorgesehenen  
Leistungen. Innerhalb der vorliegenden Ga-  
rantie ist nicht die direkte Zahlung vorgese-  
hen und deshalb erfolgt ausschließlich die  
Rückerstattung. Alternativ zur Rückerstat-  
tung der oben genannten Spesen und auf An-  
frage des Versicherungsnehmers gewährt  
die Gesellschaft die Zahlung des Ersatzta-  
gesgeldes innerhalb der Grenzen und für der  
im nachfolgenden Punkt 3) der speziellen  
Garantien angezeigten Betrag.

### 3) Ersatztagesgeld

Die Gesellschaft gewährt im Falle der Kran-  
kenhauseinweisung oder des Tagesaufent-  
haltes im Krankenhaus aufgrund von Krank-  
heit und/oder Unfall die Zahlung des Ersatz-  
tagesgeldes an den Versicherungsnehmer  
in Höhe von 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 An-  
spruch nimmt.

Der Tag des Eintrittes und jener des Ausgan-  
ges von der Gesundheitsanstalt werden ins-  
gesamt als ein Tag bewertet, und zwar unab-  
hängig von der Stunde des Beginns der Kran-  
kenhauseinweisung oder der Entlassung.  
Das gegenständliche Ersatztagesgeld 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 Police 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 Police 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, 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 vertraglich gebundenen Sanitätsstrukturen, welche von der Kommandozentrale bei vorausgehender Vormerkung 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: chemisches, physikalisches und mikroskopische Untersuchung
- Stuhlprobe: Untersuchung der versteckten Blutung im Stuhl
- Urologische Visite + PSA (über 40 Jahren)

#### Vorgesehene Leistungen für 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

- a) Im Falle einer Krankenhauseinweisung, eines chirurgischen Eingriffes ohne Krankenhauseinweisung und eines Tagesaufenthaltes im Krankenhaus in vertraglich gebundenen Gesundheitszentren mit einem vertraglich gebundenen Ärzteteam liefert die Gesellschaft direkt die Zahlung an die gesetzlich gebunde-

nen Gesundheitszentren sowie an das vertraglich gebundene Ärzteteam 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.

- b) Im Falle einer Krankenhauseinweisung, einem chirurgischen Eingriff ohne Krankenhauseinweisung, einem Tagesaufenthalt im Krankenhaus in mit der Gesellschaft vertraglich gebundenen Gesundheitszentren mit einem vertraglich nicht gebundenen Ärzteteam liefert die Gesellschaft selbst die direkte Zahlung der Spesen an die vertraglich gebundenen Gesundheitsstrukturen und entschädigt dem Versicherungsnehmer die von ihm geleisteten Spesen, wobei sich diese aus der Differenz zwischen dem als Entschädigungsgrenze im Sinne des Art. A.3 vorgesehenen Betrages und jenem ergeben, welcher von der Gesellschaft an die vertraglich gebundene Struktur ausbezahlt wird. Sämtliche anderen, direkt vom Versicherungsnehmer während der Krankenhauseinweisung geleisteten und von der Gesellschaft nicht genehmigten Spesen verbleiben zu Lasten des Versicherungsnehmers selbst.
- c) Im Falle einer Krankenhauseinweisung, eines chirurgischen Eingriffs ohne Krankenhauseinweisung und eines Tagesaufenthalts im Krankenhaus bei mit der Gesellschaft vertraglich nicht gebundenen Gesundheitszentren sowie einem vertraglich nicht gebundenen Ärzteteam, liefert die Gesellschaft selbst dem Versicherungsnehmer die Entschädigung der Spesen hinsichtlich der erhaltenen Leistungen innerhalb der vom Art. A.3 vorgesehenen Entschädigungsgrenzen. Die vom Versicherungsnehmer geleisteten Spesen werden hingegen vollständig entschädigt, falls der Versicherungsnehmer selbst die Dienste der vertraglich

nicht gebundenen Gesundheitszentren im Notfall oder wegen besonderen Notwendigkeiten beansprucht: In letzterem Fall geschieht dies ausschließlich durch ein vorausgehendes Abkommen mit der Gesellschaft. Hinsichtlich des Art. A.2 Buchstaben b) und c) wird im Falle von nicht zeitgleichen (darunter verstehen sich solche, welche innerhalb desselben Operationszugangs erfolgen) oder zeitgleichen Eingriffen die Entschädigungsgrenze für vertraglich nicht gebundenen Krankenhauseinweisungen durch die Summe der folgenden Werte definiert:

