



VERSICHERUNGSVERTRAG MULTI-RISK REISEN

FILO DIRETTO TRAVEL

DATUM DER LETZTEN AKTUALISIERUNG: VORDRUCK 6003 - AUSGABE 01.12.2020

Der Informationssatz enthält die folgenden Dokumente:

a) Glossar

b) Versicherungsbedingungen

die vor Vertragsunterzeichnung an den Auftragnehmer geliefert werden muss.

Lesen Sie vor der Unterzeichnung aufmerksam die Produktinformation



SACHVERSICHERUNGSVERTRAG



PIB - Produktinformationsblatt für Sachversicherungsverträge

Gesellschaft: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Produkt: Filo diretto Travel

Die Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ist in Italien eingetragen und durch Dekret des Ministers für Industrie, Handel und Handwerk vom 20. Oktober 1993 (Amtsblatt vom 03. November 1993 Nr. 258) zur Ausübung des Versicherungsgeschäfts zugelassen. Sie ist eingeschrieben in der Sek. I, unter der Nr. 1.00115, des IVASS Firmenregisters und unterliegt dessen Kontrolle.

Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen zum Produkt finden Sie im folgenden Dokument:

UM WELCHE ART VON VERSICHERUNG HANDELT ES SICH?

Die Police kann eine Reihe von Garantien zum Schutz der Reisenden enthalten, die entwickelt wurden, um Schutz vor schädigenden und unvorhergesehenen Ereignissen zu bieten, die am häufigsten vor und während der Reise auftreten, wie z. B. Kosten für die Zahlung von Strafgebühren bei Stornierung der Reise, Diebstahl und Verlust von Gepäck, häusliche Pflege, Fahrzeug-Service, Reiseunterbrechung aufgrund von Quarantäne oder Isolation, Kosten für medizinische Behandlung und Kosten für Krankenrücktransport und Unfälle. All dies wird durch persönliche Betreuungsdienste ergänzt, die das Angebot noch globaler machen.

Es ist zu beachten, dass die tatsächlich geltende Deckung ausschließlich diejenige ist, die sich aus dem vom Versicherungsnehmer unterzeichneten und in den Versicherungsbedingungen enthaltenen Versicherungsschein ergibt.



Die wichtigsten Garantien, die im Produkt Filo diretto Travel enthalten sind, sind im Folgenden zusammengefasst. Wir erinnern Sie daran, dass die geltenden Garantien in dem vom Versicherungsnehmer unterzeichneten Versicherungsschein und in den Versicherungsbedingungen, die Teil des Informationssatzes sind, aufgeführt sind.

Arztosten

Im Rahmen des im Versicherungsschein und in den Versicherungsbedingungen angegebenen Höchstbetrages pro Versicherten werden festgestellte und belegte Arztosten erstattet, die dem Versicherten während der Reise für dringende, unaufschiebbare und unvorhersehbare Behandlungen oder Eingriffe entstanden sind, die während der Gültigkeitsdauer der Garantie aufgetreten sind.

√ Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt nach Covid-19-Infektion

Übereinstimmung Gemäß und Versicherungsbedingungen gewährt die Gesellschaft eine pauschale Entschädigung für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts in einer Gesundheitseinrichtung als direkte und ausschließliche Folge der Ansteckung durch COVID-19 (sog. Coronavirus), die der Versicherte erlitten hat, unabhängig von den entstandenen Kosten.

√ Genesungsgeld

Die Gesellschaft zahlt dem Versicherten ein festes und im Voraus festgelegtes Genesungsgeld in Höhe von € 1.500,00 zum Zeitpunkt der Entlassung des Versicherten aus der Intensivstation der Gesundheitseinrichtung, in die er nach der COVID-19-Infektion eingeliefert wurde. Diese Leistung kommt nur dann zum Tragen, wenn der Versicherte während des oben genannten Krankenhausaufenthaltes in eine Intensivstation eingewiesen wurde, was aus den ärztlichen Unterlagen hervorgeht, die zum Zeitpunkt der Schadensmeldung vollständig vorzulegen sind.

✓ Persönliche Betreuung und Wohnungshilfe

Die Gesellschaft verpflichtet sich, dem Versicherten im Rahmen der in der Police vereinbarten Grenzen die versicherte Leistung durch den Einsatz von Personal und Geräten des Operative Zentrums unverzüglich zur Verfügung zu stellen, wenn sich der Versicherte infolge einer Krankheit, einer Verletzung oder eines zufälligen Ereignisses, das auch seine Wohnung betrifft, in Schwierigkeiten befindet. Die Beihilfe kann aus Geld- oder Sachleistungen bestehen.

✓ Reisegepäck

Die Gesellschaft versichert im Rahmen der in der Police angegebenen Grenzen das Reisegepäck des Versicherten gegen die Gefahren von Feuer, Diebstahl, Überfall, Raub sowie Verlust und Beschädigung und Nichtablieferung durch den Beförderer.

✓ Reiserücktritt alle Risiken

Die Gesellschaft entschädigt gemäß den Bedingungen der vorliegenden Police den Versicherten und maximal einen Reisebegleiter, sofern er/sie für dieselbe Reise versichert und angemeldet ist, für die Rücktrittsgebühr, die sich aus der Stornierung des Tickets ergibt, die gemäß den Allgemeinen Vertragsbedingungen bestimmt wird und die die Folge von zum Zeitpunkt der Buchung der Reise oder der touristischen Leistungen unvorhersehbarer Umstände ist.

