

tiroler

Fürn Unfall

Unfallversicherung



**Mir
holtn**

zomm. Gegenseitig versichert. Seit 1821.



Infoset zum Versicherungsvertrag

Fürn Unfall

UE15, Fassung 01/2019

Dieses Infoset enthält:

- Informationsblatt
- Zusätzliches Informationsblatt
- Versicherungsglossar
- Versicherungsbedingungen

Vor der Unterzeichnung des Versicherungsangebotes/Versicherungsvertrages das Infoset bitte genau durchlesen.

Ausgabe: März 2026

ACHTUNG: Hier finden Sie nur die wichtigsten Informationen zu Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie im Versicherungsantrag, in der Versicherungspolizze und in den Versicherungsbedingungen.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Unfallversicherung



Was ist versichert?

- ✓ Plötzlich von außen auf den Körper wirkende Ereignisse, wobei unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erlitten wird
- ✓ Verrenkungen von Gliedern
- ✓ Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln
- ✓ Meniskusverletzungen
- ✓ Unfälle infolge von Herzinfarkt oder Schlaganfall
- ✓ Unfallbedingte kosmetische Operationen
- ✓ Kostenersatz für die Zeckenschutzimpfung

Eingeschlossene Leistungen:

- ✓ Unfalltod
- ✓ Dauernde Invalidität

Fakultative Leistungen:

- ✓ Spitalgeld
- ✓ Taggeld
- ✓ Unfallkosten
- ✓ Unfallrente

Hinweis:

Die vorgenannten Leistungen gelten nur, sofern sie im Versicherungsantrag und in der Versicherungspolizze vereinbart sind.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten
- ✗ Unfälle bei motorsportlichen Wettbewerben und den dazugehörigen Trainingsfahrten
- ✗ Unfälle bei gerichtlich strafbaren Handlungen durch die versicherte Person
- ✗ Unfälle bei Heilmaßnahmen
- ✗ Unfälle bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Skisports, des Snowboardens sowie Freestylings, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen
- ✗ Unfälle, die vorsätzlich oder im Zusammenhang mit strafbaren Handlungen herbeigeführt wurden
- ✗ Unfälle im Zusammenhang mit der aktiven Teilnahme an Kriegereignissen jeder Art
- ✗ Unfälle im Zusammenhang mit der aktiven Teilnahme an inneren Unruhen
- ✗ Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen verursacht werden
- ✗ Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen verursacht werden
- ✗ Allmähliche Einwirkungen durch das Einatmen von Gasen oder Dämpfen sowie das Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen
- ✗ Bereits bestehende Invaliditäten
- ✗ Unfälle bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, d.h. als Person, die mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, oder ein Luftfahrzeug zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit verwendet
- ✗ Unfälle infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente

Hinweis:

Es gibt weitere spezielle Ausschlüsse zu den versicherten Gefahren, die in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die Leistungen sind bei jedem Unfall begrenzt mit der vereinbarten Versicherungssumme oder den vereinbarten Höchstbeträgen, z.B. für Taggeld.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. muss vollständig und ehrlich über das versicherte Risiko informiert werden – vor Vertragsabschluss und während der Vertragslaufzeit.
- Jede Erhöhung oder Verminderung des versicherten Risikos ist umgehend schriftlich mitzuteilen. Nach Vertragsabschluss darf ohne Einwilligung des Versicherers keine Gefahrenerhöhung vorgenommen werden.
- Das Bestehen oder der nachträgliche Abschluss einer anderen Versicherung für dasselbe Risiko ist schriftlich anzuzeigen.
- Die Versicherungsprämien sind fristgerecht zu bezahlen.
- Ein Versicherungsfall ist der TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. innerhalb von drei Tagen zu melden.



Wann und wie zahle ich?

Wann: Sie zahlen Ihre Prämie fristgerecht im Voraus zum festgesetzten Zahlungstermin. Die erste Prämie spätestens gegen Aushändigung der Polizza – je nach vertraglicher Vereinbarung: jährlich, halbjährlich oder vierteljährlich.

Wie: Je nach Vereinbarung, an Ihren betreuenden Vermittler oder direkt an die TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. mittels SEPA-Lastschrift, Überweisung oder eines sonstigen vereinbarten zugelassenen Zahlungsmittels.



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Beginn: Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist die Versicherung ab 00:00 Uhr des in der Polizza angegebenen Tages wirksam, falls die Prämie bzw. die erste Prämienrate bereits bezahlt wurde. Ansonsten wird sie um 00:00 Uhr des Tages wirksam, der auf die Zahlung der Prämie folgt.

Ende: Beträgt die vereinbarte Versicherungsdauer weniger als ein Jahr, endet der Versicherungsschutz ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt. Verträge mit einer Dauer von einem Jahr oder länger verlängern sich nach Vertragsablauf jeweils automatisch für ein weiteres Jahr, sofern Sie oder die TIROLER nicht fristgerecht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Beide Vertragspartner können den Versicherungsvertrag mit einer Frist von 30 Tagen mittels eingeschriebenen Briefes mit Rückschein oder zertifizierter E-Mail (PEC) zur vereinbarten Fälligkeit kündigen. Darüber hinaus kann der Vertrag aus weiteren Gründen, z.B. im Schadenfall, gekündigt werden.

Unfallversicherung

Zusätzliches vorvertragliches Informationsblatt für Sachversicherungsprodukte
(DIP aggiuntivo Danni)



TIROLER VERSICHERUNG V.a.G.

Produkt: Fürn Unfall

UE15, Fassung 01/2019

Dieses zusätzliche Informationsblatt für Sachversicherungsprodukte ist vom 30.03.2026 und stellt die aktuelle Version dar.

Zweck

Das vorliegende Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für die Sachversicherungen (DIP Danni), um dem potenziellen Versicherungsnehmer die Produkteigenschaften, insbesondere in Bezug auf den Versicherungsschutz, die Versicherungsdeckungen, Beschränkungen, Ausschlüsse, Kosten sowie die Vermögenssituation des Unternehmens verständlich und detailliert darzustellen.

Vor der Unterzeichnung des Versicherungsantrages/Versicherungsvertrages die Versicherungsbedingungen bitte genau durchlesen.

Unternehmen

TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. mit Rechtssitz in Wilhelm-Greil-Straße 10, 6020 Innsbruck (Österreich) und Landesdirektion Südtirol-Trentino in Schlachthofstraße 30, 39100 Bozen (Italien). Tel.: 0039-0471-052600; Internetseite: www.tiroler.it; E-Mail: suedtirol@tiroler.it; PEC-Mail: tiroler@legalmail.it.

Die TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. betreibt die Versicherungstätigkeit in Italien im Rahmen der Niederlassungsfreiheit und ist mit Nr. I.00058 im Unternehmensregister der IVASS eingetragen. Sie unterliegt sowohl der italienischen Versicherungsaufsicht IVASS als auch der österreichischen Versicherungsaufsicht FMA.

Informationen über die Vermögenslage des Unternehmens

Die folgenden Daten beziehen sich auf die letzte genehmigte Bilanz (2025) gemäß österreichischem Recht.

Nettovermögen	Bilanzergebnis	Solvibilitätsquote (SCR Ratio)
€ 93.992.229,34	€ 0,00	220,9 %

Der Bericht über die Solvibilität und Finanzlage (SFCR) ist verfügbar unter www.tiroler-versicherung.at/Service/Downloads/Unternehmensbroschueren.

Auf den abzuschließenden Versicherungsvertrag findet das italienische Recht Anwendung.

Fürn Unfall



Was ist versichert?

Versicherungsschutz besteht für Todesfall und dauernde Invalidität infolge eines Unfalls.

Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen
- Unfälle infolge von Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Arznei- und Nahrungsmittelvergiftungen
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen sowie Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen
- Erfrieren oder Erfrierungen
- Ertrinken
- Tauchunfälle
- Tierbisse
- Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Stromschlag
- HIV-Infektionen als Folge einer Behandlung nach einem versicherten Unfallereignis
- Unfälle durch den Einfluss ionisierender Strahlen
- Dauernde Invalidität als Folge von Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis sowie durch Wundstarrkrampf und Tollwut
- Unfälle bei oder infolge von Bemühungen Menschenleben und Sachen zu retten
- Unfälle, die dem Versicherten durch Kriegereignisse zustoßen, ohne dass er zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (passives Kriegsrisiko)

Versicherungsschutz gilt auch für: - Den hinzukommenden Ehepartner nach der standesamtlichen Trauung, dieser Versicherungsschutz ist zeitlich begrenzt - Unfallbedingte kosmetische Operationen - Begräbnisgeld	
Welche Zusatzdeckungen kann ich versichern?	
FOLGENDE LEISTUNGEN KÖNNEN GEGEN MEHRPRÄMIE MITVERSICHERT WERDEN	
Die nachfolgenden Leistungen gelten nur, sofern sie im Versicherungsantrag und in der Versicherungspolizze vereinbart sind.	
Taggeld	Entschädigung im Falle einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit.
Spitalgeld	Entschädigung im Falle eines Krankenhausaufenthaltes.
Unfallkosten	- Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren, notwendige Kosten des Verletztentransportes und Kosten für die erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes. - Bergungskosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat, in Berg- oder Wassernot geraten ist oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet. - Rückholkosten, an den Wohnort der versicherten Person oder zum nächstgelegenen Krankenhaus.
Unfallrente	Es wird eine Unfallrente bezahlt, wenn der Unfall zu einer dauernden Invalidität von mindestens 50% führt.
 Was ist NICHT versichert?	
Es gibt keine weiteren Informationen als im Produktinformationsblatt (DIP) angegeben.	
 Gibt es Leistungsbeschränkungen?	
Anwendungsbereich	Höchstentschädigung
Dauernde Invalidität	Selbstbehalt von 5% bis zu einem Invaliditätsgrad von 50%
Todesfall oder dauernde Invalidität als Folge von Kinderlähmung, durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis sowie durch Wundstarrkrampf und Tollwut	Maximal EUR 15.000,- im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme
Zeitlich begrenzter Versicherungsschutz für den hinzukommenden Ehepartner	3 Monate nach der standesamtlichen Trauung
Unfallbedingte kosmetische Operationen	10% der für die Dauerinvalidität vereinbarten Versicherungssumme
Begräbnisgeld	10% der für den Todesfall vereinbarten Versicherungssumme
Taggeld	- Leistung ab dem 4. Tag nach dem Unfall - Längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag - Wird für höchstens 10 Tage pro Versicherungsperiode gezahlt, falls die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausübt
Spitalgeld	Leistung längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag
 Wer benötigt dieses Versicherungsprodukt?	
Personen mit der Absicht sich vor den Folgen eines Unfalls zu schützen.	
 Für welche Kosten muss ich aufkommen?	
Vermittlungsgebühren: die Vermittlungsgebühren betragen 22%. Zusätzliche Kosten für PPI (Payment Protection Insurance) Policen: es fallen keine zusätzlichen Kosten an.	

WIE MELDE ICH EINE BESCHWERDE UND KANN STREITIGKEITEN BEILEGEN?

An das Versicherungsunternehmen	Beschwerden können schriftlich auf folgenden Wegen bei der TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. eingebracht werden: - Online-Beschwerdeformular auf www.tiroler.it - E-Mail an reclami@tiroler.it - per Post an TIROLER VERSICHERUNG V.a.G., Landesdirektion Südtirol-Trentino, Beschwerdestelle, Schlachthofstraße 30, 39100 Bozen Die Beschwerde muss folgende Daten enthalten: - Vor- und Nachname und vollständige Adresse des Beschwerdeführers - Polizzennummer und Daten des Versicherungsnehmers - eine eventuell vorhandene Schadennummer - Grund der Beschwerde und Beschreibung des Sachverhalts Laut geltenden Rechtsvorschriften müssen Beschwerden innerhalb einer Frist von 45 Tagen beantwortet werden. Die Beschwerden, die das Verhalten der Agenten oder deren Mitarbeiter betreffen, können auch an die Agentur gesendet werden. Die Beschwerden, die das Verhalten anderer Vermittler (Broker oder Banken) oder deren Mitarbeiter betreffen, müssen direkt an diese Vermittler gerichtet werden. Falls diese Beschwerden bei der TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. eingehen, werden diese an den betroffenen Vermittler weitergeleitet und der Beschwerdeführer darüber informiert.
An IVASS	Ist das Ergebnis der Beschwerde nicht zufriedenstellend oder erfolgt die Antwort nicht innerhalb der vorgesehenen Frist, so kann die Beschwerde an die italienische Versicherungsaufsicht IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, Fax 06.42133206, PEC-Mail: ivass@pec.ivass.it, Informationen unter www.ivass.it, übermittelt werden. Die TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. unterliegt auch der Finanzmarktaufsicht (FMA) Österreich (österreichische Aufsichtsbehörde). Deshalb kann die Beschwerde auch an die FMA, über den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO) www.vvo.at, übermittelt werden, jedoch nur in elektronischer Form.
BEVOR DER RECHTSWEG BESCHRITTEN WIRD, ist es auch möglich, die Streitigkeiten außergerichtlich beizulegen, dies kann folgendermaßen passieren:	
Versicherungsombudsmann (Arbitro Assicurativo)	Mittels Antrag beim Versicherungsombudsmann (<i>Arbitro Assicurativo</i>) über das entsprechende Internet-Portal desselben (www.arbitroassicurativo.org), wo die Infos bezüglich der Zulässigkeitsvoraussetzungen und anderer Informationen und Hinweise zur Antragstellung einsehbar sind.
Mediation	Es kann eines vom Justizministerium angebotenes Schlichtungsverfahren in Anspruch genommen werden. Siehe hierzu www.giustizia.it/giustizia/ (Gesetz 09.08.2013, Nr. 98).
Verhandlungsverfahren mit anwaltlichem Beistand	Mittels Anfrage über den Anwalt an die TIROLER VERSICHERUNG V.a.G..
Andere Verfahren, um Streitigkeiten beizulegen	- Sachverständigenverfahren: die Vertragspartner können schriftlich vereinbaren, dass Ursache und Höhe des Schadens durch Sachverständige festgestellt werden, wobei ein Sachverständiger von der Gesellschaft und ein Sachverständiger vom Versicherungsnehmer ernannt wird. Diese wählen einen dritten Sachverständigen als Obmann, welcher bei Uneinigkeit die Entscheidungen trifft. - Grenzüberschreitende Streitigkeiten: die Beschwerde kann an die Versicherungsaufsicht IVASS oder direkt an die zuständige ausländische Schlichtungsstelle gerichtet werden. Hierzu kann ein Antrag zur Schlichtung an die FIN-NET gestellt oder die zuständige ausländische Schlichtungsstelle auf der Internetseite https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_de ermittelt werden.
STEUERLICHE REGELUNG	
Auf den Vertrag anwendbare steuerliche Regelung	Versicherungssteuer: 2,50% Steuerliche Abzugsfähigkeit der Prämien: 19% der Prämie für die Leistungen "Dauernde Invalidität" und "Tod" Besteuerung der Versicherungsleistung: nicht vorgesehen

Was ist das Recht auf Vergessenwerden in Bezug auf Krebserkrankungen („diritto all’oblio oncologico“)?