- 100% des Spesenpostens für den im Art. A.3 beschriebenen Eingriff, welcher den höchsten Betrag vorsieht;
  - 50% des vom Art. angezeigten Spesenpostens 1.2 für andere gleichzeitige oder konkomitante Eingriffe.
- d) Im Falle, dass der Versicherungsnehmer selbst die unter den Punkten h) und i) angezeigten Spesen trägt, liefert die Gesellschaft deren vollständige Entschädigung;
- e) soweit sich der Spesenposten auf die spezielle Garantie 1) „Diagnoseuntersuchungen ohne Krankenhauseinweisung“ bezieht:
- liefert die Gesellschaft unmittelbar die vollständige Zahlung an die vertraglich gebundenen Gesundheitszentren der dem Versicherungsnehmer zustehenden Entschädigung für die Spesen hinsichtlich der erhaltenen Betreuung;
  - entschädigt sie die 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;
  - entschädigt sie die eventuellen gesetzlich vorgesehenen Eigenbe-

träge, wenn der Versicherungsnehmer die Dienste von mit dem nationalen Gesundheitswesen vertraglich gebundenen Strukturen in Anspruch genommen hat;

- entschädigt sie die Spesen, welche im Ausland vom Versicherungsnehmer für Notfälle auch in mit der Gesellschaft nicht vertraglich gebundenen Gesundheitszentren geleistet wurden.

f) Soweit sich der Spesenposten auf die spezielle Garantie 6) „Vorbeugung“ zur direkten Zahlung an die vertraglich gebundenen Gesundheitszentren der dem Versicherungsnehmer für die Spesen durch die erhaltenen Leistungen zustehenden Entschädigung bezieht.

### A.3 - ENTSCHÄDIGUNGSGRENZE FÜR VERTRAGLICH NICHT GEBUNDENE KRANKENHAUSEINWEISUNGEN

In der Folge werden die Entschädigungsgrenzen für jede Art von Krankenhauseinweisung, mit oder ohne chirurgischen Eingriff und Tagesaufenthalt im Krankenhaus in vertraglich nicht gebundenen Gesundheits-

zentren und/oder mit der Beteiligung eines mit der Gesellschaft vertraglich nicht gebundenen Ärzteteams angeführt.

Die angegebenen Werte für jeden Posten müssen als allumfassend bzw. auf die Gesamtheit der im Sinne der Polizze vom Versicherungsnehmer im Rahmen der Krankenhauseinweisung, des chirurgischen Eingriffs auch ohne Krankenhauseinweisung und des Tagesaufenthalt im Krankenhaus geleisteten entschädigbaren Spesen bezogen angesehen werden (zum Beispiel: Entgelt für die Ärzte, Pflegesatz, die während der Krankenhauseinweisung durchgeführten Visiten und Diagnoseuntersuchungen, die Arzneimittel, die Rechte des Operationssaales). Die geleisteten Spesen hinsichtlich der unter den Punkten d), e), f), g), h), i) des Artikels A.1 vorgesehenen Leistungen sind zusätzlich im Vergleich zu den in der Folge genannten Entschädigungsgrenzen entschädigbar, und zwar unbeschadet der in dem Polizzendokument sowie den Bedingungen genannten Versicherungshöchstsumme.