√ Häusliche Pflege

Das Unternehmen stellt über das Operative Zentrum rund um die Uhr einen eigenen ärztlichen Hilfsdienst für alle Informationen und Hinweise medizinischer Art zur Verfügung, schickt in Notfällen einen Arzt, führt Krankentransporte durch und leistet pflegerische Hilfe für zu Hause gebliebene Familienmitglieder.

Die Gesellschaft zahlt die Entschädigungen, die dem in der Police angegebenen Höchstbetrag entsprechen, wenn der Versicherte während der Gültigkeitsdauer der Garantie Schäden erleidet, die sich aus den direkten, ausschließlichen und objektiv feststellbaren Folgen des Unfalls ergeben und die innerhalb eines Jahres zum Tod oder zur dauerhaften Invalidität führen.

✓ Fahrzeug-Service

Es sind einige Fahrzeug-Serviceleistungen vorgesehen, darunter Pannenhilfe und Abschleppen, Fahrer, Hotelkosten während des Transfers des Versicherten von seinem Wohnsitz zum Abfahrtsort der Reise (Bahnhof, Hafen, Flughafen) oder zum gebuchten Ort und umgekehrt, sofern sie sich in Ländern der Europäischen Union befinden.

Unterbrechung des Aufenthalts aufgrund von Quarantäne oder Isolierung

Wenn der Versicherte nach einer behördlich angeordneten Quarantäne- oder Isolationsmaßnahme am Heimatort nicht in der Lage ist, die gebuchte und bereits angetretene Reise fortzusetzen, erstattet die Gesellschaft Folgendes:

- 1. die Vertragsstrafen für gebuchte und nicht in Anspruch genommene Bodenleistungen bis zu einem Höchstbetrag von € 1.500,00 je Versichertem;
- 2. die Kosten im Zusammenhang mit der Änderung oder Umbuchung von ursprünglich gekauften Tickets zur Rückkehr an den Wohnsitz, bis zu einem Betrag von € 1.000,00 pro versicherter Person und abzüglich der vom Beförderer erhaltenen Erstattungen;
- die vom Versicherten zu tragenden Hotel-/Unterkunftskosten für die Dauer der Quarantäne bis zu einem Höchstbetrag von 100,00 € pro Tag für maximal 14 Tage, wenn die Quarantäne nicht am Wohnsitz des Versicherten stattfinden kann.



- 🗴 Für die Garantie "Unfall" können Personen, die 75 Jahre und älter sind, nicht versichert werden.
- X Die Garantien werden in der Antarktis und im Antarktischen Ozean sowie in Ländern, die sich in einem erklärten oder faktischen Kriegszustand befinden, nicht gewährt. Zu diesen Ländern zählen die im Bericht von JCC Global Cargo auf der Website https://watchlists.ihsmarkit.com angegebenen Länder, die zum Zeitpunkt der Abfahrt eine Risikostufe von "4.0" oder höher aufweisen. Länder gelten auch als im erklärten oder faktischen Kriegszustand befindlich, wenn der Kriegszustand öffentlich bekannt gemacht worden ist.



- ! Keine der Leistungen ist zahlbar für Schäden, die verursacht werden durch:
- Kriegszustand, Revolution, Aufruhr oder Volksbewegungen, Plünderungen, Vandalismus, Streiks;
- Terrorakte, mit Ausnahme der Betreungs-, Pflege- und Arztkostengarantie sowie der Bestimmungen der Reiserücktrittsgarantie;
- Erdbeben, Tsunami, Flutwellen, Überschwemmungen, Hochwasser, Vulkanausbrüche und andere atmosphärische Phänomene, die zu Naturkatastrophen erklärt werden, sowie Phänomene, die im Zusammenhang mit der Umwandlung von Atomenergie oder Atomlagerstätten auftreten, unabhängig davon, ob diese natürlich oder künstlich verursacht werden;
- Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit seitens des Versicherungsnehmers oder des Versicherten;
- Reisen, die gegen ärztlichen Rat oder in jedem Fall mit Krankheiten in einer akuten Phase oder zum Zweck einer medizinischen/chirurgischen Behandlung unternommen werden;
- Reisen in ein Gebiet, in dem ein (auch vorübergehendes) Verbot oder eine Beschränkung durch eine zuständige Behörde in Kraft ist;
- extreme Reisen in abgelegene Gebiete, die nur mit speziellen Rettungsgeräten erreicht werden können;
- Umweltverschmutzung jeglicher Art, Einsickerung, Verunreinigung der Luft, des Wassers, des Bodens, des Untergrunds oder sonstige Umweltschäden:
- Konkurs des Beförderers, des Reiseveranstalters oder eines Lieferanten;
- Fehler oder Auslassungen bei der Buchung oder die Unfähigkeit, ein Visum oder einen Reisepass zu erhalten;
- Selbstmord oder Selbstmordversuch;
- Krankheiten mit Symptomen, die zum Zeitpunkt des Abschlusses der Police für die Garantie "Reiserücktritt" und des Reiseantritts für die Garantien "Erstattung der Arztosten" und "Persönliche Betreuung" akut sind;
- Pathologien aufgrund von Komplikationen in der Schwangerschaft nach der 24. Schwangerschaftswoche;
- freiwilligen Schwangerschaftsabbruch, Organentnahme und/oder transplantation;
- nicht-therapeutischen Gebrauch von Drogen oder Betäubungsmitteln,
 Alkohol- und Drogenabhängigkeit, HIV-bedingte Krankheiten, AIDS,
 psychische Störungen und psychische Störungen im Allgemeinen,
 einschließlich psychotischen und/oder neurotischen Verhaltens;
- Pandemien und/oder Epidemien und/oder Maßnahmen von Behörden (einschließlich Gesundheitsbehörden), wobei ausdrücklich klargestellt wird, dass dieser Ausschluss nicht in Bezug auf Ereignisse gilt, die in direktem Zusammenhang mit dem derzeit zirkulierenden und als "Covid-19" bekannten Virus stehen;