Recht auf Vergessenwerden in Bezug auf Krebs-erkrankungen („diritto all’oblio oncologico“)	Sofern der Kunde im Vorfeld eine onkologische Erkrankung erlitten hat, deren aktive Behandlung – bei Ausbleiben von Rückfällen – seit mehr als zehn Jahren abgeschlossen ist, ist er nach Maßgabe des Gesetzes vom 7. Dezember 2023, Nr. 193, sowie der hierzu erlassenen Durchführungsbestimmungen, nicht verpflichtet, Angaben zu dieser früheren Erkrankung zu machen und sich keinerlei Untersuchungen oder Nachforschungen (z. B. ärztliche Untersuchungen) in Bezug auf diese frühere Erkrankung zu unterziehen. Der vorgenannte Zeitraum verkürzt sich von zehn auf fünf Jahre, sofern die onkologische Erkrankung vor Vollendung des einundzwanzigsten Lebensjahres aufgetreten ist. Für die in dem Gesetz vom 7. Dezember 2023, Nr. 193, sowie in den zugehörigen Durchführungsbestimmungen ausdrücklich genannten onkologischen Erkrankungen gelten kürzere Fristen, die in einer entsprechenden Tabelle angeführt sind. Diese Tabelle ist auf der Internetseite des Versicherungsunternehmens unter folgendem Link abrufbar: https://www.tiroler-versicherung.it/Rechtliche-Hinweise.
Bestätigung über das Vorliegen der Voraussetzungen zur Anwendung des „oblio oncologico“	Der Kunde, der vor Abschluss oder Erneuerung des Versicherungsvertrages Informationen zu seinem Gesundheitszustand, im Zusammenhang mit onkologischen Krankheiten von denen er vormals betroffen war und deren aktive Behandlung, bei Ausbleiben von Rückfällen, vor mehr als zehn Jahren abgeschlossen wurde, übermittelt hat, lässt dem Versicherungsunternehmen oder dem Vermittler die ihm ausgestellte Bescheinigung unverzüglich zukommen, wie von Gesetz Nr. 193 von 2023 und den nachfolgenden Durchführungsbestimmungen vorgesehen.
Wirkungen des Rechts auf Vergessenwerden in Bezug auf Krebs-erkrankungen („oblio oncologico“) für das Unternehmen	Ist der für das Recht auf Vergessenwerden in Bezug auf Krebserkrankungen vorgesehene Zeitraum abgelaufen, dürfen bereits gegebenenfalls erhobene Informationen weder zur Änderung der Vertragsbedingungen noch zur Risikobewertung des Geschäftsvorgangs oder der Bonität des Kunden verwendet werden. Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, die Daten über die frühere onkologische Erkrankung innerhalb von 30 Tagen ab Eingang der entsprechenden Bescheinigung endgültig zu löschen, ohne dass dem Kunden hierfür Kosten entstehen. Vertragsklauseln, die unter Verstoß gegen die Bestimmungen des Artikels 2 Absätze 1 bis 5 des Gesetzes vom 7. Dezember 2023, Nr. 193, vereinbart wurden, sind nichtig, unbeschadet der Wirksamkeit und Gültigkeit des Vertrags. Die Nichtigkeit kann nur zugunsten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person geltend gemacht werden und ist von Amts wegen in jedem Stand und Grad des Verfahrens einwendbar.

Bedingungen zum Versicherungsvertrag

„Fürn Unfall“

UE15

Fassung 01/2019

Die vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Bestandteil des Infosets, gemeinsam mit den vorvertraglichen Dokumenten (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und Zusätzliches vorvertragliches Informationsblatt für Sachversicherungsprodukte)

VERSICHERUNGSGLOSSAR

Anspruchsberechtigter	Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.
Dauernde Invalidität	Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
Krankenhausaufenthalt	Aufenthalt im Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung.
Krankheit	Eine nicht unfallbedingte Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes.
Obliegenheit	Vorschriften und Verpflichtungen, die vor und nach dem Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sind.
Polizze	Das Dokument, das den Abschluss der Versicherung beweist.
Prämie	Das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.
Schadensfall	Das Eintreten eines in der Polizze beschriebenen Schadensereignisses.
Selbstbehalt	Ist jener Anteil, der bei einem versicherten Schadenereignis zu Lasten des Versicherten verbleibt.
Unfall	Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Versicherte Personen	Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.
Versicherungsnehmer	Person, die den Versicherungsvertrag mit der Versicherungsgesellschaft abschließt.

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Abschnitt I:

Sonderbedingung zum Versicherungsvertrag „TIROLER Unfallversicherung“, Progression mit Faktor 7, Selbstbehalt 5 %

1. Allgemeine Bestimmungen:

I) Besondere Bestimmungen

Im Sinne des Art. 7 der AUVB gelten auch folgende Ereignisse als Unfall:

- Arznei- und Nahrungsmittelvergiftungen;
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen sowie Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass **diese Einwirkungen allmählich erfolgen**;
- Erfrieren und Erfrierungen;
- Ertrinken;
- Tauchunfälle;
- Tierbisse;
- Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Stromschlag;
- HIV-Infektion als Folge einer Behandlung **nach einem versicherten Unfallereignis**;
- Unfälle infolge von Herzinfarkt oder Schlaganfall (siehe Art. 20, Pkt. 3, AUVB);
- Unfälle durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils **geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes; Art. 19, Pkt. 7 der AUVB gilt damit als abgeändert**.
- Unfälle infolge von medizinisch definierten und diagnostisch festgestellten Bewusstseinsstörungen; **Art. 19, Pkt. 8 gilt damit als abgeändert. Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die auf die Beeinträchtigung durch Alkohol, Suchtgift und/oder Medikamente zurückzuführen sind, fallen jedoch nicht unter den Versicherungsschutz.**
- Dauernde Invalidität als Folge von Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis sowie durch Wundstarrkrampf und Tollwut.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis, **wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.**

Als Krankheitsbeginn (**Zeitpunkt des Versicherungsfalles**) gilt der Tag, an dem erstmals **ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoenzephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.**

Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 15.000,- begrenzt.

- Unfälle bei oder infolge von Bemühungen Menschenleben und Sachen zu retten;

II) Zusätzliche Leistungen

1. Passives Kriegsrisiko

1.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Unfälle, die dem Versicherten durch Kriegsereignisse zustoßen, ohne dass er zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (passives Kriegsrisiko).

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer kriegsführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden.

1.2 Der Versicherungsschutz gilt jedoch **maximal für die Dauer von 7 Tagen nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind.**

1.3 Von dem Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:

- **Unfälle, wenn sich der Versicherte nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges in das Kriegsgebiet begibt;**
- **Unfälle, wenn sich der Versicherte wegen seiner Berufsausübung (z.B. Journalist, Kameramann) in Erwartung eines eventuellen Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begibt;**
- **Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen);**
- **Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichem Zustand zwischen Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland, USA);**
- **Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegsführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.**

2. Heiratsvorsorge bei Einzel- bzw. Alleinerzieherunfallversicherung

Beim Abschluss einer Einzel- bzw. einer Alleinerzieherunfallversicherung gilt folgendes als vereinbart:

Heiratet die versicherte Person, gewähren wir für den Zeitraum von 3 Monaten nach der standesamtlichen Trauung für den hinzukommenden Ehepartner prämienfrei Versicherungsschutz. Versichert gelten dauernde Invalidität und Todesfall mit derselben Höhe des zu Grunde liegenden Versicherungsvertrages der versicherten Person, **max. jedoch EUR 50.000,- für dauernde Invalidität sowie EUR 10.000,- für den Todesfall.**

3. Selbstbehalt 5 %

Der gemäß Art. 8, AUVB festgestellte Invaliditätsgrad, bezogen auf den ganzen Körper, wird **um den vereinbarten Selbstbehalt von 5 % vermindert**. Liegt der festgestellte Invaliditätsgrad, bezogen auf den ganzen Körper, über 50 %, wird kein Selbstbehalt abgezogen.

Die Leistung für dauernde Invalidität vermindert sich demnach wie folgt:

Inv. Grad in %	Leistung in %	Inv. Grad in %	Leistung in %	Inv. Grad in %	Leistung in %	Inv. Grad in %	Leistung in %
1	0	14	9	27	22	40	35
2	0	15	10	28	23	41	36
3	0	16	11	29	24	42	37
4	0	17	12	30	25	43	38
5	0	18	13	31	26	44	39
6	1	19	14	32	27	45	40
7	2	20	15	33	28	46	41
8	3	21	16	34	29	47	42
9	4	22	17	35	30	48	43
10	5	23	18	36	31	49	44
11	6	24	19	37	32	50	45
12	7	25	20	38	33	über 50	siehe Pkt. 4
13	8	26	21	39	34		

4. Progressive Invaliditätsleistung mit Faktor 7

Übersteigt der gemäß Art. 8, AUVB festgestellte Invaliditätsgrad 50 %, so wird die Leistung für den 50 % übersteigenden Teil versiebenacht.

