



Polizze Nr. IAH0012493

Effekt ab 24 Stunden 28/02/2017 und verfallen um 24 Uhr von 28/02/2021

Unfallversicherungsvertrag zugunsten der Kinder der Kindergärten und der Schülerinnen und Schüler aller Schulstufen und Grade in der Provinz Bozen

abgeschlossen zwischen

Autonome Provinz Bozen - Südtirol

C.F. e P.Iva: 00390090215

Landhaus 7, Andreas Hofer-Staße, 18

39100 Bozen (BZ)

e

AIG EUROPE LIMITED – Rappresentanza Generale per l'Italia

C.F. e P.Iva: 08037550962

Via Della Chiusa, 2

20123 Milano (MI)



AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiusa, 2 - 20123 Milano

Tel: +39 02 36901, Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. / P.I. 08037550962 - REA Milano n. 1999051

Sede Secondaria di AIG Europe Limited - Registrata in Inghilterra e nel Galles con il numero 01486260

Sede legale: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londra EC3M 4AB, Regno Unito - Capitale Sociale Sterline 197.118.479

INHALT

TEIL 1 BEGRIFFSBESTIMMUNGEN UND IDENTIFIZIERUNG DER VERSICHERTEN

- Art. 1 Begriffsbestimmungen
- Art. 2 Identifizierung der Versicherten

TEIL 2 ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN

- Art. 1 Angaben zu den Risikoumständen
- Art. 2 Mehrfachversicherung
- Art. 3 Vertragsdauer und Vertragsverlängerung
- Art. 4 Zahlung der Prämie und Laufzeit des Versicherungsschutzes
- Art. 4-bis Pflichten in Bezug auf die Verfolgbarkeit der Geldflüsse gemäß Gesetz Nr. 136/2010
- Art. 5 Prämienregulierung
- Art. 6 Rücktritt nach Schadensfall - Verzicht
- Art. 7 Änderungen der Versicherung
- Art. 8 Form der Mitteilungen des Versicherungsnehmers an die Gesellschaft
- Art. 9 Steuern und Abgaben
- Art. 10 Gerichtsstand
- Art. 11 Vertragsauslegung
- Art. 12 Inhaberschaft der sich aus dem Vertrag ergebenden Rechte
- Art. 13 Pflicht zur Mitteilung der Daten über die Schadensfälle
- Art. 14 Verweisung auf die Gesetzesvorschriften
- Art. 15 Datenverarbeitung
- Art. 16 Örtlicher Geltungsbereich
- Art. 17 Missbräuchliche Klauseln

TEIL 3 GEDECKTE RISIKEN

- Art. 1 Gegenstand der Versicherung
- Art. 2 Ästhetische Schäden bzw. Entstellungsschäden
- Art. 3 Ersatz der Arzt-, Arzneimittel- und Transportspesen
- Art. 3 bis Ersatz der Zahnarztspesen
- Art. 4 Luftfahrtrisiko

TEIL 4 AUSSCHLÜSSE

- Art. 1 Ausschlüsse
- Art. 2 Altersgrenzen

TEIL 5 SCHADENSREGULIERUNG

- Art. 1 Schadensmeldung und entsprechende Obliegenheiten
- Art. 2 Leistungspflichtkriterien
- Art. 3 Streitigkeiten
- Art. 4 Regulierung der Versicherungsleistung
- Art. 5 Vorauszahlung der Entschädigung
- Art. 6 Zahlungsfrist der Entschädigung im Sinne des Versicherungsvertrags
- Art. 7 Verzicht auf das Recht auf Einsetzung

TEIL 6 VERSICHERTE KATEGORIE, DECKUNGSSUMMEN, UNTERGRENZEN, SELBSTBETEILIGUNGEN UND PRÄMIENBERECHNUNG

- Art. 1 Versicherungssummen, Selbstbeteiligungen und Selbstbehalte
- Art. 1.1 Benutzer des Bildungssystems des Landes
- Art. 2 Deckungssummen
- Art. 3 Prämienberechnung und Regulierungsmodalität



TEIL 1 BEGRIFFSBESTIMMUNGEN UND IDENTIFIZIERUNG DER VERSICHERTEN

Art. 1. - Begriffsbestimmungen

Versicherung:	Der Versicherungsvertrag.
Versicherungsvertrag:	Das Dokument, das den Abschluss der Versicherung bescheinigt.
Versicherungsnehmer:	Die Autonome Provinz Bozen - Südtirol.
Versicherter:	Die natürliche oder juristische Person, deren Interesse durch die Versicherung geschützt wird.
Begünstigter:	Im Todesfall die gesetzlichen oder testamentarischen Erben des Versicherten; in allen anderen Fällen der Versicherte selbst.
Gesellschaft:	Das Versicherungsunternehmen sowie die Mitversicherer.
Prämie:	Die Summe, die der Versicherungsnehmer der Gesellschaft schuldet.
Risiko:	Die Wahrscheinlichkeit, dass der Schadensfall eintritt und das Ausmaß der Schäden, die dadurch entstehen können.
Schadensfall bzw. Versicherungsfall:	Das Auftreten eines Schadensereignisses, das die Leistungspflicht des Versicherungsschutzes auslöst.
Entschädigung:	Die Summe, die die Gesellschaft im Schadensfall schuldet.
Selbstbeteiligung oder Franchise:	Der Teil des eingetretenen Schadens in Höhe eines bestimmten Betrags, den der Versicherte selbst trägt.
Selbstbehalt:	Der Teil des eingetretenen Schadens in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes, den der Versicherte selbst trägt.
Versicherungsjahr oder Versicherungszeitraum:	Der Zeitraum gleich oder unter 12 Monaten zwischen dem Laufzeitbeginn und dem Ablaufdatum oder dem Datum der Beendigung der Versicherung.
Unfall:	Jedes Schadensereignis, das durch eine zufällige, gewaltsame, von außen einwirkende Ursache ausgelöst wird und zu objektiv feststellbaren körperlichen Verletzungen führt, die den Tod und/oder eine dauernde Invalidität und/oder eine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben.
Dauernde Invalidität:	Die verringerte Arbeitsfähigkeit oder der endgültige und unwiederbringliche Verlust einer jeglichen Arbeitsfähigkeit, unabhängig des vom Versicherten ausgeübten Berufes.
Zeitweilige Arbeitsunfähigkeit:	Der zeitweilige gänzliche oder teilweise Verlust der Fähigkeit des Versicherten, aufgrund des Unfalles den erklärten beruflichen Tätigkeiten nachzugehen.
Krankenanstalt:	Beim Nationalen Gesundheitsdienst akkreditierte öffentliche Krankenhäuser, Kliniken, Pflegeanstalten sowie rechtlich anerkannte und ordnungsgemäß zugelassene private Einrichtungen für die Hospitalisierung von Kranken, ausgeschlossen Kuranstalten, Genesungsheime und Aufenthaltszentren.
Krankenhausaufenthalt:	Stationärer Aufenthalt in einer Krankenanstalt mit mindestens einer Übernachtung.
Obergrenze pro Versicherungsfall	Die höchste, von der Gesellschaft zu zahlende Entschädigungssumme pro Versicherungsfall.

Art. 2 - Identifizierung der Versicherten

Der gegenständliche Versicherungsvertrag wird für die im Teil 6 dieses Vertrags beschriebene Kategorie abgeschlossen, für welche der Versicherungsnehmer die Pflicht oder das Interesse hat, den Versicherungsschutz zu gewährleisten. Sie gilt für die Unfälle, die die Versicherten während der Teilnahme an den Tätigkeiten des Versicherungsnehmers oder bei der Abwicklung der vom selben Versicherungsnehmer erklärten Aufgaben erleiden.