- Annullierung der Reise infolge von Verkehrsbeschränkungen, die den Wohnort und/oder den Abfahrtsort und/oder den Transitort und/oder den Zielort der von der versicherten Person erworbenen Reise betreffen, was zu einer Rückerstattung oder Ausstellung von Gutscheinen führen kann, die vom Beförderer zu zahlen sind;
- Freiwillige Quarantäne und/oder Quarantäne, die nicht auf Umstände zurückzuführen ist, für die das Gesetz sie vorschreibt;
- Ausüben von Sportarten wie Bergsteigen mit Aufstiegen über dem Freeclimbing Schwierigkeitsgrad, (Freiklettern), Schanzenspringen mit Skiern oder Wasserski, Akrobatik- und Bogenschießen, Radfahren, Höhlenklettern, Extremskifahren, Skitourengehen abseits der Pisten, Freestyle-Skiing, Wasserski, Bobfahren, Flusskanufahren über dem dritten Schwierigkeitsgrad, Abfahrten an Stromschnellen in Wasserläufen, Rafting, Canyoning, Kite-Hydrospeed, Bungee-Jumping, Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Luftsportarten im Allgemeinen, Boxen, Ringen, Kampfsportarten, American Football, Beach-Soccer, Snowboarding, Rugby, Eishockey, Tauchen mit Atemgerät, Schwerathletik, Reitsport, Karting, Jetski, Schneemobil, Trekking in Höhen über 3000 Meter über dem Meeresspiegel, Jagd, Gewehrschießen;
- waghalsige Handlungen;
- sportliche Aktivitäten, die beruflich ausgeübt werden, und/oder die Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen oder Wettbewerben, einschließlich Prüfungen und Training, die unter der Schirmherrschaft von Verbänden durchgeführt werden;
- Auto-, Motorrad-, Motorbootrennen oder -veranstaltungen, einschließlich Jet-Skis, Schneemobile und damit verbundene Test- und Trainingsläufe:
- Infektionskrankheiten, bei denen eine Hilfeleistung aufgrund nationaler oder internationaler Gesundheitsvorschriften nicht möglich ist;
- Entbindung (Früh-, vorzeitige oder sonstige Entbindung) während der
- Durchführung von Tätigkeiten, die den direkten Einsatz von Sprengstoffen oder Schusswaffen beinhalten:
- Ereignisse in Ländern, die sich im Kriegszustand befinden, machen es unmöglich, Hilfe zu leisten.

Die vorliegende Police ist nur gültig, wenn sie (akzessorisch) mit dem Verkauf einer Reise durch den Versicherungsnehmer kombiniert wird. Es ist nicht zulässig, mehr als einen Antrag auf Garantie desselben Risikos zu stellen, um die Maximalbeträge der spezifischen Garantien und der vertraglich vorgesehenen Risikokumulationen zu erhöhen.

Die vorliegende Police kann in keiner Weise zur Verlängerung eines bereits laufenden Risikos (d. h. der Reise) ausgestellt werden und es gilt ausdrücklich, dass der Abschluss der vorliegenden Police vor Beginn der Reise erfolgen muss. Erfolgt die Ausstellung nach dem Abreisedatum der Reise, werden der Vertrag und der ausgestellte Einzelantrag als nichtig betrachtet und die Gesellschaft erstattet die Versicherungsprämie.







WO GILT DIE VERSICHERUNG?

√ Die Versicherung gilt in dem Land oder der Ländergruppe, in dem/der die Reise gemäß den Angaben in der Police stattfindet und in dem/der der Versicherte den Unfall erlitten hat, der den Leistungsanspruch begründet.



WELCHE PFLICHTEN HABE ICH?

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte sind verpflichtet, bei Vertragsabschluss unmissverständliche, genaue und vollständige Angaben über das zu versichernde Risiko zu machen und im Laufe des Vertrages alle Änderungen mitzuteilen, die eine Änderung des Risikos zur Folge haben. Unwahre, ungenaue oder zurückhaltende Angaben oder das Unterlassen der Anzeige von Risikoänderungen können zur Kündigung des Vertrages oder zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung führen.

Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte sind auch zur Zahlung der Prämie verpflichtet, um den Versicherungsschutz wirksam werden zu lassen.

Der Versicherungsnehmer hat der Gesellschaft im Schadensfall alle für die Prüfung des Falles erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.



WANN UND WIE MUSS ICH BEZAHLEN?

Der Vertrag versteht sich als abgeschlossen mit der Zahlung der Prämie, die für jährliche Versicherungsperioden festgelegt ist, durch den Versicherungsnehmer. Die Bestimmungen des Artikels 1901 des italienischen Zivilgesetzbuches bleiben gültig. Die Zahlung kann über den Vermittler oder direkt an die Gesellschaft erfolgen.

Die Prämie ist bereits inklusive Steuern.





WANN BEGINNT UND WANN ENDET DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Für den Versicherungsnehmer wird die Versicherung ab Mitternacht (oder jedenfalls ab der vereinbarten Zeit) des in der Police angegebenen Tages wirksam, wenn die Prämie oder die erste Rate der Prämie bezahlt ist, andernfalls ab Mitternacht des Tages der Zahlung. Die Versicherung ist für ein Jahr gültig und wird nach ihrem natürlichen Ablauf stillschweigend verlängert, wenn keine Kündigung erfolgt. Das Recht der Parteien, im Schadensfall vom Vertrag zurückzutreten, bleibt davon unberührt.