Die Leistung für dauernde Invalidität erhöht sich demnach wie folgt:

Inv. Grad in %	Leistung in %	Inv. Grad in %	Leistung in %	Inv. Grad in %	Leistung in %	Inv. Grad in %	Leistung in %
51	57	64	148	77	239	90	330
52	64	65	155	78	246	91	337
53	71	66	162	79	253	92	344
54	78	67	169	80	260	93	351
55	85	68	176	81	267	94	358
56	92	69	183	82	274	95	365
57	99	70	190	83	281	96	372
58	106	71	197	84	288	97	379
59	113	72	204	85	295	98	386
60	120	73	211	86	302	99	393
61	127	74	218	87	309	100	400
62	134	75	225	88	316		
63	141	76	232	89	323		

5. Soforthilfe bei Schwerverletzungen

Wir zahlen nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine **Soforthilfe bis zum Höchstausmaß von 2 % der vereinbarten Versicherungssumme für dauernde Invalidität** in Form einer Vorauszahlung auf die Versicherungsleistung für das betreffende Unfallereignis für dauernde Invalidität, **wenn die versicherte Person unfallbedingt eine der folgenden schweren Verletzungen erleidet und nicht innerhalb von 3 Tagen nach dem Unfall verstirbt**:

5.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;

5.2 Amputation **mindestens des ganzen Fußes** oder **der ganzen Hand**;

5.3 Schädel-Hirn-Verletzungen nach zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung;

5.4 Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma: Entweder Frakturen von zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßenabschnitten (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen;

Oder eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen;
- Fraktur des Beckens;
- Fraktur der Wirbelsäule;
- Gewebezerstörende Schäden an einem inneren Organ;

- 5.5 Verbrennungen zweiten oder dritten Grades **von mehr als 30 % der Körperoberfläche**;
- 5.6 Erblindung auf beiden Augen;
- Im Falle, dass nach der Feststellung des Invaliditätsgrades gemäß Art. 8, AUVB von uns keine Leistung oder eine geringere Leistung als die erbrachte Leistung für die Soforthilfe zu erbringen ist, verzichten wir auf die Rückzahlung der zu viel bezahlten Soforthilfe.**
6. Unfallbedingte kosmetische Operationen
- Kosten für kosmetische Operationen, die notwendig werden, weil durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person im Gesicht und am Hals, an den Ohren und an den Gliedmaßen derart verunstaltet wird, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist, werden zusätzlich zur Invaliditätsleistung vergütet. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen einer kosmetischen Operation, übernimmt der Versicherer die dafür aufgewendeten Kosten für Arzthonorare, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus. Der **Kostensatz ist mit 10 % der für Dauerinvalidität vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.**
7. Begräbnisgeld
- Im Todesfall werden zusätzlich die Kosten ersetzt, die anlässlich der Anreise von nahen Verwandten aus dem Ausland zum Begräbnis der versicherten Person anfallen. Der **Kostensatz ist mit 10 % der für den Todesfall vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.** Als **nahe Verwandte** gelten die Eltern, die Großeltern, die Kinder sowie die Geschwister der versicherten Person.
8. Taggeld
- Das in der Polizza ausgewiesene **Taggeld wird ab dem 4. Tag nach dem Unfall geleistet.**
- Erhöhte Leistung ab dem Beginn der 7. Woche der vollständigen Arbeitsunfähigkeit:**
- Ab dem 43. Tag**, an dem die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig ist, erfolgt eine Erhöhung der Taggeldleistung um 100 %. Art. 11 der AUVB gilt diesbezüglich als abgeändert.
- Hinweis: Falls die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausübt, wird Taggeld gemäß Art. 11, 2. Absatz der AUVB **für höchstens 10 Tage pro Versicherungsperiode gezahlt.**
9. Spitalgeld
- Erhöhte Leistung ab dem Beginn der 7. Woche des Krankenhausaufenthaltes:**
- Ab dem 43. Tag**, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles ununterbrochen in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, erfolgt eine Erhöhung der Spitalgeldleistung um 100 %. Art. 12 der AUVB gilt diesbezüglich als abgeändert.
10. Spitalgeld mit erhöhtem Versicherungsschutz (Begleitperson bei Spitalsaufenthalt)
- Bei einem stationären Spitalsaufenthalt von versicherten minderjährigen Personen gelten die nachgewiesenen Kosten für den begleitenden stationären Spitalsaufenthalt eines Elternteiles mitversichert. Die **Entschädigungsleistung hierfür beträgt maximal das Dreifache der für das Spitalgeld vereinbarten Versicherungssumme.**
11. Ambulanzgeld
- Bei **medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung** wegen eines Versicherungsfalles erfolgt zusätzlich eine Leistung in der Höhe des vereinbarten Spitalgeldes **für höchstens 5 Tage der ambulanten Behandlung.**
12. Ambulante Operationen
- Abweichend von Art. 12 der AUVB wird ein versichertes Spitalgeld auch für eine unfallbedingte ambulante Operation bezahlt, **soweit eine solche üblicherweise stationär durchgeführt wird.** Das vereinbarte **Spitalgeld wird in diesen Fällen für 3 Tage bezahlt.**
13. Unfallkosten
- Ergänzend zu Art. 13 der AUVB gilt als vereinbart, dass im Rahmen der Versicherungssumme für Unfallkosten auch die Kosten für Hubschrauberbergungen weltweit mitversichert sind, **soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.** Diese Deckungserweiterung gilt anteilig zu bestehenden anderen Versicherungen im Verhältnis der Versicherungssummen zum Unfallzeitpunkt.
14. Ersatz der Kosten für Zeckenschutzimpfungen
- In Erweiterung des Art. 13 der AUVB, dritter Absatz, werden die Kosten für Impfungen gegen durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis ersetzt, **soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist.**
15. Unfallkosten, Honorare von Privatärzten
- Im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten gelten Honorare von Privatärzten aufgrund unfallbedingter Behandlungen der versicherten Person mitversichert. Die **Entschädigungsleistung hierfür ist mit 50 % der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten je Versicherungsperiode, je versicherte Person, beschränkt. Es gilt ein Selbstbehalt von EUR 100,- je Schadenfall als vereinbart.** Diese Versicherung gilt subsidiär zu eventuell bestehenden anderen Versicherungen.
16. Grobe Fahrlässigkeit
- Die Versicherung gilt auch für Unfälle, die vom Versicherungsnehmer grob fahrlässig herbeigeführt werden.
- III. Zusatzvereinbarungen
- Die nachfolgenden Vereinbarungen gelten nur, wenn **dies in der Polizza dokumentiert ist:**
1. Ausschlussklausel für eine bestimmte Verletzung
- Es gilt als vereinbart, dass bestehende oder gutachterlich festgestellte Vorinvaliditäten und alle Verletzungen, die medizinisch nachweisbar damit kausal zusammenhängen, eine **Leistung aus der Unfallversicherung nicht bedingen und bei der Festsetzung des Invaliditätsgrades aus anderen Unfallursachen unberücksichtigt bleiben.**