TEIL 2 ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN

Art. 1 - Angaben zu den Risikoumständen

Unrichtige Erklärungen oder die Verschweigung von Tatsachen durch den Versicherungsnehmer, welche die Risikobemessung beeinflussen, können den vollständigen oder teilweisen Verlust des Rechts auf die Entschädigung sowie die Nichtigkeit der Versicherung im Sinne der Artikel 1892, 1893 und 1894 des italienischen Zivilgesetzbuches bewirken.

Der Versicherungsnehmer hat der Gesellschaft jede Erhöhung des Risikos mitzuteilen. Der Gesellschaft nicht mitgeteilte oder von der Gesellschaft nicht angenommene Erhöhungen des Risikos können den vollständigen oder teilweisen Verlust des Rechts auf die Entschädigung sowie die Nichtigkeit der Versicherung im Sinne des Artikels 1898 des italienischen Zivilgesetzbuches bewirken. Die Gesellschaft hat außerdem das Recht, die dem erhöhten Risiko entsprechende Prämien Differenz ab dem Zeitpunkt des Auftretens des risikoerhöhenden Umstandes zu beziehen.

Im Falle einer Verringerung des Risikos ist die Gesellschaft verpflichtet, die auf die Mitteilung des Versicherungsnehmers im Sinne des Artikels 1897 des italienischen Zivilgesetzbuches folgende/n Prämie oder Prämienraten zu reduzieren und verzichtet auf das Rücktrittsrecht.

Die Unterlassung, Unvollständigkeit oder Unrichtigkeit der Erklärungen durch den Versicherungsnehmer über eventuelle risikoerhöhende Umstände während des Wirkungszeitraums des vorliegenden Versicherungsvertrags wie auch bei der Unterzeichnung des Versicherungsvertrags beeinträchtigen das Recht auf die vollständige Entschädigung nicht, sofern diese Unterlassungen bzw. unvollständigen oder unrichtigen Erklärungen nicht auf ein vorsätzliches Verhalten des Versicherungsnehmers zurückzuführen sind.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte sind von jeglicher Schadenserklärungspflicht in Bezug auf in Anspruch genommene Versicherungsleistungen zur Deckung derselben Risiken vor dem Abschluss des vorliegenden Versicherungsvertrags befreit.

Art. 2 - Mehrfachversicherung

Die Versicherten sind von der Pflicht befreit, das Bestehen anderer Unfall- und Krankenversicherungsverhältnisse im Voraus mitzuteilen.

Art. 3 - Vertragsdauer und Vertragsverlängerung

Der Vertrag hat eine Dauer von vier Jahren und ist von 24:00 Uhr des 28.02.2017 bis 24:00 Uhr des 28.02.2021 gültig.

Die Parteien sind befugt, vom Vertrag zu jeder Jahresfälligkeit per Einschreiben, das 180 (hundertachtzig) Tage vor jeder Jahresfälligkeit gesendet werden muss, zurückzutreten.

Der Versicherungsvertrag läuft bei seinem natürlichen Ablauf ohne Kündigungspflicht für die Parteien aus.

Außerdem hat der Versicherungsnehmer das Recht, mit einer Vorankündigung nicht unter 30 (dreißig) Tagen vor dem Vertragsablauf bei der Gesellschaft eine vorübergehende Verlängerung der vorliegenden Versicherung zu beantragen, um die Zuschlagsverfahren für die neue Versicherung abwickeln bzw. abschließen zu können. Die Gesellschaft verpflichtet sich bei Zahlung der entsprechenden Prämienrate ab sofort, die Versicherung in einem solchen Falle zu denselben vertraglichen und wirtschaftlichen Bedingungen für einen Zeitraum von 180 (hundertachtzig) Tagen nach ihrem Ablauf zu verlängern.

Art. 4 - Zahlung der Prämie und Laufzeit des Versicherungsschutzes

Die Versicherung ist ab 24:00 Uhr des im Versicherungsvertrag angegebenen Tages wirksam, auch wenn die erste Prämie erst innerhalb der darauffolgenden 60 Tage bezahlt wird.

Wenn der Versicherungsnehmer die Prämien nicht bezahlt, bleibt die Versicherung ab 24:00 Uhr des 60. Tages nach dem oben genannten Tag des Laufzeitbeginns für die erste Prämie oder ab 24:00 Uhr des 60. Tages nach dem Tag des Beginns für die nachfolgenden Prämienfälligkeiten ausgesetzt. Sie tritt um 24:00 Uhr des Tages der Zahlung wieder in Kraft, unbeschadet aller weiteren Fälligkeiten und des Rechts des Versicherers auf die Zahlung der ausstehenden Prämien im Sinne des Artikels 1901 des italienischen Zivilgesetzbuches.

Im Sinne des Artikels 48 des DPR 602/1973 weist der Versicherer darauf hin, dass:

1. die Versicherung ihre Gültigkeit auch während der Abwicklung etwaiger Überprüfungen beibehält, die der Versicherungsnehmer im Sinne des Dekrets des Wirtschafts- und Finanzministeriums Nr. 40 vom 18. Januar 2008 durchführen sollte, wobei der im Artikel 3 des Dekrets angeführte Aussetzungszeitraum von 30 Tagen inbegriffen ist;
2. die Zahlung, die der Versicherungsnehmer direkt an den Einhebungsbeauftragten im Sinne von Artikel 72-bis des DPR 602/1973 tätigt, als vertragliche Pflichterfüllung gemäß Artikel 1901 des italienischen Zivilgesetzbuches gegenüber dem Versicherer selbst gilt.

Art. 4-bis - Pflichten in Bezug auf die Verfolgbarkeit der Geldflüsse gemäß Gesetz Nr. 136/2010

- a) Die auftragnehmende Gesellschaft ist verpflichtet, alle vom Gesetz Nr. 136/2010 vorgesehenen Obliegenheiten zur Gewährleistung der Verfolgbarkeit der Geldflüsse zu erfüllen.
- b) Sollte die Gesellschaft in den entstehenden Beziehungen zu ihren eventuellen Subunternehmern und Unterauftragnehmern aus der Reihe der Unternehmen, die in jeglicher Weise ein Interesse an der Durchführung des vorliegenden Versicherungsauftrages haben, von der Nichterfüllung der eigenen Vertragspartner in Bezug auf die Pflichten der Verfolgbarkeit der Geldflüsse gemäß Artikel 3 des Gesetzes Nr. 136/2010 erfahren, hat sie dies dem auftraggebenden Werk und dem Regierungskommissariat der Provinz, in der das auftraggebende Werk seinen Sitz hat, unmittelbar mitzuteilen.
- c) Die Verwaltung kann bei jeder Zahlung an den Auftragnehmer und anhand zusätzlicher Kontrollmaßnahmen überprüfen, ob der Auftragnehmer, die Subunternehmer und die Unterauftragnehmer aus der Reihe der Unternehmen, die in jeglicher Weise ein Interesse an der Durchführung des vorliegenden Versicherungsauftrages haben, ihre Pflichten im Hinblick auf die Gewährleistung der Verfolgbarkeit der Geldflüsse erfüllen. Die Gesellschaft verpflichtet sich, jegliche Unterlagen zum Nachweis der Pflichterfüllungen im Hinblick auf die Gewährleistung der Verfolgbarkeit der Geldflüsse gemäß Gesetz Nr. 136/2010 durch sie selbst sowie durch die Subunternehmer und Unterauftragnehmer aus der Reihe der Unternehmen, die in jeglicher Weise ein Interesse an der Durchführung des vorliegenden Versicherungsauftrages haben, vorzulegen.
- d) Den Bestimmungen von Artikel 3, Absatz 9-bis des Gesetzes Nr. 136/2010 zufolge liegt ein Grund für die Vertragsaufhebung im Sinne von Artikel 1456 des italienischen Zivilgesetzbuches vor, wenn die Auftragnehmer, Subunternehmer, Unterauftragnehmer aus der Reihe der Unternehmen, die in jeglicher Weise ein Interesse an der Durchführung des vorliegenden Versicherungsauftrages haben, für Geldschäfte im Zusammenhang mit Zahlungen nicht die Bank- oder Postüberweisung bzw. andere Zahlungsmittel verwenden, mit denen die Geldflüsse zur Gänze verfolgt werden können. Die Vertragsaufhebung findet Anwendung, wenn die Partei, die ein Interesse daran hat, der anderen erklärt, sich der Aufhebungsklausel bedienen zu wollen. Die Aufhebung erstreckt sich im Sinne des Artikels 1458 des italienischen Zivilgesetzbuches nicht auf die Verpflichtungen der Gesellschaft, die sich aus Schadensfällen ergeben, welche sich vor der Vertragsaufhebung zugetragen haben.