Für die Versicherten beginnt die Reiserücktrittsversicherung mit der Buchung der Reise durch die Zahlung der Versicherungsprämie durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten und endet mit dem Beginn der Inanspruchnahme der ersten vom Versicherungsnehmer erworbenen Leistung durch den Versicherten.

Die anderen Garantien gelten:

- Für die Hinfahrt: Die Garantien beginnen 48 Stunden vor der offiziellen Einschiffungszeit (basierend auf der tatsächlichen Abfahrtszeit des Schiffes), gelten ab dem Moment, in dem die Reise des Versicherten beginnt, um den Einschiffungshafen zu erreichen, und enden um Mitternacht des 15. auf den Tag der Ausschiffung des Versicherten folgenden Tages (basierend auf der tatsächlichen Ankunftszeit des Schiffes).
- Für die Rückfahrt: Die Garantien beginnen 12 Stunden vor der offiziellen Einschiffungszeit (entsprechend der effektiven Abfahrtszeit des Schiffes), sie gelten ab dem Moment, in dem die Reise des Versicherten beginnt, um den Einschiffungshafen zu erreichen und enden 48 Stunden nach der Ausschiffung des Versicherten (entsprechend der effektiven Ankunftszeit des Schiffes), mit Ausnahme derjenigen Garantien, die den in den einzelnen Kapiteln angegebenen spezifischen Regelungen folgen.

Der Abschluss dieser Police durch die Versicherten muss zum Zeitpunkt der Buchung des Seetickets oder spätestens 30 Tage vor der Abfahrt erfolgen.

Die Police ist nur gültig, wenn sie (begleitend) mit dem Verkauf eines Seetickets des Versicherungsnehmers kombiniert wird.



WIE KANN ICH DIE POLICE KÜNDIGEN?

Für den Versicherungsnehmer verlängert sich der Vertrag an seinem natürlichen Ablaufdatum automatisch um ein Jahr, wenn er nicht mindestens 30 Tage vor dem Ablaufdatum per Einschreiben mit Rückschein gekündigt wird.

Das Recht der Parteien, im Schadensfall vom Vertrag zurückzutreten, bleibt davon unberührt.





TOURISTIK-MEHRGEFAHRENVERSICHERUNG

Zusätzliches Produktinformationsblatt für Sachversicherungsprodukte (Zusätzliches Sach-PIB) Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. **Filo diretto Travel**

Version Nr. 1 vom Dezember 2020 (letztverfügbar)

Dieses Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zu den im Produktinformationsblatt für Sachversicherungsprodukte (Sach-PIB) enthaltenen Informationen, um dem potenziellen Versicherungsnehmer zu helfen, die Merkmale des Produkts, die vertraglichen Verpflichtungen und die finanzielle Situation des Unternehmens genauer zu verstehen.

Der Versicherungsnehmer muss die Versicherungsbedingungen vor Unterzeichnung des Vertrages lesen.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.mit Sitz in 10071 Borgaro Torinese (TO), Via Lanzo 29 und Hauptverwaltung in 20864 Agrate Brianza (MB), Viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tel.: +39.039.9890001, Website www.nobis.it, e-Mail: assicurazioni@nobis.it, PEC

Die Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ist in Italien eingetragen und durch Dekret des Ministers für Industrie, Handel und Handwerk vom 20. Oktober 1993 (Amtsblatt vom 03. November 1993 Nr. 258) zur Ausübung des Versicherungsgeschäfts zugelassen. Sie ist eingeschrieben in der Sek. I, unter der Nr. 1.00115, des IVASS Firmenregisters und unterliegt dessen Kontrolle.

Muttergesellschaft der Nobis-Gruppe, eingetragen als Nr. 052 im Register der Versicherungsgruppen.

GJ 2019

Jahresabschluss genehmigt am 30.04.2020

Das Eigenkapital der Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. beträgt 58.796.752 €, davon Grundkapital 37.890.907 €, Agio-Rücklage 1.224.864 € und Kapitalrücklagen 19.680.981 €.

Es ist zu beachten, dass die Stabilitätskennzahlen nach Solvency II für das Sachversicherungsgeschäft wie folgt lauten: 204,04 %, was die anrechenbare Eigenmittelquote auf die SCR (Solvenzkapitalanforderung) darstellt, und 450,95 %, was die anrechenbare Eigenmittelquote auf die MCR (Mindestkapitalanforderung) darstellt.

Alle weiteren Aktualisierungen finden Sie auf der Website des Unternehmens www.nobis.it



Der Vertrag unterliegt italienischem Recht und ist ausschließlich der italienischen Gerichtsbarkeit unterworfen.



WAS IST VERSICHERT?