- 2 Wertanpassung gemäß ISTAT-Verbraucherpreise für Arbeiter und Angestelltenfamilien (FOI)
- 2.1 Die in der Polizza ausgewiesenen Versicherungssummen erhöhen oder **vermindern sich jährlich bei Hauptfälligkeit** der Prämie um den Prozentsatz, der dem vereinbarten Index seit Vertragsbeginn bzw. seit letzter Wertanpassung entspricht. Im gleichen Ausmaß wird die **Prämie erhöht** oder vermindert.
- 2.2 Die Wertanpassung richtet sich nach den von der ISTAT - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo 16, 00184 - Roma, veröffentlichten Index „Verbraucherpreise für Arbeiter- und Angestelltenfamilien“ (Basis 1995 = 100 %). Für die Berechnung des Prozentsatzes der Änderung wird jener Indexwert herangezogen, der jeweils 4 Monate vor der Prämienhauptfälligkeit Gültigkeit hatte. Der Index wird auf der Homepage www.istat.it verlautbart.
- 2.3 Diese Vereinbarung (Wertanpassungsklausel) kann unbeschadet des Fortbestandes der sonstigen Vertragsbestimmungen für sich allein von **jedem Vertragspartner mit einer Kündigungsfrist von 30 Tagen auf den Zeitpunkt der Hauptfälligkeit der Prämie schriftlich gekündigt werden**.
3. **Partnerunfallversicherung für Berufs- und Freizeitunfälle für den Versicherungsnehmer und seinen Partner**
Die nachfolgend angeführten Zusatzdeckungen gelten ergänzend zu Absatz II) als mitversichert, wenn die **jeweilige Deckungsvariante gewählt und in der Polizza dokumentiert ist**.
Versicherungsschutz besteht im Rahmen der AUVB für den Versicherungsnehmer und seinen Ehepartner zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles bzw. bei unverheirateten Paaren, seinen in der Polizza namentlich genannten Partner. Durch diese Versicherung ist der Ehepartner bzw. der Partner mit 100 % der für den Versicherungsnehmer für dauernde Invalidität, den Todesfall, Taggeld, Spitalgeld und Unfallkosten vereinbarten Versicherungssummen mitversichert.
Wenn in der Polizza hierfür **keine abweichende Vereinbarung** getroffen wird, gilt die vereinbarte Versicherungssumme für die Unfallrente (Art. 14, AUVB) **nur für den Versicherungsnehmer** (den Hauptversicherten).
Sofern **keine andere Vereinbarung getroffen** wird, sind bezugsberechtigt im Falle des Todes
- des Versicherungsnehmers: der Ehepartner (im Zeitpunkt des Versicherungsfalles) bzw. der Partner
 - des Ehepartners bzw. des Partners: der Versicherungsnehmer
 - bei gleichzeitigem Ableben beider versicherter Personen: die gesetzlichen Erben
4. **Familienunfallversicherung für Berufs- und Freizeitunfälle für den Versicherungsnehmer, seinen Partner und die Kinder**
Die nachfolgend angeführten Zusatzdeckungen gelten ergänzend zu Absatz II) als mitversichert, wenn die **jeweilige Deckungsvariante gewählt und in der Polizza dokumentiert ist**.
Versicherungsschutz besteht im Rahmen der AUVB für den Versicherungsnehmer, seinen Ehepartner zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles bzw. bei unverheirateten Paaren, seinen in der Polizza namentlich genannten Partner sowie für die Kinder. Durch diese Versicherung sind der Ehepartner bzw. der Partner sowie die Kinder mit 100 % der für den Versicherungsnehmer für dauernde Invalidität, den Todesfall, Taggeld, Spitalgeld und Unfallkosten vereinbarten Versicherungssummen mitversichert.
Wenn in der Polizza hierfür **keine abweichende Vereinbarung** getroffen wird, gilt die vereinbarte Versicherungssumme für die Unfallrente (Art. 14, AUVB) **nur für den Versicherungsnehmer** (den Hauptversicherten).
Als Kinder im Sinne der Familienunfallversicherung gelten die im Haushalt des Versicherungsnehmers lebenden leiblichen Kinder, Stief- und Adoptivkinder **bis zum vollendeten 18. Lebensjahr**. Während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes geborene leibliche Kinder des Versicherungsnehmers sind ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur) versichert. Für die versicherten Kinder werden im Rahmen der Versicherungssumme für den Todesfall jedoch nur die aufgewendeten **angemessenen Begräbniskosten** ersetzt.
Sofern **keine andere Vereinbarung getroffen** wird, sind bezugsberechtigt im Falle des Todes
- des Versicherungsnehmers: der Ehepartner (im Zeitpunkt des Versicherungsfalles) bzw. der Partner
 - des Ehepartners bzw. des Partners: der Versicherungsnehmer
 - bei gleichzeitigem Ableben des Versicherungsnehmers und des Ehepartners bzw. des Partners: die gesetzlichen Erben
 - eines Kindes: der Versicherungsnehmer oder mit Zustimmung des Versicherungsnehmers der Überbringer der Begräbniskostenrechnung
5. **Alleinerzieherunfallversicherung für Berufs- und Freizeitunfälle für den Versicherungsnehmer und die Kinder**
Die nachfolgend angeführten Zusatzdeckungen gelten ergänzend zu Absatz II), als mitversichert, wenn die **jeweilige Deckungsvariante gewählt und in der Polizza dokumentiert ist**.
Versicherungsschutz besteht im Rahmen der AUVB für den Versicherungsnehmer, sowie für die Kinder. Durch diese Versicherung sind die Kinder mit 100 % der für den Versicherungsnehmer für dauernde Invalidität, den Todesfall, Taggeld, Spitalgeld und Unfallkosten vereinbarten Versicherungssummen mitversichert.
Wenn in der Polizza hierfür **keine abweichende Vereinbarung getroffen** wird, gilt die vereinbarte Versicherungssumme für die Unfallrente (Art. 14, AUVB) **nur für den Versicherungsnehmer** (den Hauptversicherten).
Als Kinder im Sinne der Alleinerzieherunfallversicherung gelten die im Haushalt des Versicherungsnehmers lebenden leiblichen Kinder, Stief- und Adoptivkinder **bis zum vollendeten 18. Lebensjahr**. Während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes geborene leibliche Kinder des Versicherungsnehmers sind ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur) versichert. Für die versicherten Kinder werden im Rahmen der Versicherungssumme für den Todesfall jedoch nur die aufgewendeten **angemessenen Begräbniskosten** ersetzt.
Sofern **keine andere Vereinbarung getroffen** wird, sind bezugsberechtigt im Falle des Todes
- des Versicherungsnehmers: die gesetzlichen Erben
 - eines Kindes: der Versicherungsnehmer oder mit Zustimmung des Versicherungsnehmers der Überbringer der Begräbniskostenrechnung

Abschnitt II:
Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB)
ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1
Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustoßt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Polizza ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2
Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 7, Begriff des Unfalles)

Artikel 3
Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4
Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Artikel 5
Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes
Die Versicherung ist **ab 0 Uhr des in der Polizza angegebenen Tages wirksam**, falls **die Prämie bzw. die erste Prämienrate bereits bezahlt wurde**. Ansonsten wird sie **um 0 Uhr des Tages wirksam, an dem die Prämienzahlung erfolgt**.
2. Vorläufige Deckung
Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizza beginnen (vorläufige Deckung), ist **die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich**.
Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit Aushändigung der Polizza.
Dem Versicherer steht in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Artikel 6
Unfälle während des Wehrdienstes

1. Die Versicherung bleibt auch während des in Friedenszeiten geleisteten Wehrdienstes oder während des Wehersatzdienstes sowie während der Einberufung zu gewöhnlichen Übungen gültig.
2. Als Wehrdienst gilt auch der zur Erfüllung der Wehrpflicht freiwillig in Militärkorps oder paramilitärischen Korps geleistete Dienst.
3. Die **Versicherung umfasst nicht die Unfälle**, die sich **bei einer Einberufung im Rahmen einer Mobilisierung oder aus außergewöhnlichen Gründen ereignen**, wobei der Versicherungsnehmer auf jeden Fall berechtigt ist, die Auflösung der Versicherung zu beantragen. Die **Versicherung deckt auch nicht die Unfälle**, die sich **während der Beteiligung an militärischen Einsätzen außerhalb der Republik Italien ereignen**, wobei der Versicherungsnehmer auf jeden Fall berechtigt ist, die Stilllegung der Versicherung zu beantragen.
4. Im **Falle einer Auflösung** hat der **Versicherungsnehmer Anspruch auf den Prämienanteil** (abzüglich der Steuern) für die **nicht beanspruchte Versicherungszeit**, während bei einer Stilllegung der Versicherungsnehmer Anspruch auf die Weiterführung der Versicherung für eine dem Stilllegungszeitraum entsprechende Dauer hat.