Art. 5 - Prämienregulierung

Da die Prämie zur Gänze oder zum Teil auf der Grundlage von variablen Risikoelementen vereinbart wird, wird sie vorläufig in Höhe jenes Betrags vorausgezahlt, der sich aus der im Teil 6 dieses Versicherungsvertrags enthaltenen Berechnung ergibt. Die Prämie wird beim Ablauf eines jeden Versicherungsjahres oder jeder kürzeren Vertragsdauer auf der Grundlage der Änderungen angepasst, die sich im berücksichtigten Zeitraum in den Elementen, welche die Prämienbemessungsbasis bilden, ergeben haben.

Zu diesem Zweck hat der Versicherungsnehmer innerhalb von 90 Tagen nach Ablauf jedes jährlichen Versicherungszeitraums der Gesellschaft alle für die Prämienendabrechnung nötigen Daten schriftlich bereit zu stellen:

Die aktiven oder passiven Differenzen, die sich aus der Prämienregulierung ergeben, müssen innerhalb von 60 Tagen nach dem Datum gezahlt werden, an dem der Versicherungsnehmer die von der Gesellschaft als korrekt befundene Regulierungsaufstellung erhalten hat.

Sorgt der Versicherungsnehmer innerhalb der vorgeschriebenen Fristen nicht für die Mitteilung der vorgenannten Daten oder für die Zahlung des geschuldeten aktiven Differenzbetrages, muss die Gesellschaft anhand einer formellen Inverzugsetzung eine Nachfrist nicht unter 30 Tagen gewähren und dies schriftlich mitteilen. Nach Verstreichen dieser Nachfrist wird die vorläufig für die nachfolgende Rate vorausgezahlte Prämie zur Abrechnung oder als Sicherheit für die Prämie jenes jährlichen Versicherungszeitraums herangezogen, für welchen die Regulierung oder die Zahlung des aktiven Differenzbetrages nicht stattgefunden hat. Der Versicherungsschutz bleibt bis 24:00 Uhr des Tages, an dem der Versicherungsnehmer seine Pflicht erfüllt, ausgesetzt, unbeschadet des Rechts der Gesellschaft, rechtliche Schritte einzuleiten oder per Einschreiben die Vertragsaufhebung zu erklären.

Sollte die Nichtmitteilung der Regulierungsdaten oder die Nichtzahlung der Ausgleichsprämie nicht auf vorsätzliches Verhalten des Versicherungsnehmers zurückzuführen sein, können die etwaigen Schadensfälle in dem Verhältnis entschädigt werden, das zwischen der vorausgezählten Prämie und der insgesamt geschuldeten Prämie (Vorauszahlung plus Ausgleichszahlung) besteht.

Wenn der Versicherungsnehmer im Falle eines abgelaufenen Vertrags seine Prämienregulierungspflichten nicht erfüllt, muss die Gesellschaft ebenfalls eine Nachfrist von 30 Tagen gewähren. Nach Verstreichen dieser Nachfrist ist die Gesellschaft für die im Zeitraum der nichterfolgten Regulierung aufgetretenen Schadensfälle nicht mehr verpflichtet, die Versicherungsleistung zu erbringen. Sie hat ebenfalls das Recht, rechtliche Schritte einzuleiten.

Die Gesellschaft hat das Recht, Überprüfungen und Kontrollen durchzuführen, für die der Versicherungsnehmer alle nötigen Klarstellungen und Unterlagen bereitzustellen verpflichtet ist.

Art. 6 - Rücktritt nach Schadensfall - Verzicht

Die Gesellschaft verzichtet auf das Recht, nach jedem Schadensfall vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Die Gesellschaft kann das Rücktrittsrecht mit einer Kündigungsfrist von 180 (hundertachtzig) Tagen nach jedem Versicherungsjahr ausüben.

Der Rücktritt der Gesellschaft von der Deckung einzelner Risiken oder von Teilen der Versicherung ist nicht zulässig, außer bei ausdrücklicher Annahme seitens des Versicherten und mit daraus folgender Prämienreduzierung.

Art. 7 - Änderungen der Versicherung

Etwaiqe Änderungen des vorliegenden Versicherungsvertrags müssen schriftlich bescheinigt werden.

Art. 8 - Form der Mitteilungen des Versicherungsnehmers an die Gesellschaft

Alle Pflichtmitteilungen des Versicherungsnehmers müssen über das zertifizierte elektronische Postfach (PEC) oder mit anderen gesicherten Übermittlungssystemen (Telefax, Einschreiben) an die Gesellschaft gerichtet werden.

Art. 9 - Steuern und Abgaben

Alle gegenwärtigen und zukünftigen Steuern und Abgaben im Zusammenhang mit der Prämie, den Entschädigungen, dem Versicherungsvertrag und den davon abhängenden Akten sind zu Lasten des Versicherungsnehmers, auch wenn sie von der Gesellschaft im Voraus entrichtet werden.

Art. 10 - Gerichtsstand

Für allfällige Streitigkeiten in Bezug auf den vorliegenden Vertrag gilt als Gerichtsstand ausschließlich das Gericht des Ortes, an dem der Versicherungsnehmer seinen Sitz hat.

Art. 11 - Vertragsauslegung

Zwischen den Parteien wird vereinbart, dass in Bezug auf die gesamten Versicherungsvertragsbedingungen die großzügigste und für den Versicherten günstigste Vertragsauslegung Anwendung findet.

Art. 12 - Inhaberschaft der sich aus dem Vertrag ergebenden Rechte

Die Handlungen, Rechtsansprüche und Rechte, die sich aus dem Versicherungsvertrag ergeben, können nur vom Versicherungsnehmer und von der Gesellschaft ausgeübt werden.

Insbesondere obliegt es dem Versicherungsnehmer, alles Nötige für die Schadensfeststellung und Schadensregulierung zu veranlassen. Die auf diese Weise erfolgte Schadensfeststellung und Schadensregulierung sind auch für den Versicherten rechtsverbindlich, wobei jedes Anfechtungsrecht seinerseits ausgeschlossen bleibt. Die auf der Grundlage des Versicherungsvertrags regulierte Entschädigung kann jedoch ausschließlich an die und mit der Zustimmung der Inhaber des versicherten Interesses gezahlt werden.

Der Versicherungsnehmer ist jedoch befugt, die Übernahme aller nötigen Handlungen und Akten für die Schadensfeststellung und Schadensregulierung durch den Versicherten anzufordern. Die auf diese Weise erfolgte Schadensfeststellung und Schadensregulierung sind auch für den Versicherungsnehmer rechtsverbindlich, wobei jedes Anfechtungsrecht seinerseits ausgeschlossen bleibt.