In Bezug auf die Persönliche Betreuung und Fahrzeug-Service sind die einzelnen Leistungen im Folgenden aufgeführt: Medizinische Beratung per Telefon, Entsendung eines Arztes innerhalb Italiens im Notfall, Entsendung eines Kinderarztes im Notfall, psychologische Beratung bei Covid-19-Infektion, Second Opinion bei Covid-19-Infektion, Information über Notrufnummer bei Covid-19-Infektion, Angabe eines Arztes im Ausland, Überwachung des Krankenhausaufenthalts, Organisierter medizinischer Transport, Rückführung von Familienmitgliedern oder Reisebegleitern, Transport von sterblichen Überresten, Reise eines Familienmitglieds im Falle eines Krankenhausaufenthalts, Betreuung von Minderjährigen, Rückführung eines genesenden Reisenden, Verlängerung des Aufenthaltes, dringender Medikamentenversand ins Ausland, Dolmetscher im Ausland, Vorschuss auf lebensnotwendige Ausgaben, vorzeitige Rückreise, Telefon-/Telegrafiekosten, Übermittlung dringender Nachrichten, Suchund Rettungskosten für den Versicherten, Vorschuss auf Strafkaution im Ausland, Sperrung und Ersatz von Kreditkarten, Aktivierung des Streaming-Dienstes, Pannenhilfe und Abschleppen, Fahrer, Ersatzteilversand, Hotelkosten, Rückkehr zum Wohnort, Fortsetzung der Reise, Übernahme von Fahrzeugbergungskosten, Fortsetzung der Reise.

In Bezug auf die Garantie Arztosten ist festgelegt, dass die Garantie die Kosten für den Krankenhausaufenthalt in einer medizinischen Einrichtung, die Kosten für Operationen und Arzthonorare, die Kosten für ambulante Besuche, die Kosten für ärztlich verordnete Medikamente, die Kosten für Zahnbehandlungen nur nach einem Unfall umfasst.

Der Umfang der Verpflichtung der Gesellschaft richtet sich nach den mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Grenzen und ggf. Versicherungssummen.

Hinsichtlich der Garantien Wohnungshilfe, Tagegeld, Genesungsgeld und Reiseunterbrechung aufgrund von Quarantäne oder Isolation verweisen wir auf die Angaben im Basis-PIB.

OPTIONEN MIT REDUZIERTER PRÄMIE

Option angeben Für das Produkt Filo diretto Travel sind keine Prämienermäßigungen vorgesehen.

Ankunft des Versicherten am Zielort entstehen

OPTIONEN MIT ZAHLUNG EINER ZUSÄTZLICHEN PRÄMIE

Option angeben

Für das Produkt Filo diretto Travel sind keine zusätzlichen kostenpflichtigen Optionen vorgesehen.

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Reisegepäck

Zusätzlich zu dem, was bereits im Basis-PIB angegeben ist, wird festgelegt, dass die Garantie auch Folgendes vorsieht: mit einem Höchstbetrag von € 300,00 pro Person die Erstattung der Kosten für die Neuanfertigung/Duplizierung des Reisepasses, des Personalausweises und des Führerscheins für Kraftfahrzeuge und/oder des Bootsführerscheins als

Folge der oben beschriebenen Ereignisse; mit einem Höchstbetrag von € 300,00 pro Person die Erstattung der nachgewiesenen Kosten für den Kauf von Grundbekleidungsstücken und Gegenständen für den persönlichen Gebrauch, die dem Versicherten infolge des vollständigen Diebstahls des Gepäcks oder seiner Auslieferung durch den Beförderer mehr als 12 Stunden nach der

Zusätzlich zu dem, was im Basis-PIB angegeben ist, zahlt die Gesellschaft die Entschädigungen entsprechend den im Policenblatt angegebenen maximalen Versicherungssummen, wenn der Versicherte während der Gültigkeitsdauer der Garantie Schäden erleidet, die sich aus den direkten, ausschließlichen und objektiv feststellbaren Folgen der Verletzung ergeben und die innerhalb eines Jahres zum Tod oder zur dauerhaften Invalidität führen. Die Versicherung gilt auch für Unfälle, die der Versicherungsnehmer als Passagier auf Linien- und Charterflügen (ausgenommen Privatflugzeuge) vom Zeitpunkt des Einsteigens in ein Luftfahrzeug bis zum Verlassen desselben erleidet und die zu objektiv feststellbaren Körperschäden führen, die den Tod oder eine dauerhafte Invalidität zur Folge haben. Die Garantie gilt auch für Unfälle, die auf Aggression oder Gewalttätigkeiten zurückzuführen sind, die ein politisches oder soziales Motiv haben, wie z. B. Attentate, Piraterie, Sabotage, Terrorismus, solange sie nicht Folge eines - auch nicht erklärten - Krieges, eines Aufstandes oder von Aufruhr sind.

Häusliche Pflege

Unfälle

Zusätzlich zu dem, was bereits im Basis-PIB angegeben ist, wird festgelegt, dass die folgenden Leistungen gelten: Medizinische Beratungen, Entsendung eines Arztes bei Notfällen, Erstattung von Arztosten, Krankentransport, Lieferung von Medikamenten nach Hause, angeschlossenes Gesundheitsnetzwerk und kostenloses Terminmanagement.