| KRANKENHAUSEINWEISUNGEN OHNE CHIRURGISCHEM EINGRIFF UND CHIRURGISCHE EINGRIFFE OHNE KRANKENHAUSEINWEISUNG | ENTSCHÄDIGUNGSGRENZEN (in Euro) |
|---|---------------------------------|
| Adenotomie  | 2.600,00                        |
| Appendektomie   | 3.700,00                        |
| Nierensteine oder Steine der Harnwege   | 4.200,00                        |
| Lebersteine   | 5.200,00                        |
| Star  | 3.700,00                        |
| Gutartige Zysten der Brust (Entfernung der Brust)   | 2.600,00                        |
| Eierstockzysten   | 6.200,00                        |
| Cholezystektomie  | 6.200,00                        |
| Hämorrhoidektomie   | 2.600,00                        |
| Abdominale Herniektomie   | 4.200,00                        |
| Diskale Herniektomie  | 8.300,00                        |

|  |            |
|--|------------|
| Gliedmaßenbruch (chirurgischer Eingriff zur Reduzierung des Bruches)               | 5.200,00   |
| Hysterektomie wegen eines Fibroms  | 6.200,00   |
| Therapeutische Laserchirurgie für die Hornhaut (ästhetische Zwecke ausgeschlossen) | 500,00     |
| Kniebänder (Wiederherstellung der) mit Meniskektomie                               | 7.800,00   |
| Kniebänder (Wiederherstellung der)   | 6.200,00   |
| Meniskektomie  | 5.200,00   |
| Gutartige Neuformungen auf der Haut (Zysten im Allgemeinen, Lipome und Nerven)     | 1.100,00   |
| Endoskopische Darmpolypektomie   | 2.600,00   |
| Polypektomie der Gebärmutter   | 2.100,00   |
| Prostatektomie wegen eines Adenoms   | 6.200,00   |
| Funktionale Septumplastik wegen Verstopfung der Atemwege                           | 4.200,00   |
| Mandelentfernung   | 2.600,00   |
| Mandelentfernung (einschließlich der Adenotomie)                                   | 3.700,00   |
| Varikektomie   | 2.600,00   |
| Große chirurgische Eingriffe   | 150.000,00 |
| Alle anderen Eingriffe   | 5.000,00   |

| <b>KRANKENHAUSEINWEISUNG OHNE CHIRURGISCHEN EINGRIFF UND TAGESAUFENTHALT IM KRANKENHAUS</b> | <b>VERSICHERUNGSHÖCHSTSUMME (in Euro)</b> |
|---|---|
| Mit Krankenhausaufenthalt bis zu 3 Tagen  | 2.100,00                                  |
| Mit Krankenhausaufenthalt von 4 bis 7 Tagen   | 4.200,00                                  |
| Mit Krankenhausaufenthalt von 8 bis 15 Tagen  | 5.200,00                                  |
| Mit Krankenhausaufenthalt über 15 Tagen   | 7.800,00                                  |



**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 Änderungen im Laufe ein und denselben Vertrages.

**Art. 2.4 Abgrenzungen und Ausschlüsse**

Die Versicherung „Krankheit“ ist unbeschadet der Vorgaben der von der Versicherungs-

partei ausgewählten Formel auf jeden Fall nicht für folgende Fälle gültig:

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

- gsnehmer 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) für 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) für die Diagnose, die Therapie und jede Leistung, welche mit der Sterilität, der sexuellen Impotenz, mit der assistierten und künstlichen Fertilisation zusammenhängt;
  - j) für 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);
  - k) für 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;
  - l) für die Gesundheitschecks der Präventivmedizin;
  - m) für die Leistungen, welche nicht von Ärzten oder medizinischen Helfern durchgeführt wurden, welche für die Ausübung der Tätigkeit im Sinne der gültigen Vorschriften zugelassen sind;
  - n) für die zahnärztlichen und orthodontischen Pflegeleistungen sowie die Lieferung von Zahnprothesen, wenn diese nicht tatsächlich aufgrund eines dokumentarisch belegten Unfalles notwendig sind;
  - o) für 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;
  - p) für die Folgen von Krieg, Aufruhr, tektonischen Bewegungen oder Vulkanaustrüchen;
  - q) für die Krankenhausaufenthalte aufgrund der Notwendigkeit des Versicherungsnehmers, welcher auf permanente Weise pflegebedürftig geworden ist, einen Beistand von Dritten zur Ausübung der täglichen Bedürfnisse erhalten muss, sowie die Einweisungen für Langzeitkrankenhausaufenthalte, wenn die aufgrund von erhaltenen Beistand- oder Therapiemaßnahmen notwendig waren.