Art. 13 - Pflicht zur Mitteilung der Daten über die Schadensfälle

Die Gesellschaft verpflichtet sich, dem Versicherungsnehmer zu den halbjährlichen Fälligkeiten die wie nachstehend detaillierte Aufstellung der Schadensfälle elektronisch im Microsoft-Excel®-Format oder in einem gleichwertigen elektronischen Format mitzuteilen. Die Aufstellung muss auf den Stand der letzten 60 vorhergehenden Tage aktualisiert sein:

- von der Gesellschaft zugewiesene Identifikationsnummer (im Format „Zahl“);
- Datum des Schadensfalles (im Format „Datum“);
- Datum des Auftretens des Ereignisses, falls es nicht mit dem Datum des Schadensfalles übereinstimmt (im Format „Datum“);
- detaillierte Beschreibung des Ereignisses (im Format „Text“);
- Bearbeitungsstand (offen, geschlossen ohne Folgen, geschlossen mit Zahlung, nicht gedeckt) (im Format „Text“);
- geschätzter Entschädigungsbetrag (von der Gesellschaft zugewiesene sogenannte „Schadensrücklage“ (im Format „Währung“);
- von der Gesellschaft ausgezahlter Entschädigungsbetrag (im Format „Währung“);
- Datum der erfolgten Zahlung (im Format „Datum“).

Die Gesellschaft erkennt ausdrücklich an, dass alle in der gegenständlichen Vertragsklausel enthaltenen Bestimmungen:

- sie verpflichten, das vorgenannte Dokument auf der Grundlage einer akkuraten und aktualisierten Aufklärung über die Sachlage ab dem Datum des Anlegens der Schadensakte abzufassen, bis jede vertraglich oder rechtlich verlangte Tätigkeit

erbracht wurde;

- grundlegende Verpflichtungen für den Abschluss und die Erfüllung des vorliegenden Versicherungsvertrags darstellen; sie sind erforderlich, um den Versicherungsnehmer über die Bestands- und Schlüsselemente seines Vertragsverhältnisses mit der Gesellschaft ebenso wie über jedwede Wirkung oder Pflicht, die von der geltenden und anwendbaren Gesetzgebung vorgesehen sind, rechtzeitig und effizient in Kenntnis zu setzen.

Diese beschriebenen Pflichten hindern den Versicherungsnehmer jedoch nicht daran, anhand der vorgenannten Modalitäten zu anderen Zeitpunkten als angeführt eine Aktualisierung zu beantragen und diese mit der Zustimmung der Gesellschaft zu erlangen.

Art. 14 - Verweisung auf die Gesetzesvorschriften

Für alles, das im vorliegenden Versicherungsvertrag nicht anderweitig geregelt ist, gelten die Gesetzesvorschriften.

Art. 15 - Datenverarbeitung

Im Sinne des Legislativdekrets 196/2003 willigt jede der Parteien (Versicherungsnehmer, Versicherter, Gesellschaft) in die Verarbeitung - für die alleinigen Zwecke im Zusammenhang mit den vertraglichen Pflichterfüllungen - der personenbezogenen Daten ein, die dem Versicherungsvertrag entnommen werden bzw. daraus entstammen können.

Art. 16 - Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der gesamten Welt.

Art. 17 - Missbräuchliche Klauseln

Die Angabe der Klauseln, die gemäß den Artikeln 1341 und 1342 des italienischen Zivilgesetzbuches ausdrücklich schriftlich angenommen werden müssen, ist zu Lasten der bietenden Gesellschaft. Die bietende Gesellschaft hat hierfür innerhalb des Datums des Laufzeitbeginns des Versicherungsvertrages zu sorgen.

TEIL 3 GEDECKTE RISIKEN

Art. 1 - Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung deckt Unfälle, die der Versicherte bei der Ausübung der vom Versicherungsnehmer erklärten Tätigkeiten erleidet und welche den Tod oder eine dauernde Invalidität zur Folge haben.

Eingeschlossen in den Versicherungsschutz sind auch:

1. Erstickung, nicht krankhaften Ursprungs;
2. Vergiftungen durch Einnahme oder Resorption von Substanzen;
3. Kontakt mit korrosiven Stoffen;
4. Krankheiten infolge von Tierbissen oder Insektenstichen oder Spinnenbissen;
5. Ertrinken;
6. Erfrierung oder Kälteeinwirkung;
7. Blitzschlag bzw. Stromschlag;
8. Sonnenstich oder Hitzeschlag oder Kälteschlag;
9. Verletzungen (Infarkte ausgeschlossen) durch traumatisch bedingte Muskelzerrungen;
10. Unfälle durch Überfälle/Aggressionen im Allgemeinen;
11. Unfälle durch Aufruhr, Terrorakte, Wandalismus, Attentate, Entführungen, Raubüberfälle, Entführung von Fahrzeugen bzw. Piraterie, sofern der Versicherte nicht aktiv daran teilgenommen hat;
12. Unfälle durch Übelkeit und Bewusstlosigkeit;
13. Unfälle durch unvorsichtiges Verhalten, Unerfahrenheit und Nachlässigkeit auch schweren Grades;
14. Unfälle durch den Gebrauch oder das Lenken von Kleinkraftfahrzeugen oder Motorfahrzeugen jeglicher Klasse, Traktoren und selbstfahrenden landwirtschaftlichen Maschinen, Motorfahrzeugen und Wasserfahrzeugen, sofern der Versicherte wo vorgeschrieben die ordnungsgemäße und entsprechende Fahrerlaubnis besitzt;
15. Unfälle entstanden durch Naturgewalt einschließlich Erdbeben, Flutwellen, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, Hochwasser, Bergstürze, Erdbeben, Schneelawinen, Steinlawinen;
16. Unfälle entstanden durch thermische oder atmosphärische Einflüsse;
17. Unfälle durch Alkoholmissbrauch, ausgenommen jene am Steuer von Fahrzeugen und/oder Wasserfahrzeugen allgemein;
18. Bauchwandhernien (erhöhter intraabdomineller Druck) und Muskelrisse durch Beanspruchung;
19. traumatisch bedingte Hernien.

Art. 2 - Ästhetische Schäden bzw. Entstellungsschäden

Es wird vereinbart, dass die Gesellschaft im Falle eines nicht von den vorliegenden Vertragsbedingungen ausgeschlossenen Unfalles, der ästhetische Folgen bzw. Entstellungen für das Gesicht mit sich bringt, jedoch nicht zur Entschädigung wegen dauernder Invalidität führt, die vom Versicherten bestrittenen belegten Spesen für Behandlungen und Applikationen zwecks Reduzierung oder Beseitigung des ästhetischen Schadens sowie für chirurgische plastische und kosmetische Eingriffe bis zu einem Grenzbetrag von 2.500,00 € pro Schadensereignis ersetzt.

Art. 3 - Ersatz der Arzt-, Arzneimittel- und Transportspesen

Die Gesellschaft garantiert im Falle eines gemäß den vorliegenden Vertragsbedingungen entschädigbaren Unfalles und bis zur im Teil 6 angeführten Obergrenze den Ersatz der von Ärzten und Chirurgen in Rechnung gestellten Kosten, der Aufenthaltskosten in Krankenhäusern und Pflegeanstalten, der Ausgaben für diagnostische Untersuchungen, Laboruntersuchungen und Physiotherapien sowie der infolge des Unfalles erforderlich gewordenen Arzneimittelkosten. Eingeschlossen sind auch die Spesen zu Lasten des Versicherten für den Transport im Rettungswagen oder mit jeglichem anderen öffentlichen oder privaten Fahrzeug, auch mit dem Hubschrauber.

Zudem sind in der Unterschwellen die Ersatzkosten für den Austausch von aufgrund eines Unfalls beschädigten Sehbrillen oder Linsen bis zu einem Höchstbetrag von 500,00 Euro pro Versichertem eingeschlossen, wobei maximal 200,00 Euro für die Brillenfassung berücksichtigt werden. Die Übernahme der Garantieleistung erfolgt in Anwendung einer Selbstbeteiligungsklausel im Ausmaß von 50,00 Euro pro Schadensfall.

Art. 3 bis – Ersatz der Zahnarztspesen

Die Gesellschaft garantiert, im Falle eines gemäß den vorliegenden Vertragsbedingungen entschädigbaren Unfalles und bis zur im Teil 6 angeführten Obergrenze den Ersatz von Zahnarztspesen und Kosten für Zahnspangen und Prothesen im Allgemeinen, Arztrechnungen, Diagnosesicherungen im Allgemeinen. Die Garantieleistung erfolgt in Anwendung einer Selbstbeteiligungsklausel im Ausmaß von 50,00 Euro pro Schadensfall.