Reiserücktritt alle Risiken

Die Gesellschaft entschädigt gemäß den Bedingungen der vorliegenden Police den Versicherten und maximal eine(n) Reisebegleiter(in), vorausgesetzt, dass er/sie für dieselbe Reise versichert und angemeldet ist, für die Rücktrittsgebühr, die sich aus der Stornierung des Tickets ergibt, die gemäß den Allgemeinen Vertragsbedingungen festgelegt ist und die eine Folge von zum Zeitpunkt der Buchung der Reise oder der touristischen Leistungen unvorhersehbaren Umständen ist, die durch ein unvorhersehbares, objektiv dokumentierbares und vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis ausgelöst werden, das es dem Versicherten unmöglich macht, die Reise anzutreten, oder durch die objektive und unabweisbare Notwendigkeit, seinen kranken oder verletzten Angehörigen beizustehen. Im Falle eines Unfalls, an dem mehr als ein Versicherter beteiligt ist, der für dieselbe Reise angemeldet ist, entschädigt die Gesellschaft alle berechtigten Familienmitglieder und maximal einen der Mitreisenden unter der Voraussetzung, dass diese ebenfalls versichert sind. Versichert ist die Reiseunfähigkeit, wenn ein versicherter Mitreisender, der für dieselbe Reise angemeldet ist, die Reise aufgrund einer bestätigten Covid-19-Infektion storniert, sowie die bestätigte Covid-19-Infektion eines Familienangehörigen der versicherten Person. Stornierungen durch Versicherungsnehmer aufgrund von Terroranschlägen, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages und innerhalb von 30 Tagen vor Reiseantritt erfolgen, sind ebenfalls in die Garantie eingeschlossen, sofern diese Anschläge in einem Umkreis von 100 km um den Ort stattfinden, an dem der Aufenthalt aufgrund der Buchung der versicherten Reise vorgesehen war.



WAS IST NICHT VERSICHERT?

Ausgeschlossene Risiken

Die ausgeschlossenen Risiken wurden bereits im Basis-PIB, auf das Sie hier verwiesen werden, ausführlich beschrieben.

2 von 5



GIBT ES DECKUNGSGRENZEN?

Die Ausschlüsse, die für alle Garantien gelten, wurden bereits im Basis-PIB aufgeführt. Nachfolgend finden Sie die wichtigsten Ausschlüsse, die für die jeweilige Garantie gelten.

Nacifolgeria filiaeri Sie	die wichtigsten Ausschlusse, die für die Jeweilige Garantie gerten.				
Arztosten	Ausgeschlossen sind Kosten für Physiotherapie, Krankenpflege, Kuraufenthalte, Gewichtsabnahme und die Beseitigung von angeborenen körperlichen Defekten; Aufwendungen für Brillen, Kontaktlinsen, Prothesen und therapeutische Hilfsmittel sowie Aufwendungen für Eingriffe oder Anwendungen ästhetischer Natur. Nicht versichert sind Aufwendungen für freiwillige Schwangerschaftsabbrüche sowie Leistungen und Therapien im Zusammenhang mit Fruchtbarkeit und/oder Sterilität und/oder Impotenz. Darüber hinaus sind die Kosten ausgeschlossen, wenn der Versicherte den Krankenhausaufenthalt (einschließlich Tagesklinik) oder die Leistung der Notaufnahme nicht beim Operativen Zentrum gemeldet hat. Beabsichtigt der Versicherte, Krankenhäuser/medizinische Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, die nicht zum Partnernetz der Gesellschaft gehören, darf die maximale Auszahlung durch Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. den in der Police angegebenen Betrag nicht überschreiten. Im Rahmen des in der Police angegebenen Höchstbetrags erstattet die Gesellschaft dem Versicherten bei Wohnsitz in Italien und Reiseziel Italien die Arztosten, die infolge von Unfällen entstehen. In Italien gilt die Garantie für alle Kosten oder Kostenüberschreitungen zu Lasten des Versicherten, wenn der Versicherte den staatlichen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt. Die Garantie Arztosten gilt für einen Zeitraum, der insgesamt 110 Tage Krankenhausaufenthalt nicht überschreitet.				
Persönliche Betreuung	Zusätzlich zu den für alle Garantien vorgesehenen Ausschlüssen, die bereits im Basis-PIB angegeben sind, haftet die Gesellschaft nicht für die Kosten, die dem Versicherten ohne vorherige Genehmigung des Operativen Zentrums entstehen. Falls der Versicherte den organisierten medizinischen Transport/Rücktransport freiwillig ablehnt, stellt die Gesellschaft die Hilfeleistung sofort ein und der Versicherte kann keine Ansprüche mehr gegenüber der Gesellschaft geltend machen.				
Reisegepäck	Zusätzlich zu den für alle Garantien vorgesehenen Ausschlüssen, die bereits im Basis-PIB angegeben sind, sind ausgeschlossen: Geld, Schecks, Wertpapiere und Sammlungen, Muster, Schmuck, Edelsteine und Pelze, Schäden, die auf Unachtsamkeit, Fahrlässigkeit oder Vergesslichkeit des Versicherten zurückzuführen sind, unzureichende oder unangemessene Verpackung, Bruch und Beschädigung von Gepäckstücken, andere Güter als Kleidung, die dem Beförderer übergeben werden.				
Reiserücktritt alle Risiken	Zusätzlich zu den Ausschlüssen für alle Garantien, die bereits im Basis-PIB angegeben sind, besteht kein Versicherungsschutz für Reisen, die infolge eines anderen als der im Feld "Was ist versichert?" in diesem Zusatz-PIB angegebenen Ereignisse storniert werden.				
Unfälle	Zusätzlich zu den im Basis-PIB vorgesehenen Ausschlüssen gilt der Versicherungsschutz nicht für Unfälle, die sich aus dem Führen von Fahrzeugen oder Wasserfahrzeugen ergeben, die nicht für den privaten Gebrauch bestimmt sind und für die der Versicherte nicht die vorgeschriebenen Befähigungen besitzt, sowie aus dem Führen oder Benutzen, auch als Passagier, von Unterwasserfortbewegungsmitteln.				
Fahrzeug-Service	Zusätzlich zu den für alle Garantien vorgesehenen Ausschlüssen, die bereits im Basis-PIB angegeben sind, wird festgelegt, dass Folgendes von der Garantie ausgeschlossen ist: Fahrzeuge, die vor mehr als 8 Jahren zum ersten Mal zugelassen wurden; Fahrzeuge mit einem Gewicht von mehr als 35 Doppelzentnern; nicht ordnungsgemäß zugelassene Fahrzeuge; Fahrzeuge, die gemietet, geleast oder für den öffentlichen Verkehr genutzt werden; Unfälle, die sich in Ländern ereignen, die nicht zur Europäischen Union gehören.				
Reiseunterbrechung aufgrund von Quarantäne oder Isolation	Reisen in Destinationen mit bereits am Anreisetag geltenden restriktiven Maßnahmen im gebuchten Hotel; Verstöße gegen am für die gebuchte Reise vorgesehenen Anreisetag geltende Vorschriften und/oder Bestimmungen; Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit seitens des Versicherten oder des Versicherungsnehmers; Probleme im Zusammenhang mit Identitäts- und/oder Reisedokumenten, Visa und jeglicher Nachweisunterlagen (einschließlich gesundheitlicher Art), die gemäß den jeweils geltenden Vorschriften erforderlich sind.				