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

#### **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 ursprünglichen

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 **UnipolSai 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 abzuschließen 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 Falle 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 Abschluss 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 nach einem Anruf 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 (+039).

### Art. 3.2 Verwendungsart der Versicherungsdeckung

a) Wenn der Versicherungsnehmer die direkte Zahlung im Sinne der vertraglichen Vereinbarung sowohl des Gesundheitszentrums, als auch des Ärzteteams 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 dem vertraglich gebundenen Gesundheitszentrum die Kommandozentrale anrufen (außer im Notfall), um die Aktivierung der Garantie durchzuführen

Die Kommandozentrale wird nach Ermittlung 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 gemäß der Bedingungen in der Polizza sowie jene nicht mit den Pathologien zusammenhängenden Spesen, 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 sie 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 Ärzteteam in Anspruch nehmen möchte, wird das vom voran-

gehenden Punkt a) vorgesehene 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 Krankenhauseinweisung 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 Ersatztagegeldes zu erhalten, muss er der:

**UniSalute S.p.A.**  
**Entschädigungen UnipolSai**  
**c/o CMP BO Via Zanardi, 30**  
**40131 Bologna BO**

Art 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](http://www.unisalute.it) ausgefüllt werden
- ausgedruckt und in der weißen Version im Abschnitt Formulare auf der Website [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) heruntergeladen werden

Bei Einschaltung der Sozialversicherungsbehörden und/oder jeder anderen privaten Versicherungspolizze 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 Polizze eingereicht werden.

#### **Art. 3.4 Informationsdienst Wenn sich der**

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

- der vorliegenden Polizze;
- 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 Schadensereignisses 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 entsprechen-

den 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 gesamten, mit dem Schadensereignis verbundenen ärztlichen Unterlagen an UniSalute zu übertragen und eventuelle 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 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 Polizza auf 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; anderenfalls tritt sie ab 24 Uhr des Zahlungstages in Kraft. Die Versicherungsprämien müssen dem Vermittler, welchem die Polizza zugesprochen wurde, oder der Gesellschaft gezahlt werden. 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 Uhr des Tages fortgesetzt, in welchem die Zahlung der rückständigen Ratenzahlung der Versicherungsprämie 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 Deckung der von der Polizza vorgesehenen 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 Versicherungsdeckung. 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 verfügbaren Aufhebungen des S.D.D.-Abbuchungsdienstes mitzuteilen.
- 3.2. Sollte die Vertragspartei im Falle des Austausch 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 Polizze 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 Polizze 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 Polizze 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 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 diese für die Dauer eines Jahres festgesetzt, sofern die Versicherung für einen kürzeren Zeitraum unterzeichnet wurde, wobei sie 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 Tarifiereduzierung 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. Ab-

satz 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 Schadenereignisses 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 Polizze 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 Versicherungsnehmers nach dem Schadenereignis;

#### 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, welches 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 beschränkt. Die eventuellen vom Versicherungsnehmer oder von anderen Reiseberechtigten nicht genutzten Reisetickets müssen der Gesellschaft zurückgegeben werden. Polizzennummer 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 beschränkt.

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 unanfechtbaren 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 Zweitgutachten hinsichtlich einer bereits von seinem behandelnden Arzt diagnostizierten Pathologie verpflichtet sich das Ärzteteam:

- a) eine erste Begutachtung des vom Versiche-

- rungsnehmer 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 Besitz;
- 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**

Im Falle eines Ablebens 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 Tagen 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 Flugticket 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, Sortmedizin).

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. Es sind davon die Kosten der fachärztlichen Visite ausgeschlossen, 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.

#### **b) 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 Arzneimittel, welche vor Ort nicht verfügbar sind, sofern sie in der offiziellen italienischen Pharmakopäe angeführt 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.

#### **c) 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 Reise fortsetzung 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, falls es keine ande-

ren 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.

#### **d) Unvorhergesehene Überführungen**

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers, welche von einer schriftlichen ärztlichen Verschreibung bewiesen sind, nicht eine Krankenhauseinweisung mit sich bringen, aber nach Ermessen des Ärzteteams der Kommandozentrale Folgendes verhindern:

- 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.