Artikel 7
Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.
Hinsichtlich **krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse** findet insbesondere **Art. 20, Pkt. 2, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung**.
3. **Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.**

4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet.
- Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch ein Luftfahrzeug zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit verwendet.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 8 Dauernde Invalidität

1. Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer beim Versicherer geltend gemacht worden.
Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und wird von den Erben durch Vorlage geeigneter Nachweise geltend gemacht.
Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
2. Art und Höhe der Leistung:
- 2.1 Der Versicherer zahlt die Invaliditätsleistung
- als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 75. Lebensjahres,
 - als Rente nach der zum Rentenfallsalter gültigen Rententafel bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt.
- 2.2 Falls der Unfall eine endgültige vollständige Dauerinvalidität zur Folge hat, zahlt der Versicherer die Versicherungssumme.
- 2.3 Falls der Unfall eine endgültige dauernde Teilinvalidität zur Folge hat, wird die Entschädigung anhand der Versicherungssumme und anhand des Invaliditätsgrades berechnet; dieser wird aufgrund der Prozentsätze berechnet, die in Anhang 1 zum Gesetz über Arbeitsunfälle Nr. 1124 vom 30.06.1965 vorgesehen sind (INAIL Tabelle). Von diesem Gesetz wird die untenstehende Tabelle wiedergegeben:

Beschreibung	Prozentsatz		
	Rechts	Beide	Links
Komplette Taubheit von einem Ohr		15	
Totale Taubheit bilateral (beidseitig)		60	
Totaler Visusverlust von einem Auge		35	
Anatomischer Verlust oder Atrophie des Augapfels ohne Möglichkeit einer Korrektur mittels Prothese		40	
Andere Behinderungen der Visuskapazität (siehe eigene Tabelle)			
Absolute Rhinostenose unilateral, (einseitig)		8	
Absolute Rhinostenose bilateral (beidseitig)		18	
Verlust von mehreren Zähnen mit starker Beeinträchtigung der Kaufähigkeit:			
a) Erfolgreiche Korrektur mittels Prothese		11	
b) Ohne Möglichkeit einer Korrektur mittels Prothese		30	
Verlust einer Niere, bei voller Funktionsfähigkeit der zweiten Niere		25	
Milzverlust ohne Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes		15	
Für den Verlust eines Hoden, gibt es keine Entschädigung		0	
Folgen einer gut konsolidierten Schlüsselbeinfraktur ohne Einschränkung der Armbeweglichkeit		5	
Komplette Ankylose vom Schultergelenk mit günstiger Armstellung, mit gleichzeitiger Immobilisierung der Schulter	50		40
Komplette Ankylose vom Schultergelenk mit günstiger Armstellung, mit normaler Schulterbeweglichkeit	40		30
Armverlust			
a) Schulterverrenkung - Luxation (nicht mehr verwendbar)	85		75
b) Amputierung des Oberarmes im oberen Drittel	80		70
Verlust des Mittelarmes (partiell oder total)	75		65
Verlust des Unterarmes oder der Hand	70		60
Fingerverlust			
Alle	65		55
Ganzer Daumen und der Daumenwurzel	35		30

Beschreibung	Prozentsatz		
	Rechts	Beide	Links
Ganzer Daumen	28		23
Ganzer Zeigefinger	15		13
Ganzer Mittelfinger		12	
Ganzer Ringfinger		8	
Ganzer Kleiner Finger		12	
Verlust des Endgliedes des Daumens	15		12
Verlust des Endgliedes des Zeigefingers	7		6
Verlust des Endgliedes des Mittelfingers		5	
Verlust des Endgliedes des Ringfingers		3	
Verlust des Endgliedes des Kleinen Fingers		5	
Verlust des Mittel- und Endgliedes des Zeigefingers	11		9
Verlust des Mittel- und Endgliedes des Mittelfingers		8	
Verlust des Mittel- und Endgliedes des Ringfingers		6	
Verlust des Mittel- und Endgliedes des Kleinen Fingers		8	
Komplette Ankylose vom Ellenbogengelenk mit Winkel zwischen 110° und 75°:			
a) Halbpronation	30		25
b) Pronation	35		30
c) Supination	45		40
d) Bewegungen der Pronosupination möglich trotz Ankylose	25		20
Komplette Ankylose vom Ellenbogengelenk mit max. Beugung oder fast max. Beugung	55		50
Komplette Ankylose vom Ellenbogengelenk in max. Extensionsstellung oder fast max. Extensionsstellung:			
a) Halbpronation	40		25
b) Pronation	45		40
c) Supination	55		50
d) Bewegung der Pronosupination möglich trotz Ankylose	35		30
Komplette Ankylose des Handgelenks in Extensionsstellung	18		15
Wenn gleichzeitig die Bewegungseinschränkungen der Pronosupination nicht mehr vorhanden ist:			
a) Halbpronation	22		18
b) Pronation	25		22
c) Supination	35		30
Komplette Ankylose des Hüftgelenkes mit Extensionsstellung des Oberschenkels mit günstiger Stellung		45	
Totaler Verlust vom Oberschenkel wegen Disartikulation des Hüftgelenks oder hohe Amputation sodass eine Applizierung bzw. Korrektur mittels Prothese nicht möglich ist.		80	
Verlust vom Oberschenkel an jeglicher anderer Stelle		70	
Totaler Beinverlust oder Amputation im oberen Drittel, sodass eine Applizierung bzw. Korrektur mittels Prothese nicht möglich ist.		65	
Totaler Beinverlust oder Amputation im oberen Drittel, eine Applizierung bzw. Korrektur mittels Prothese ist möglich.		55	
Beinverlust im unteren Drittel oder ein Fußverlust		50	
Verlust des vorderen Fußes		30	
Totaler Verlust des Großen Zehen und der Zehenwurzel		16	
Verlust des Großen Zehen		7	
Verlust einzelner anderen Zehen hat keine Entschädigung zur Folge, aber gleichzeitigem Verlust von mehreren Zehen hat jeder Einzelne einen Wert von		3	
Komplette Ankylose des Kniegelenks		35	
Komplette Ankylose des Sprunggelenks im 90° Winkel		20	
Einfache Verkürzung vom Unterschenkel zwischen 3 und 5 cm		11	

Beschreibung	Prozentsatz		
	Rechts	Beide	Links
Legende: Konsolidierten gut zusammengewachsen, verheilt Ankylose, Versteifung, vollständiger Bewegungsverlust Halbpronation halbe Einwärtsdrehung Pronation Einwärtsdrehung Supination Auswärtsdrehung Pronosupination Ein- und Auswärtsdrehung Extensionsstellung Ausdehnung Disartikulation Verrenkung			

- 2.4 Für die Beeinträchtigungen der oberen Gliedmaßen gelten bei Linkshändern die für die rechte Seite vorgesehenen Invaliditätsprozentsätze für die linke Seite und umgekehrt.
- 2.5 Falls der Unfall eine **endgültige dauernde Teilinvalidität** zur Folge hat, die **nicht aufgrund der unter Punkt 2.3 vorgesehenen Prozentsätze** bestimmt werden kann, gelangen die **nachfolgenden Richtlinien zur Anwendung**:
- 2.5.1 Bei einer **Funktionseinschränkung** (kein Verlust von Gliedmaßen oder Organen) werden die **oben genannten Prozentsätze entsprechend der eingeschränkten Gebrauchsfähigkeit herabgesetzt**.
- 2.5.2 Bei Beeinträchtigung **einer oder mehrerer anatomischer Regionen** und/oder **eines oder mehrerer Gelenkbereiche einer Extremität** wird der **Invaliditätsgrad durch Zusammenrechnen der einzelnen Werte ermittelt**, wobei als **Höchstwert der Prozentsatz für den vollständigen Verlust der Extremität selbst vorgesehen ist**.
- 2.5.3 Falls die **Dauerinvalidität nicht** aufgrund der **unter Punkt 2.3 vorgesehenen Prozentsätze und der obenstehenden Kriterien bestimmt** werden kann, wird die **Dauerinvalidität anhand der obenstehenden Prozentsätze und Richtlinien, bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Ausmaßes, festgelegt**, in dem die **Fähigkeit des Versicherten zur Ausübung irgendeiner Erwerbstätigkeit – ganz unabhängig von seinem Beruf – insgesamt vermindert ist**.
- 2.6 Bei einem anatomischen Verlust oder bei Verlust der Funktionsfähigkeit mehrerer Körperorgane, Gelenke oder mehrerer Teile davon entspricht der Invaliditätsgrad, der anhand der unter Punkt 2.3 vorgesehenen Prozentsätze und anhand der obenstehenden Kriterien berechnet wird, der Summe der einzelnen für jede Verletzung berechneten Prozentsätze, **wobei als Höchstwert 100 % vorgesehen sind**.
- 2.7 Falls der Unfall eine Beeinträchtigung der Sehkraft zur Folge hat, wird die Entschädigung anhand der Versicherungssumme und anhand des Invaliditätsgrades berechnet. Dieser wird aufgrund der Prozentsätze berechnet, gemäß Anhang 1 zum Gesetz über Arbeitsunfälle Nr. 1124 vom 30.06.1965 (INAIL Tabelle). Von diesem Gesetz wird die untenstehende Bewertungstabelle für Beeinträchtigungen der Sehkraft wiedergegeben:

Sehkraftverlust	Restsehkraft	Entschädigungsleistung für das Auge mit geringerer Sehkraft (schlechteres Auge)	Entschädigungsleistung für das Auge mit besserer Sehkraft (besseres Auge)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

- 2.7.1 Bei einer Beeinträchtigung der Sehkraft auf beiden Augen werden die oben genannten Prozentsätze für beide Augen zusammengerechnet.
3. Im **ersten Jahr nach dem Unfall** wird eine **Invaliditätsleistung** vom Versicherer **nur erbracht**, wenn **Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen**.

Artikel 9 Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.

2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, **die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet**. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme **nur die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten ersetzt**.

Artikel 10 Todesvermutung

1. Falls der Versicherte nach einem von dieser Polizza gedeckten Unfall vermisst ist und die Justizbehörde in Anwendung des Art. 60, Abs. 3 des Ital. Zivilgesetzbuchs oder des Art. 211 der Schifffahrtsordnung die Todeserklärung ausgesprochen hat und dieses Ereignis in den standesamtlichen Dokumenten eingetragen wird, zahlt der Versicherer den Bezugsberechtigten die für den Todesfall vorgesehene Versicherungssumme aus.
2. Wenn **nach Auszahlung** der Entschädigung **der Nachweis erbracht wird**, dass der **Versicherte lebt**, ist er **zusammen mit den Begünstigten gesamtschuldnerisch zur Rückerstattung der Entschädigung verpflichtet**.

Artikel 11 Taggeld

1. **Taggeld kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit ausüben.**
2. **Voraussetzung für die Zahlung von Taggeld ist**, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalles ein Einkommen aus einer der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht unterliegenden, selbständigen oder unselbständigen Beschäftigung bezogen hat. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten.
3. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten **Person für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt**.
4. Falls die versicherte Person **zum Unfallzeitpunkt keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausübt, wird Taggeld für höchstens 10 Tage pro Versicherungsperiode gezahlt**.
5. **Die Mitversicherung des Taggeldes entfällt mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person die berufliche Tätigkeit beendet, jedenfalls mit Ende des Versicherungsjahres in dem sie das 70. Lebensjahr vollendet.**

Artikel 12 Spitalgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, **längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt**.
2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und **sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive**.
3. **Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.**

Artikel 13 Unfallkosten

Bis zur Höhe der hiefür vereinbarten Versicherungssumme werden vom Versicherer Unfallkosten ersetzt, **sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde**.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten,
die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.
Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.
2. Bergungskosten,
die notwendig werden, wenn die versicherte Person
 - 2.1 einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
 - 2.2 durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.
 Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital.
3. Rückholkosten,
das sind die unfallbedingten Kosten des medizinisch notwendigen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Italien bezahlt.

Artikel 14 Unfallrente

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gem. Art. 8 von **mindestens 50 %**, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente bezahlt.
2. Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Nachhinein. Die erste Unfallrente wird rückwirkend mit dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat, fällig. **Die Rentenzahlung endet, wenn die versicherte Person stirbt.**
3. **Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.**

Artikel 15 Zusatzleistung

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 26, Pkt. 2, Obliegenheiten, bestimmten Obliegenheiten entstehen. **Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Pkt. 2.6 des Art. 26, Obliegenheiten.**

Artikel 16 Fälligkeit der Leistung

1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die **Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen**, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte vom Versicherer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.

Artikel 17 Vertragliches Sachverständigengutachten

Die Entschädigung wird aufgrund der Bestimmungen der vorstehenden Artikel festgelegt.

Allfällige Streitfragen medizinischer Natur über die Art der Verletzungen, den Grad der dauernden Invalidität oder über das Ausmaß oder die Dauer der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit **müssen schriftlich einem aus drei Ärzten bestehenden Kollegium übertragen werden**; für das Kollegium **bestimmen die beiden Vertragsparteien je einen Arzt, der dritte wird einvernehmlich ernannt**. Das Ärztekollegium tritt in der Gemeinde zusammen, die Sitz der Ärztekammer ist, in deren Zuständigkeitsbereich der Versicherte seinen Wohnsitz hat.

Bei Nichteinigung der beiden Ärzte über die Wahl des dritten Arztes wird der Präsident der Ärztekammer mit der Bestellung beauftragt.

Beide Vertragsparteien tragen die eigenen Kosten und zahlen die Honorare des von ihnen ernannten Arztes; die Kosten und Honorare des dritten Arztes werden von den beiden Vertragsparteien je zur Hälfte übernommen.

Falls das Ärztekollegium es für zweckmäßig hält, kann es die endgültige Feststellung der Dauerinvalidität auf einen vom Kollegium selbst zu bestimmenden späteren Zeitpunkt verschieben; in diesem Fall kann das Kollegium inzwischen einen Vorschuss auf die Entschädigung gewähren. Die **Entscheidungen des Ärztekollegiums** erfolgen mit Stimmenmehrheit ohne Bindung an Gesetzesformalitäten und sind **für beide Vertragsparteien verbindlich. Diese verzichten von vornherein auf eine Anfechtung, sofern nicht Zwang, Arglist, Irrtum oder eine Verletzung der Vertragsbestimmungen vorliegen.**

Die Ergebnisse der Arbeiten des Schiedsgerichts müssen in einem eigenen Protokoll zusammengefasst werden, das in zweifacher Ausfertigung erstellt wird und **von dem beide Vertragsparteien je eine Kopie erhalten.**

Die **Entscheidungen des Ärztekollegiums sind für die Vertragsparteien verbindlich**, auch wenn ein Arzt die Unterzeichnung des Protokolls verweigert. Diese Weigerung muss von den Schiedsrichtern im Protokoll selbst bestätigt werden.

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 18 Unversicherbare Personen

1. **Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig sind.**
Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der versicherten Person infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.
2. Der **Versicherer leistet die Versicherung aufgrund der Erklärung des Versicherten**, dass er **nicht alkoholabhängig oder drogenabhängig** ist und **nicht an einer der folgenden Geisteskrankheiten leidet: Geisteskrankheiten mit hirnorganischen Syndromen, schizophrene Störungen, paranoide Störungen, manisch-depressive Formen – unabhängig von der konkreten Bewertung des Gesundheitszustands des Versicherten.**
3. Bei **unrichtigen Angaben** oder **Verschweigen** gelangen die **Bestimmungen des Art. 21 – Erklärungen zu den Gefahrenumständen – sowie die Bestimmungen der Art 1982,1993 und 1994 des Ital. Zivilgesetzbuchs zur Anwendung.**

4. Das **Auftreten** einer oder mehrerer der **obengenannten Krankheiten** beim **Versicherten** während der **Geltungsdauer** des **Vertrags** stellt für den Versicherer eine **Gefahrerhöhung** dar, derentwegen er – unabhängig von der konkreten Bewertung des Gesundheitszustands des Versicherten – **gemäß Art. 1898 des Ital. Zivilgesetzbuchs der Versicherung überhaupt nicht zugestimmt hätte**. In diesem Fall wird die in diesem Gesetzesartikel vorgesehene Regelung angewendet.