Für jede einzelne im vorliegenden Produkt angegebene und vom Versicherungsnehmer ausdrücklich unterschriebene Garantie sind die im Versicherungsschein detailliert ausgewiesenen Versicherungssummen, die Limits und eventuelle Selbstbehalte oder nicht gedeckte Beträge vorgesehen. Ein eventueller Rückgriff gemäß Art. 1916 des italienischen Zivilgesetzbuches auf haftende Dritte oder andere Verpflichtete wird von der Gesellschaft aus demselben Grund wie die gezahlte Entschädigung ausgeübt, wobei es sich versteht, dass die Rückgriffsaktion nicht gegen die Fahrgäste ausgeübt wird.



WELCHE PFLICE	HTEN HABE ICH? WELCHE PFLICHTEN HAT DIE GESELLSCHAFT?		
Was ist im Schadensfall zu tun?	Schadensmeldung: Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte muss das Operative Zentrum telefonisch unter der gebührenfreien Nummer 800.894123 (aus dem Ausland unter der Nummer +39 039.9890.702) benachrichtigen und anschließend innerhalb von 5 Tagen nach Eintritt des Schadensfalls selbst oder ab dem Zeitpunkt, an dem der Versicherte davon Kenntnis erlangt hat, einen schriftlichen Bericht an die Gesellschaft senden, mit Angabe des Datums, des Ortes und der Art und Weise, sowie eventueller Zeugen. Es liegt in der Verantwortung des Versicherten, der Gesellschaft ärztliche Atteste, Krankenakten, Meldungen an die Behörden, Rechnungen, die den Kauf von verlorenen Gegenständen und/oder Grundbedürfnissen bescheinigen, die Ticketbuchungs- und Stornierungserklärungen, Zahlungsnachweise für die Reise, den Reisevertrag und die Originaltickets vorzulegen.		
	Direkte Hilfeleistung/Hilfeleistung durch Vertragseinrichtungen: Es wird klargestellt, dass der Vertrag das Vorhandensein von Dienstleistungen vorsieht, die dem Versicherten direkt von Einrichtungen/Strukturen erbracht werden, die eine Vereinbarung mit der Gesellschaft haben.		
	Abwicklung durch andere Unternehmen: Es wird klargestellt, dass der Vertrag die Abwicklung von Ansprüchen durch andere Unternehmen nicht vorsieht.		
	Verjährung: Gemäß Art. 2952 des italienischen Zivilgesetzbuches verjähren die Ansprüche des Versicherten aus dem Vertrag in zwei Jahren ab dem Tag, an dem das Ereignis, auf dem der Anspruch beruht, eingetreten ist und/oder ab dem Tag, an dem der Dritte vom Versicherten Schadensersatz verlangt oder gegen diesen vorgegangen ist.		
Falsche oder zurückhaltende Aussagen	Macht der Versicherungsnehmer/Versicherte im Hinblick auf die Umstände des Risikos, das Gegenstand des Versicherungsschutzes ist, bei der Berechnung falsche oder zurückhaltende Angaben und bestätigt diese bei Vertragsabschluss oder unterlässt er es, der Gesellschaft eine wesentliche Änderung mitzuteilen, können diese Umstände die Ansprüche auf Bezahlung des Schadens (Entschädigung) durch die Gesellschaft ganz oder teilweise nichtig machen.		
Pflichten der Gesellschaft	Nachdem die Gesellschaft die Gültigkeit der Garantie überprüft hat, wird sie nach 60 (sechzig) Tagen ab dem Datum der Schadensmeldung und unter der Bedingung, dass alle erforderlichen Unterlagen vorgelegt wurden, die Entschädigung innerhalb von 30 (dreißig) Tagen ab dem Datum des Erhalts der erforderlichen Unterlagen auszahlen, vorausgesetzt, es gibt keine Einwände von bevorrechtigten, Pfand- oder Hypothekargläubigern.		

wann und	WIE MUSS ICH BEZAHLEN?
Prämie	Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämienrate zu zahlen. Die Prämie wird immer für Versicherungszeiten von einem Jahr festgelegt, außer bei Verträgen mit kürzerer Laufzeit, und ist auch bei halbjährlicher Prämienaufteilung in voller Höhe fällig, wobei ein Zuschlag von 5 % erhoben wird. Die Gesellschaft akzeptiert die Zahlung der Prämie durch Banküberweisung, Bank-/Rundscheck, Bargeld im Rahmen der Währungsvorschriften, der Bestimmungen der IVASS-Verordnung Nr. 40 und jedes andere Mittel in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften, das vom etwaigen Vermittler, wie auch immer verstanden, akzeptiert wird. Die Prämie versteht sich inklusive Steuern.
Rückerstattung	Da es sich bei diesem Vertrag um eine zeitlich befristete Tourismus-Police handelt, ist die Möglichkeit einer Prämienrückerstattung nicht vorgesehen.