#### **e) 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.

#### **f) Übermittlung von dringenden Nachrichten**

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit des Versicherungsnehmers stellt die Gesellschaft die Kommandozentrale zur Verfügung, welche während sämtlicher Tage im Jahr rund um die Uhr zur 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 pathologischen Zustände sowie die direkten und indirekten Folgen aus diesen, welche bei der Vertragsunterzeichnung vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit verschwiegen wurden;
- b) die Geisteskrankheiten, psychischen Störungen im Allgemeinen, Neurosen 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 ato-

maren Partikel (Atomkernspaltung und nukleare Fusion, radioaktive Isotope, Beschleunigungsmaschinen, Röntgenstrahlen, usw.), sofern es sich nicht um Folgen von im Sinne des vorliegenden Vertrages einschlägigen ärztlichen Therapien handelt;

h) die Folgen von Krieg, Aufruhr, tektonischen Bewegungen oder Vulkanaustritten.

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 Polizzi vorgesehenen Grenzen, falls die im Voraus kontaktierte Kommandozentrale den Versicherungsnehmer ermächtigt hat, auf selbstständige Weise die Hilfsmaßnahmen zu organisieren. In letzterem Fall müssen der Gesellschaft die Original-Belege der vom Versicherungsnehmer getragenen Spesen zukommen.

b) Die Gesellschaft erkennt weder Rückertattungen, 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 un-

vollständigen 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 geeigneten 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, wenn auch nicht erklärtem 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
- Mitravalvulotomie
- Valvularvulvotomie der Aorta
- Korrektur der aortischen Stenose der diaphragmaartigen unteren Klappe
- Austausch der einzelnen triskuspidalen Mitralklappe der Aorta
- Anuloplastik der einzelnen Klappe
- Einzelner By-pass der Aorta coronaris
- 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 infundibularen Stenosen
- Korrektur der aortischen oberen Klappenstenosen
- Korrektur der Fallot-Trilogie
- Korrektur der Fallot-Tetralogie
- Korrektur der Atresia der Trikuspidale
- 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 valvuläre 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 Ange-  
borene Fistula der Speiseröhre

Darmokklusion des Neugeborenen; Atresien  
Notwendigkeit der Anastomose

Darmokklusion des Neugeborenen: Ile-  
um meconialis, Resektion nach Mickulicz

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

Atresia des Anus mit rektouretralen oder  
rekto-vaginalen Fistula: Senkung des peri-  
nealen Abdomens

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

Megakolon, vordere Resektion

Megakolon, Operation des perinealen Abdo-  
mens von Buhamel oder Swenson

### **Gefäßchirurgie**

Operation auf der Thorax-Aorta und Abdo-  
men-Aorta

### **Hals**

Erweiterte Thyroidektomie für bösartige  
Neoplasie

Retrosternaler Kropf mit Mediastinotomie  
Resektion der Speiseröhre der Zervix

### **Speiseröhre**

Eingriffe für bösartige Pathologie der Spei-  
seröhre der Thorax

Eingriffe für Plastik der Speiseröhre

### **Leber**

Drainage eines Leberabszesses Eingriffe für  
Echinokokkose Leberresektionen digestive  
Gallenabzweigungen

Eingriffe auf der Papille von Vater Neuope-  
rationen auf den Gallenwegen

Chirurgische Eingriffe für portale Hyperten-  
sion

### **Gynäkologie**

Radikale Hyterektomie mit  
Lymphadenektomie für bösarti-  
ge Tumoren durch den Abdomen  
Radikale Hyterektomie mit Lymphadenek-  
tomie

für bösartige Tumoren durch die Vagina  
Erweiterte Vulvektomie für Lymphadenek-  
tomie Radikaler Eingriff für Karzinom der  
Gebärmutter

Eingriffe auf dem Mediastinum

Eingriffe wegen Tumoren

### **Eingriffe auf der Lunge Eingriffe für bronchiale Fistula Eingriffe wegen Echino- kokkus**

Segmentarische Resektionen und Lobekto-  
mie Pneumektomie

Tumoren der Luftröhre

### **Darm**

Parzielle Kolektomien

Vollständige Kolektomie

### **Larinx - Luftröhre - Bronchien - Speiseröh- re**

### **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 kra-  
niozerebrale Traumata

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

Kraniotomie für Evakuierung eines intraze-  
rebralen oder subduralen Blutergusses