Artikel 19
Ausschlüsse

Der Versicherungsschutz umfasst nicht Unfälle:

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Art. 7, Pkt. 4 fällt, Begriff des Unfalles;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestylings, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegereignissen jeder Art zusammenhängen;
6. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie,
 - oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes,
 - außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden.
8. die die versicherte Person infolge „einer Bewusstseinsstörung“ oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
9. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Artikel 20
Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Eine **Versicherungsleistung** wird nur für die **durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen** (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

Darüber hinausgehend gilt:

1. Bei der **Bemessung des Invaliditätsgrades** wird ein **Abzug in Höhe einer Vorinvalidität** nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.
Die Vorinvalidität wird nach Art. 8, Pkt. 2 und 3, Dauernde Invalidität, bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der **Prozentsatz des Invaliditätsgrades** ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens **zu vermindern**, sofern **dieser Anteil mindestens 25 % beträgt**.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein **überwiegender Kausalzusammenhang** mit **einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist**. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine **Leistung nur** erbracht, wenn und soweit **diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist**.
Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Bei **Bandscheibenhernien** wird **eine Leistung** nur erbracht, wenn sie durch **direkt mechanische Einwirkung** auf die **Wirbelsäule** entstanden sind und es sich **nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt**.
6. Für **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art wird **eine Leistung** nur erbracht, wenn sie durch eine **von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren**.

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 21

Erklärungen zu den Gefahrenumständen

Unrichtige Angaben oder das Verschweigen von Seiten des Versicherten von Umständen, die die Einschätzung des Risikos beeinflussen, können zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Entschädigungsanspruches sowie zum Erlöschen der Versicherung führen (Art. 1892, 1893 und 1894 des Ital. Zivilgesetzbuchs).

Artikel 22

Prämie

Die Versicherung ist **ab 0 Uhr des in der Polizza angegebenen Tages wirksam**, falls die **Prämie bzw. die erste Prämienrate bereits bezahlt wurde**. Ansonsten wird sie **um 0 Uhr des Tages wirksam, an dem die Prämienzahlung erfolgt**. Falls der **Versicherungsnehmer die nachfolgenden Prämien bzw. Prämienraten nicht zahlt**, wird die Versicherung **gemäß Art. 1901 des Ital. Zivilgesetzbuchs ab 0 Uhr des fünfzehnten auf die Fälligkeit folgenden Tages ausgesetzt und wird erst wieder um 0 Uhr des Tages, an dem die Zahlung erfolgt, wirksam**. Die nachfolgenden Fälligkeiten bleiben davon unberührt.

Die Prämien sind an den Versicherer oder an den betreuenden Vermittler zu zahlen.

Artikel 23

Gefahrerhöhung

Der **Versicherte** muss dem Versicherer **jede Gefahrerhöhung schriftlich mitteilen**.

Dem **Versicherer nicht bekannte oder von ihm nicht akzeptierte Gefahrerhöhungen** können **laut Art 1898 des Ital. Zivilgesetzbuchs zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Entschädigungsanspruches sowie zum Erlöschen der Versicherung führen**.

Artikel 24

Gefahrinderung

Bei einer Gefahrinderung ist der Versicherer verpflichtet, die **nach der entsprechenden Mitteilung des Versicherten fällig werdenden Prämien bzw. Prämienraten** gemäß Art. 1897 des Ital. Zivilgesetzbuchs **herabzusetzen**. Der Versicherer verzichtet in diesem Fall auf das Rücktrittsrecht.

Artikel 25

Mehrfache Versicherung

Der **Versicherte** muss **dem Versicherer schriftlich das Bestehen oder den nachträglichen Abschluss von anderen Versicherungen für dasselbe Risiko melden**.

Wenn der **Versicherte** diese **Meldung vorsätzlich unterlässt**, ist der **Versicherer zur Zahlung der Entschädigung nicht verpflichtet**.

Im Versicherungsfall muss der **Versicherte gemäß Art. 1910 des Ital. Zivilgesetzbuchs alle Versicherer benachrichtigen und jeweils den Namen der anderen Versicherer angeben**.

Artikel 26

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten **vor Eintritt** des Versicherungsfalles

Als **Obliegenheit**, deren **Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers bewirkt**, wird **bestimmt**, dass die **versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung**, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, **besitzt**; dies **gilt auch dann**, wenn dieses **Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird**.

2. Obliegenheiten **nach Eintritt** des Versicherungsfalles

Als **Obliegenheiten**, deren **Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers bewirkt**, werden **bestimmt**:

2.1 Bei **Eintritt des Versicherungsfalles** müssen der **Versicherte oder seine Anspruchsberechtigten bei der Agentur**, welche die Polizza führt, **oder beim Versicherer** laut Art. 1913 des Ital. Zivilgesetzbuchs **innerhalb von drei Tagen**, nachdem sie dazu die Möglichkeit hatten, **schriftlich Anzeige erstatten**.

2.2 Der **Anzeige**, in der **Ort, Tag und Uhrzeit des Schadenereignisses** angegeben werden müssen und die eine detaillierte **Beschreibung des Unfallhergangs** enthalten muss, ist ein **ärztliches Zeugnis beizulegen**.

2.3 Der **Verlauf des Heilungsprozesses** ist durch weitere **ärztliche Zeugnisse zu belegen**. Bei einer **vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit** müssen die **ärztlichen Zeugnisse zu den entsprechenden Fälligkeiten erneuert** werden.

2.4 Der **Versicherte** bzw. – im Todesfall – die **Begünstigten** müssen dem Versicherer **alle notwendigen Ermittlungen, Bewertungen und Untersuchungen gestatten**, die in Italien durchzuführen sind.

2.5 Die **Nichterfüllung der Pflichten in Zusammenhang mit der Anzeige des Versicherungsfalles** kann zum **vollständigen oder teilweisen Verlust des Entschädigungsanspruches** laut Art. 1915 des Ital. Zivilgesetzbuchs **führen**.

2.6 Nach dem Unfall ist **unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen** und die **ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen**; ebenso ist **für eine angemessene Krankenpflege** und nach Möglichkeit für die **Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen**.

- 2.7 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
- 2.8 Der **Versicherer kann verlangen**, dass sich die **versicherte Person** durch die vom **Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt**.
- 2.9 Ist **auch Spitalgeld versichert**, so ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 12, Pkt. 2, Spitalgeld) eingewiesen ist, **nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden**.
- 2.10 **Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.**

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 27

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag **nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen** ist, der Zeitraum eines Jahres.
2. Vertragsdauer
Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer **mindestens ein Jahr, verlängert** sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er **nicht 30 Tage vor Ablauf gekündigt wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.**

Artikel 28

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
- 1.1 **Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen**, wenn der **Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder ihre Anerkennung verzögert**.
In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb von 30 Tagen
- nach **Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung**;
 - nach **Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht**;
 - nach **Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 17, Vertragliches Sachverständigengutachten)**;
 - nach **Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 16, Fälligkeit der Leistung) vom Versicherungsnehmer vorzunehmen**.
- Die **Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen**.
- 1.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn der **Versicherer den Anspruch** auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach **anerkannt** oder die **Versicherungsleistung erbracht hat**, oder wenn der **Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat**.
Die Kündigung ist innerhalb von 30 Tagen
- nach **Anerkennung dem Grunde nach**;
 - nach **erbrachter Versicherungsleistung**;
 - nach **Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung**
- von uns vorzunehmen.
- Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer 30 tägigen Kündigungsfrist erfolgen.
Falls der **Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat**, kann der **Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen**.
- 1.3 Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben oder unversicherbar geworden ist (Art. 18, Unversicherbare Personen), so steht dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 29

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur **Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich**. Ist der **andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt** und steht die **Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu**, so kann der **Versicherungsnehmer den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten**.
2. **Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.**

3. **Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.**

Artikel 30
Gerichtsstand

Für alle Streitigkeiten aus diesem Versicherungsvertrag gilt der Gerichtsstand Bozen.

Artikel 31
Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen, Änderungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Artikel 32
Steuern und Abgaben

Die Steuern und Abgaben in Zusammenhang mit der Versicherung gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

Artikel 33
Italienisches Recht

Für diesen Vertrag und alle damit zusammenhängenden Rechtsgeschäfte gilt italienisches Recht.

TIROLER VERSICHERUNG V.a.G.
Landesdirektion Südtirol-Trentino
Schlachthofstraße 30
39100 Bozen
Tel. +39 0471 052600

office@tiroler.it
tiroler.it