Art. 4 - Luftfahrtrisiko

Die Versicherung schließt die Unfälle ein, die der Versicherte bei Flugreisen in Flugzeugen und Hubschraubern, die von ordnungsgemäßen Transportunternehmen betrieben werden, als Passagier ausschließlich während des Passagiertransportes erleidet. Die Versicherung wird für die mit dem vorliegenden Versicherungsvertrag versicherten Summen und für die darin vorgesehenen Risiken geleistet. In jedem Fall ausgeschlossen bleiben die Flüge, die in von Aeroclubs (Luftsportvereinen) betriebenen Flugzeugen und Hubschraubern durchgeführt werden.

Die Kumulierung der Versicherungssummen, die mit diesem Versicherungsschutz oder mit anderen Versicherungen, die von einer jeglichen Person zugunsten derselben Versicherten für das Flugrisiko in Kombination mit allgemeinen Unfallversicherungsverträgen abgeschlossen wurden, kann die folgenden Versicherungssummen nicht überschreiten:

- € 300.000,00 für den Fall der dauernden Invalidität
- € 150.000,00 für den Todesfall

pro Person und von:

- € 5.000.000,00 für den Fall der dauernden Invalidität
- € 5.000.000,00 für den Todesfall

insgesamt pro Luftfahrzeug.

In die besagte Einschränkung pro Luftfahrzeug fallen die Deckungssummen, die sich auf eventuelle andere Personen beziehen, die für dasselbe Risiko mit anderen Unfallversicherungsverträgen versichert wurden, einzig, wenn sie vom selben Versicherungsnehmer abgeschlossen wurden.

Sollten die Gesamtdeckungssummen die vorgenannten Beträge überschreiten, werden die im Falle eines Versicherungsfalles geschuldeten Versicherungsleistungen mit Reduzierung und proportionaler Kontierung der einzelnen Verträge angepasst.

TEIL 4 AUSSCHLÜSSE

Art. 1 - Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind die Unfälle, die sich ereignet haben:

1. bei Ereignissen, die in direktem Zusammenhang mit erklärtem oder nichterklärtem Kriegszustand stehen;
2. am Steuer oder beim Gebrauch von Luftfahrzeugen oder am Steuer von Unterwasserfahrzeugen, falls der Versicherte nicht im Besitz der vorgeschriebenen Fahrerlaubnis ist;
3. als Folge von Vorsatz oder kriminellen Handlungen des Versicherten;
4. unter dem Einfluss von auf freiwilliger Basis eingenommenen Rauschmitteln, Psychopharmaka und halluzinogenen Stoffen, außer diese mussten auf ärztliche Verschreibung eingenommen werden;
5. bei Trunkenheit am Steuer von Motorfahrzeugen oder motorisierten Wasserfahrzeugen allgemein;
6. als direkte oder indirekte Folge von Transmutationen von Atomkernen wie auch Strahlungen durch die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen.

Art. 2 - Altersgrenzen

Zugelassen zur Inanspruchnahme der Versicherung sind unterschiedslos alle Versicherten, unabhängig ihres Gesundheitszustandes und eventueller bereits bestehender körperlicher Beeinträchtigungen oder Verstümmelungen, an denen die Versicherten leiden, wobei ausdrücklich die Bestimmungen von Art. 2 des Teils 5 des vorliegenden Versicherungsvertrags bestätigt bleiben.

Die Versicherung gilt nicht für Personen im Alter über 75 Jahren.

Für die Personen, die diese Altersgrenze während der Versicherungszeit erreichen, endet die Versicherung bei der ersten Jahresprämienfälligkeit.

Der Versicherungsnehmer ist von der Pflicht befreit, die Krankheiten, körperlichen Gebrechen oder Verstümmelungen zu melden, an denen die Versicherten zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung leiden oder von denen sie nachträglich betroffen sein könnten.

TEIL 5 SCHADENSREGULIERUNG

Art. 1 - Schadensmeldung und entsprechende Obliegenheiten

Die Unfallmeldung muss die Angabe des Ortes, des Tages und der Uhrzeit des Ereignisses sowie die den Unfall auslösenden Ursachen (Beschreibung des Unfallherganges) enthalten. Sie muss zusammen mit dem entsprechenden ärztlichen Zeugnis innerhalb des 30. Arbeitstages nach dem Unfall oder nach dem Zeitpunkt, an dem der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder dessen Anspruchsberechtigten die Möglichkeit dazu hatten, an die Gesellschaft gerichtet werden.

Handelt es sich um Schüler/Innen, muss die Unfallmeldung in Verwendung des entsprechenden Vordrucks von der Lehrkraft oder von jener Person ausgefüllt werden, welche die Verantwortung für den/die Schüler/In zum Zeitpunkt des Eintritts des Unfalls getragen hat. Die Unfallmeldung muss auch von der Person unterzeichnet werden, welche die elterliche Sorge für den Versicherten trägt. Sie muss dem gesetzlichen Vertreter der Schuleinrichtung übermittelt werden, der sie an die Gesellschaft weiterleitet.

In der Folge hat der Versicherte periodisch und bis zur erfolgten Genesung ärztliche Zeugnisse über den Verlauf der Verletzungen sowie die Rechnungen, Belege und jedes andere Dokument, das die bestrittenen und ersetzbaren Arzt- und Arzneimittelkosten belegt, zu übermitteln.

Sollte der Unfall zum Tod des Versicherten führen oder sollte der Tod während des Behandlungszeitraumes eintreten, muss dies der Gesellschaft innerhalb von 48 (achtundvierzig) Stunden unmittelbar schriftlich gemeldet werden.

Der Versicherte, seine Familienangehörigen oder die Anspruchsberechtigten müssen der Gesellschaft die Durchführung aller Kontrollen, Ermittlungen oder Untersuchungen zum Unfall erlauben, die diese für unerlässlich erachtet.

Art. 2 - Leistungspflichtkriterien

Die Gesellschaft zahlt die Versicherungsleistung für die direkten und ausschließlichen Folgen des Unfalles, unabhängig von Vorbehinderungen oder Vorerkrankungen oder nachträglich aufgetretenen körperlichen Beeinträchtigungen oder Krankheiten. Somit gelten sowohl der Einfluss, den der Unfall auf diesen Vorzustand gehabt haben könnte, als auch der Nachteil, den der Vorzustand auf den Ausgang der durch den Unfall entstandenen Verletzungen haben könnte, als indirekte Folgen, für die keine Leistungspflicht besteht.

Gleichermaßen wird im Falle von bereits bestehenden Verstümmelungen oder Vorbehinderungen die Versicherungsleistung wegen dauernder Invalidität ausschließlich für die direkten Unfallfolgen gezahlt, als hätte der Unfall eine körperlich unversehrte Person getroffen, also ohne Berücksichtigung des größeren Nachteils aufgrund des gesundheitlichen Vorzustandes.

a) TODESFALL

Die Entschädigung für den Todesfall ist geschuldet, wenn der Tod selbst - auch nach dem Ablauf des Versicherungsvertrages - innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfalltag eintritt.

Diese Entschädigung wird den bezeichneten Begünstigten oder - bei nichterfolgter Bezeichnung der Begünstigten - den Erben des Versicherten zu gleichen Teilen ausgezahlt.