Kraniotomie für Evakuierung eines epidura-  
len Blutergusses

Chirurgische Rhizotomie und endokranische  
Mikrodekompression der kranialen Nerven

Endokranische Anastomoseder kranialen  
Nerven

Transphenoidaler Eingriff auf die Hypophy-  
se

Entfernung der Augenhöhrentumoren Ent-

fernung der endokratischen expansiven Prozesse (Tumoren, Abszesse, parasitäre Zysten, usw.) Direkte chirurgische Behandlung von intrakranialen vaskulären Mißbildung (sakkuläre Aneurismen, arteriovenöse Aneurismen, arteriovenöse Fistula)

Indirekte extrakraniale chirurgische Behandlung von vaskulären intrakranialen Mißbildungen

Behandlung von intrakranialen Stereotaxische diagnostische und therapeutische Chirurgie Eingriff wegen fokaler Epilepsie und Kallosotomie

Hemisphärektomie

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-intrakranialen Gefäße mit Interposition des Implantates

Anastomose der extra-intrakranialen Gefäße Korrektur und/oder Austausch der Mißbildungen in den Halsgefäßen

Enderteriectomie 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 Mieliopathie 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, Myelomeningocoele, usw.)

Kordotomie und Mielotomie unter der Haut

## **Okulistik**

Odfonthocheratoprothese

## **Orthopädie und Traumatologie**

Osteosynthese femorale Diaphyse Rückenepiphyse

Osteosynthese des Schulterbeins Eingriffe wegen Zervix-Rippe Plexus des Schulterbeins

Knochen transplantationen 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 Artrodiaophysäre 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 artrodiaophysären proximalen Oberschenkelknochen und Austausch mit speziellen Prothesen (mit Zement oder nicht, modulare oder nicht)

Artrodiaophysäre Resektionen des Knies:

- Artrodesierende (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  
Arthroprothese des Knies Zephalische Prothese der Schulter Vertebrotonomie  
Diskektomie auf dem vorderen Wege wegen zervikaler Hernie  
Diskektomie auf dem vorderen Wege wegen harter oder weicher Hernie mit Arthrorese Uncoforaminotomie  
Korporektomie auf dem vorderen Wege mit autoplastischer Brückentransplantation in der zervikalen Mielopatie  
Vertebrale Osteosynthese Reinigung der Knochenherde Arthrorese 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 Proktokolektomie

Ausgabe 15/03/2016

### **Magen und Duodenum**

Gastrische Resektion Vollständige Gast-

roektomie Erweiterte Gastroektomie  
Gastro.jejunale 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  
Surrenaektomie 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  
Retrop erineale 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 kich um Daten (wie z. B. Vor- und Nachname, Wohn(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 einzu-

wenden haben (siehe die Anweisungen hinsichtlich Ihrer Rechte).

#### Warum werden diese Daten von Ihnen verlangt

Ihre Daten werden von unserer Gesellschaft zu folgenden Zwecken verwendet Ihre Daten werden von unserer Gesellschaft 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 Polizze 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 eingefieferten Dienstleistungen verbundenhließlich 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 fnstleistungen verbundenhließlich den privatätigkeit hervorgehenden Verpflichtungen notwendig sind (4).

Wir kcherungsleistungepersonenbezogenen Daten sensibler Natur von Ihnen (z. B. jene hinsichtlich Ihres Gesundheitszustandes) nur nach dem Erhalt Ihrer ausdr. jene hinsichtlich 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 Gesell-

schaft, welche sich mit der Lieferung der Sie betreffenden Versicherungsprodukte und -dienstleistungen befassen, sowie von externen Personen unseres 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](http://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](mailto:privacy@unipolsai.it) wenden.

Außerdem findet man beim Besuch der Website [www.unipolsai.it](http://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 Versicherungsbetrüge 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](http://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 i 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](http://www.unipolsai.com) - [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)