Die Entschädigung für den Todesfall kann nicht mit jener für die dauernde Invalidität kumuliert werden. Stirbt der Versicherte jedoch nach Auszahlung einer Entschädigung für dauernde Invalidität innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfalltag an den Unfallfolgen, sind die Begünstigten oder - falls keine Begünstigten bezeichnet wurden - die Erben des Versicherten zu keiner Rückerstattung verpflichtet. Sie haben nur Anspruch auf den Differenzbetrag zwischen der Entschädigung für den Todesfall - falls höher - und der bereits ausgezahlten Entschädigung für dauernde Invalidität.

b) TODESVERMUTUNG

Sollte der vermisste Körper des Versicherten nicht innerhalb eines Jahres nach der Strandung, dem Untergang oder dem Schiffbruch des Luftfahrzeuges oder des Binnen- bzw. Seefahrtwasserfahrzeuges aufgefunden werden, wird - unbeschadet der Versicherungsbedingungen - die für den Todesfall vorgesehene Entschädigung zuerkannt, weil das vorgenannte Ereignis als entschädigungspflichtiger Unfall angesehen wird.

Wenn nach Auszahlung der Versicherungsleistungen der Versicherte zurückkehrt oder der Nachweis erbracht wird, dass der Versicherte lebt, hat die Gesellschaft das Recht auf die Rückerstattung der insgesamt ausgezahlten Summe mitsamt Kosten. Der Versicherte kann jene Rechte geltend machen, die ihm zustehen würden, wenn er im Sinne des vorliegenden Versicherungsvertrages entschädigbare Verletzungen erlitten haben sollte.

Die eventuellen Körperverletzungen, die durch Notlandung, Strandung, Untergang oder Schiffbruch des vorgenannten Transportmittels verursacht werden, sind von diesem Versicherungsvertrag gedeckt.

c) DAUERNDE INVALIDITÄT

a) Dauernde Vollinvalidität

Falls einem Verunglückten nach einem Unfall eine dauernde Invalidität zuerkannt wird und falls diese - auch nach Ablauf des Versicherungsvertrags - jedenfalls innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfalltag eintritt, zahlt die Gesellschaft für diese Invalidität und nur in diesem Fall eine Entschädigung, die an der zum Unfallzeitpunkt versicherten Summe für die dauernde Invalidität wie folgt bemessen wird:

Als dauernde Vollinvalidität gilt ausschließlich der vollständige, definitive und unwiederbringliche Verlust der Sehkraft an beiden Augen bzw. beider Arme oder beider Hände, beider Beine oder beider Füße, der gleichzeitige Verlust einer oberen und einer unteren Gliedmaße bzw. der Zustand der unheilbaren Geistesstörung, die den Versicherten für sein ganzes Leben lang arbeitsunfähig macht. Sobald der Nachweis erbracht ist, dass die dauernde Vollinvalidität durch den Unfall verursacht wurde, zahlt die Gesellschaft dem Versicherten die gesamte, für diesen Fall vorgesehene Summe aus.

b) Dauernde Teilinvalidität

Als dauernde Teilinvalidität gilt die definitive und unwiederbringliche Verringerung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten für die gesamte Dauer seines Lebens. Sobald der Nachweis erbracht ist, dass die dauernde Teilinvalidität durch den Unfall verursacht wurde, reguliert die Gesellschaft den Unfall (für jede/s vorher unversehrte und gesunde Gliedmaße und Organ) auf der Grundlage der Prozentsätze gemäß *INAIL-Tabelle* im Anhang 1 des DPR Nr. 1124 vom 30.06.1965.

Der absolute Verlust und eine nicht mehr herzustellende Funktionalität einer Gliedmaße oder eines Organs gilt als anatomischer Verlust der Gliedmaße oder des Organs. Handelt es sich um eine Verringerung der Funktionalität, werden die vorgenannten Prozentsätze im Verhältnis zur verlorenen Funktionalität reduziert.

Im Falle des anatomischen oder funktionellen Verlustes mehrerer Gliedmaßen oder Organe wird die Entschädigung durch Addition der jeder einzelnen Verletzung entsprechenden Prozentsätze bis zur Höchstgrenze von 100 % festgelegt.

Für die Endglieder der Finger, Daumen ausgeschlossen, gilt als dauernde Invalidität nur die vollständige Abtrennung. Die Entschädigung für den funktionellen oder anatomischen Verlust eines Glieds des Daumens oder der großen Zehe wird auf die Hälfte des Prozentsatzes für den vollständigen Verlust des jeweiligen Fingers festgesetzt, die Entschädigung für ein Glied eines jeglichen anderen Fingers wird auf ein Drittel des Prozentsatzes für den vollständigen Verlust des jeweiligen Fingers festgesetzt.

Im Falle einer durch einen Unfall verursachten Hernie (traumatisch bedingte Hernie), die von der Versicherung gedeckt ist, wird die Versicherungsleistung wie folgt festgelegt:

- falls die Hernie operiert werden kann: bis zu dreißig Entschädigungstage für die zeitweilige Arbeitsunfähigkeit, falls diese Versicherungsleistung im Versicherungsvertrag vorgesehen ist;

- falls die Hernie nicht operiert werden kann: Versicherungsleistung bis 10 % der Versicherungssumme für den Fall der dauernden Invalidität.

Diese Obergrenzen gelten auch im Falle der bilateralen Hernie.

In den Fällen der nicht spezifizierten dauernden Invalidität wird die Versicherungsleistung mit Bezug auf die Prozentsätze der aufgelisteten Fälle unter Berücksichtigung des Ausmaßes festgelegt, in dem die allgemeine Arbeitsfähigkeit des Versicherten für immer verringert ist.

In allen anderen Fällen wird der Grad der dauernden Invalidität unter Bezugnahme auf die Tabelle im Anhang des DPR Nr. 1124 vom 30.06.1965 (Industriesektor) bestimmt. Dabei wird auf die jeweils vorgegebenen Selbstbeteiligungen verzichtet. Es werden auch die eventuellen nachfolgenden Änderungen der Tabelle berücksichtigt, wobei vereinbart wird, dass die in der vorgenannten Tabelle angegebenen Prozentsätze auf die Deckungssummen für den Fall der dauernden Invalidität bezogen werden.

Wenn der Versicherte Linkshänder ist, wird der Invaliditätsgrad für die rechte Seite auf die linke Seite angewandt und umgekehrt.

Sollte der Versicherte einen Unfall an einer oberen Gliedmaße oder an einer Hand oder an einem Unterarm erleiden und sollte sich ergeben, dass diese Körperteile die einzigen vollständig unversehrten waren oder diese als „Rechte“ verwendet wurden, muss dies in der Bewertung des Grads der dauernden Invalidität berücksichtigt werden.

Art. 3 - Streitigkeiten

Bei allfälligen medizinischen Streitigkeiten über die Versicherungsleistungspflicht für den Unfall sowie über die Höhe des Kostenersatzes oder über die Regulierbarkeit der Versicherungsleistungen verpflichten sich die Parteien, mit Privaturkunde einem Kollegium das Mandat der Entscheidung zu übertragen, ob und in welchem Ausmaß der Kostenersatz und die Versicherungsleistungen im Rahmen der Vertragsbedingungen geschuldet sind. Das Kollegium besteht aus drei Ärzten, von denen einer von jeder Partei und der dritte von den Parteien in beidseitigem Einvernehmen, oder, im entgegengesetzten Fall, vom Rat der Ärztekammer, unter dessen Zuständigkeitsgebiet der Versammlungsort des Ärztekollegiums fällt, bestellt werden.

Das Ärztekollegium hat dort seinen Sitz, wo der Versicherte/Versicherungsnehmer seinen Sitz hat.

Jede der Parteien trägt die eigenen Kosten und entlohnt den von ihr bezeichneten Arzt; für den dritten Arzt tragen die Parteien jeweils zur Hälfte die anfallenden Kosten und Gebühren.

Die Entscheidungen des Ärztekollegiums werden - enthoben von jeder Gesetzesformalität - mit Stimmenmehrheit getroffen und sind für die Parteien bindend, auch wenn sich einer der Ärzte weigern sollte, das entsprechende Protokoll zu unterzeichnen.

Art. 4 - Regulierung der Versicherungsleistung

Nach Erhalt der erforderlichen Unterlagen und nach Abschluss der versicherungsfallspezifischen Ermittlungen reguliert die Gesellschaft die geschuldete Versicherungsleistung. Sie teilt dies den Betroffenen mit und sorgt - nach deren Annahme - für die Zahlung.

Das Recht auf die Versicherungsleistung für dauernde Invalidität ist ein personenbezogenes Recht und kann nicht auf die Erben übertragen werden. Sollte der Versicherte jedoch wegen Ursachen, die nicht vom Unfall abhängen, sterben, nachdem die Versicherungsleistung reguliert wurde oder jedenfalls in einem bestimmten Umfang angeboten wurde, zahlt die Gesellschaft den Begünstigten den regulierten oder angebotenen Betrag.

Sollte der Versicherte nach der Zahlung einer Versicherungsleistung für dauernde Invalidität innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfalltag an den Unfallfolgen sterben, zahlt die Gesellschaft die Differenz zwischen der gezahlten Entschädigung und der Deckungssumme für den Todesfall - falls höher - und fordert im entgegengesetzten Fall keine Rückerstattung.

Die Versicherungsleistung wird in Italien in Euro ausgezahlt.

Art. 5 - Vorauszahlung der Entschädigung

In allen Fällen, in denen der Unfall eine dauernde Invalidität verursacht, verpflichtet sich die Gesellschaft, dem Versicherten gegen Vorlegung der rechtfertigenden Unterlagen und nach einer Untersuchung durch den Vertrauensarzt der Gesellschaft die Entschädigung zum Teil vor auszuzahlen, dies jedoch nicht vor Verstreichen von 90 (neunzig) Tagen nach dem Unfalltag.

Die Vorauszahlung findet dann statt, wenn der Grad der dauernden Invalidität den Prozentsatz von 10 % (zehn Prozent) überschreitet. Sie ist begrenzt auf höchstens ein Drittel der zum Zeitpunkt bemessbaren Entschädigung, mit dem Vorbehalt der nachfolgenden Revision und des Ausgleichs.

Art. 6 - Zahlungsfrist der Entschädigung im Sinne des Versicherungsvertrags

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt:

1. bei Todesfall: innerhalb von 30 Tagen nach der Erledigung der Formalitäten und der Übermittlung aller erforderlichen Unterlagen;
2. im Falle der dauernden Invalidität: innerhalb von 30 Tagen nach der Vereinbarung der Parteien in Bezug auf den Invaliditätsgrad.

Art. 7 - Verzicht auf das Recht auf Einsetzung

Die Gesellschaft verzichtet zugunsten des Versicherten und dessen Anspruchsberechtigten auf ihr allfälliges Recht auf Einsetzung in die Rechte des Versicherten gegenüber den für den Unfall Haftenden gemäß Artikel 1916 des italienischen Zivilgesetzbuches.

TEIL 6 VERSICHERTE KATEGORIE, DECKUNGSSUMME, UNTERGRENZEN, SELBSTBETEILIGUNGEN UND PRÄMIENBERECHNUNG

Art. 1 - Versicherungssummen, Selbstbeteiligungen und Selbstbehalte

Die Versicherung wird zu allen Bedingungen des vorliegenden Versicherungsvertrags für den spezifizierten Versicherungsschutz und bis zu den angegebenen Obergrenzen für die Personen geleistet, die zur nachstehend angeführten Kategorie gehören.

Art. 1.1 - Nutzer des Bildungssystems des Landes

1) Die Versicherung gilt für die Unfälle, die von Kindern, Schülern und Schülerinnen (in der Folge „Schüler/Innen“ genannt) erlitten werden, die in sowohl öffentlichen als auch konventionierten Kindergärten, in sowohl öffentlichen als auch gleichgestellten privaten Grund- und Sekundarschulen der Unter- und Oberstufe, in Berufs-, Landwirtschafts-, Forstwirtschafts- und Hauswirtschaftsschulen und beim Institut für Musikerziehung in deutscher und ladinischer Sprache in der Provinz Bozen eingeschrieben sind und diese besuchen (alle hier genannten Schuleinrichtungen werden in der Folge „Schulen“ genannt). Ebenfalls in die Versicherung eingeschlossen sind die Schüler/Innen, die mit Erlaubnis des zuständigen Leiters oder Direktors vorübergehend als Gäste an den schulischen Tätigkeiten oder an einem Schüleraustausch teilnehmen, wobei sich der Schutz für die nachfolgend angegebenen Initiativen und Tätigkeiten sowohl auf inländische als auch ausländische Gast Schüler/Innen ausdehnt.

2) Der Versicherungsschutz wird auch für jene Personen geleistet, die Aus-/Weiterbildungs- und Berufsbildungsveranstaltungen sowie Handwerksmeisterausbildungen besuchen.

Der Versicherungsschutz greift bei folgenden Tätigkeiten (die als Beispiel und nicht erschöpfend zu verstehen sind):

- a) bei den Tätigkeiten während der Unterrichtsstunden, einschließlich der Pausen, Turnübungen und sportlichen Aktivitäten, sei es am Vormittag, am Nachmittag oder am Abend;
- b) während der Schulausspeisung;
- c) während der Zeit der Anwesenheit in der Schule oder an anderen Orten, auch über die normale Unterrichtszeit hinaus, zur Abwicklung von Erholungs-, Sprach-, Musik-, Gesangs- und Schulsportaktivitäten, auch mit wettkämpferischem Zweck, bei Ausflügen, Spaziergängen und Wanderungen;
- d) während des Aufenthaltes in landeseigenen oder direkt vom Land geführten Schülerheimen;
- e) bei Führungen, Studienreisen und im Allgemeinen bei jeglicher innerschulischen, schulergänzenden und unterrichtsbegleitenden Tätigkeit;
- f) während der Vorbereitung, des Trainings und der Wettkämpfe der Schülermeisterschaften, bei Sportveranstaltungen auf Schulebene, im Schulverbund, auf Bezirks-, Landes- oder Staatsebene, während oder außerhalb der Unterrichtsstunden, die von Schulgremien, von der Landesverwaltung oder von der Internationalen Schulsportföderation auch leistungssportmäßig organisiert und durchgeführt werden. Diese Veranstaltungen müssen unter der Leitung von Lehrpersonen und Trainern, die unbedingt der Schul- oder Landesverwaltung anzugehören haben (zum Beispiel Skilehrer, Schwimmlehrer, Tennislehrer), oder mit der Teilnahme von anderen, von Fall zu Fall beauftragten Personen, die nicht der Schul- oder Landesverwaltung angehören, stattfinden;
- g) während der Fahrkurse, die in den Schulen im Sinne des Artikels 116 des Legislativdekrets Nr. 285 vom 30.04.1992 und des Beschlusses der Landesregierung Nr. 4827 vom 22.12.2003 organisiert werden;
- h) während der Ausübung von Gottesdiensten, die mit den schulischen Aktivitäten oder innerschulischen, schulergänzenden oder unterrichtsbegleitenden Tätigkeiten im Zusammenhang stehen, oder die im Rahmen der Schulen abgewickelt werden, sofern sie von diesen gefördert und organisiert werden;
- i) auf dem Weg von Zuhause zur Schule und umgekehrt, zur Schulausspeisung, zum Kinderhort, zur Kirche, wo die Gottesdienste zelebriert werden, die im Zusammenhang mit der schulischen oder schulergänzenden Tätigkeit stehen, zu den Sportanlagen, zu den Orten, wo die Schulsporttätigkeiten abgewickelt werden, von Zuhause oder von der Schule zu Einrichtungen des Sanitätsbetriebs oder zu Krankenanstalten, Gesundheitseinrichtungen oder Zentren für die Rehabilitation von psychomotorischen und sensorischen Funktionen;
- j) bei allen Stütz- und Betreuungstätigkeiten während der Nachmittags- oder Sommerbetreuung im Sinne des Artikels 16 des Landesgesetzes Nr. 7/74, sofern diese von Kindergärten und Schulen durchgeführt werden;
- k) unter den Versicherungsschutz fallen auch jene Unfälle, die bei Veranstaltungen gemäß den Landesgesetzen Nr. 45/76, Nr. 5/87 und Nr. 18/88 (Bildungsinitiativen, Erlernen der zweiten Sprache und von Fremdsprachen) von

Begleitpersonal bzw. von den Koordinatoren, von den Lehrkräften, von anderem Schulpersonal bei der Teilnahme an schulischen Tätigkeiten an Schulen der Provinz Bozen, von den Gastfamilien oder von anderen Personen (einschließlich der Familienangehörigen), die auch nur zeitweilig und gelegentlich mit der Begleitung, Betreuung und Beaufsichtigung der vorgenannten Personen beauftragt werden, erlitten werden;

- l) während der Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen des Sanitätsbetriebs oder in Krankenanstalten, Gesundheitseinrichtungen oder Zentren für die Rehabilitation von psychomotorischen und sensorischen Funktionen, die für diagnostische Untersuchungen, therapeutische Maßnahmen und Rehabilitationsübungen erforderlich ist;
- m) auf dem Weg zu anderen Strukturen und Orten, an denen von der Schule organisierte Tätigkeiten abgewickelt werden und umgekehrt;
- n) während der Absolvierung von Schulpraktika auch außerhalb der Schule;
- o) jede weitere schulische Tätigkeit, die von der Landesverwaltung oder von Dritten organisiert oder auch nur mitgetragen wird, die einen erzieherischen oder wettkämpferischen Zweck verfolgen;
- p) jede Tätigkeit der Landesgremien im Schulbereich, in denen Schüler/Innen vertreten sind.

Die in diesem Artikel genannten Wegstrecken können zu Fuß oder mit jeglichem anderen öffentlichen oder privaten Fahrzeug zurückgelegt werden (zum Beispiel Fahrrad, PKW, Autobus, Ski, Rodelschlitten oder Schlitten, sofern dabei die Bestimmungen der geltenden Straßenverkehrsordnung und des Artikels 2 des vorliegenden Vertrags eingehalten werden). Gedeckt von der Versicherung sind auch jene Unfälle, die sich während des Transportes oder beim Einsteigen in und Aussteigen aus den Verkehrsmitteln ereignen.

Die Aktivitäten gemäß vorliegendem Artikel und im Allgemeinen jegliche schulische, innerschulische, schulergänzende oder unterrichtsbegleitende Tätigkeit oder im Zusammenhang mit der Teilnahme am Schulleben in jeglicher Form müssen direkt oder über Dritte von den zuständigen Schulorganen organisiert oder gefördert werden.

Zwischen den Parteien wird vereinbart, dass der Versicherungsschutz auf die Unfälle ausgedehnt wird, die von den Teilnehmern an Kursen, Reisen, Aufenthalten oder anderen Initiativen erlitten werden, die zum Zwecke der Förderung des Erlernens von Fremdsprachen sowie der zweiten Sprache, einschließlich der Intensivsprachwochen, die von der Provinz Bozen direkt oder über Dritte (im Sinne der Landesgesetze Nr. 45/76, Nr. 5/87 und Nr. 18/88) im In- und Ausland organisiert werden.

- q) Der Versicherungsschutz wird ausgedehnt auf die Teilnehmer von Kursen, Ausbildungsveranstaltungen, Tagungen und Prüfungen, die im Rahmen der Berufsbildung und Handwerksausbildung und auf der Grundlage der folgenden Landesgesetze abgehalten werden: LG 29/1977, LG 40/1992, LG 1/2008, LG 58/1988, LG 7/2000.

Der Versicherungsschutz greift auch für die Tätigkeiten:

1. während der Kurse und Prüfungen, die an den Landesberufsschulen oder in anderen öffentlichen und privaten Einrichtungen abgehalten werden, einschließlich der Werkstätten, Labors, Küchen, Praktikumsstätten und sonstiger Räumlichkeiten, in denen die Tätigkeiten stattfinden;
2. während der Studienreisen, der Schulausflüge und Outdoor-Unterrichtsstunden im In- und Ausland;
3. während der Abwicklung der vom Lehrplan vorgesehenen Lehren oder Praktika im In- und Ausland.

Art. 2 - Deckungssummen

Die Versicherung wird für jede Person für die nachstehend angeführten Deckungssummen geleistet.

Versicherungsschutz	Deckungssummen €
Todesfall	50.000,00
Dauernde Invalidität von 3 % bis 20 %	50.000,00
Dauernde Invalidität über 20 % bis 40 %	100.000,00
Dauernde Invalidität über 40 % bis 100 %	150.000,00
Ersatz der Arzt-, Arzneimittel- und Transportspesen	10.000,00
Ersatz Zahnarztspesen	10.000,00

Dauerhafte Invalidität

Unter Bezugnahme auf den Versicherungsschutz für die dauernde Invalidität wird in teilweiser Abweichung von Art. 2 des Teils 5 präzisiert, dass die Deckungssumme den Selbstbeteiligungen unterliegt, die in der Tabelle unter Punkt 2 dieses Teils angeführt sind.

Arztspesenersatz bei Unfall

Ergänzend zu den Bestimmungen des Art. 2 des Teils 3 umfasst der Versicherungsschutz:

1. den Spesenersatz im Falle des Austausches von Brillen oder Kontaktlinsen, die während der schulischen Tätigkeit bei einem Unfall beschädigt wurden, bis zu einem Höchstbetrag von 500,00 € pro Versicherten mit einer Betragsgrenze von 200,00 € für das Brillengestell;
2. den Ersatz der zahnärztlichen Spesen oder der Spesen für kieferorthopädische Apparaturen und/oder Prothesen im Allgemeinen, mit einer Betragsgrenze von 10.000,00 pro Versicherungsfall; alternativ zum Ersatz der bestrittenen und belegten zahnärztlichen Spesen und/oder der Spesen für kieferorthopädische Apparaturen, falls die Behandlung nicht unmittelbar durchgeführt werden könnte und/oder sich in die Länge ziehen sollte, kann für einen Pauschalschadenersatz in Höhe von 1.000,00 € pro infolge des Unfalls kaputt gegangenen, gesplitterten oder beschädigten Zahn optiert werden, unbeschadet der Schadenersatzgrenze von 10.000,00 €.

Art. 3 - Prämienberechnung und Regulierungsmodalität

Der Versicherungsnehmer entrichtet als vereinbarte Prämienvorauszahlung den in der nachstehenden Tabelle „Prämienaufschlüsselung“ angeführten Betrag, der die Gesamtsumme der Beträge pro versicherte Kategorie auf der Grundlage der nachstehend angeführten Anteile und Prämien darstellt.

Nach Ablauf jedes Versicherungsjahres berechnet die Gesellschaft die geschuldete Prämie auf der Grundlage der vom Versicherungsnehmer im Zuge der Regulierung mitgeteilten Änderungen. Die Zahlung der Prämie muss im Sinne des Art. 5 des Teils 2 des vorliegenden Versicherungsvertrags erfolgen.

Da die Versicherung in nichtnamentlicher Form auf der Grundlage der Anzahl der Versicherten geleistet wird, erfolgt die Prämienregulierung auf der Grundlage der variablen Versicherungsvertragselemente, welche die Basis der Prämienbemessung bilden. Der Versicherungsnehmer ist im Laufe des Versicherungszeitraumes nicht verpflichtet, Änderungen in der Anzahl der versicherten Personen mitzuteilen.

TABELLE „PRÄMIENAUFSCHLÜSSELUNG“

Kategorie	Basis der Prämienbemessung	Bruttoprämie pro Stück	Vorausgezählte Gesamtbruttoprämie
Art. 1.1 - Nutzer des Bildungssystems des Landes	Veranschlagte Anzahl Schüler/Innen 85.000	Euro 3,4577	Euro 293.904,00