WANN BEGINNT UND WANN ENDET DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?		
Dauer	Der Versicherungsvertrag hat eine Laufzeit von einem Jahr und verlängert sich nach seinem natürlichen Ablauf stillschweigend, wenn er nicht gekündigt wird.	
	Die Dauer der einzelnen Anwendungen für die Versicherten wird vom Versicherungsnehmer mitgeteilt. Die Laufzeit der einzelnen Garantien ist im Basis-PIB angegeben.	
Aussetzung	Dieser Vertrag sieht keine Möglichkeit einer Aussetzung vor.	

WIE KANN ICH	I DIE POLICE KÜNDIGEN?
Meinungsänderung nach dem Abschluss	Sieht der Vertrag einen Abschluss im Wege der Fernkommunikation vor, so stehen dem Versicherungsnehmer folgende Rechte zu: 1. sich dafür zu entscheiden, das Informationsset und die in Kapitel III der IVASS-Verordnung Nr. 40/2018 genannte Dokumentation in Papierform oder auf einem anderen dauerhaften Datenträger zu erhalten und zu übermitteln; 2. in jedem Fall und unentgeltlich den Erhalt der oben genannten Unterlagen in Papierform zu verlangen und die Technik der Fernkommunikation zu ändern; 3. nach Aufforderung der Gesellschaft den ihr zugesandten Vertrag nach seiner Wahl auf Papier oder einem anderen dauerhaften Datenträger zu unterzeichnen und erneut zu versenden; 4. bei Fernabsatzverträgen über Call Center, deren Mitarbeiter nicht Angestellte der Gesellschaft sind, mit der Person in Verbindung gesetzt zu werden, die für die Koordination und Kontrolle der vom Call Center durchgeführten Werbung und Vermittlung von Versicherungsverträgen verantwortlich ist.
Auflösung	Jede Vertragsänderung wird dem Versicherungsnehmer/Versicherten von der Gesellschaft über den für den Vertrag zuständigen Vermittler innerhalb von 45 Tagen nach der eventuellen jährlichen Vertragsverlängerung mitgeteilt. Wenn der Versicherte die neuen Prämienbedingungen und/oder die für das folgende Vertragsjahr vorgeschlagene Versicherungssumme nicht akzeptiert, hat er das Recht, den Vertrag per Einschreiben mit Rückschein zu kündigen, das mindestens 30 Tage vor dem Ablaufdatum an die Gesellschaft geschickt wird.







FÜR WEN IST DIESES PRODUKT GEEIGNET?

Der vorliegende Vertrag ist für Personen mit den im Basis-PIB angegebenen Eigenschaften bestimmt, die ein vom Versicherungsnehmer ausgestelltes Seeticket erwerben, das die ebenfalls im Basis-PIB angegebenen Eigenschaften aufweist.



WELCHE KOSTEN ENTSTEHEN FÜR MICH?

Der Versicherte trägt bei Abschluss des Versicherungsvertrages die Kosten für die Prämie, die nach dem Tarif bemessen wird, der für die Art der

Reise, mit der die Police verbunden ist, und die gewählten Garantien berechnet wurde.

Vermittlungskosten: Der durchschnittliche Anteil, der auf den Vermittler entfällt, liegt für Klasse 1 (Unfall) bei 36,60 %, für Klasse 2 (Gesundheit) bei 22,99 %, für Klasse 7 (Transportgüter) bei 23,80 %, für Klasse 16 (Vermögensschäden) bei 40,47 % und für Klasse 18 (Service) bei 46,69 %.

WIE KANN ICH BESCHWERDEN EINREICHEN UND STREITIGKEITEN SCHLICHTEN?				
An die Versicherung sgesellschaft	Eventuelle Reklamationen bezüglich des Vertragsverhältnisses oder der Abwicklung von Forderungen müssen vom Kund an die Reklamationsstelle (Ufficio Reclami) der Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colled 21 - 20864 - Agrate Brianza - MB - Fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it gesendet werden. Antwort innerhalb v 45 Tagen.			
An das IVASS	Wenn der Versicherungsnehmer mit der Antwort der Gesellschaft nicht zufrieden ist, kann er sich an das IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 - Rom, Fax 06.42133206, PEC ivass@pec.ivass.it, wenden. Hierzu ist das entsprechende Formular mit der Bezeichnung "Anlage 2" ("Allegato 2") (erhältlich auf der Website www.ivass.it, Abschnitt "Reklamationsleitfaden" ("guida reclami"), "wie man eine Reklamation einreicht" ("come presentare un reclamo")) zu verwenden und die Dokumentation über die von der Gesellschaft bearbeitete Reklamation beizufügen.			
VOR DEM ANRUFEN DER GERICHTE können alternative Streitbeilegungsverfahren genutzt werden, wie z. B:				
Schlichtung	Über eine der vom Justizministerium aufgelisteten Schlichtungsstellen, die auf der Website www.giustizia.it abgefragt werden können.(Gesetz Nr. 98 vom 09.08.2013)			
Verhandlung mit Rechtsbeist and	Auf Anfrage Ihres Anwalts bei der Gesellschaft.			
Andere alternative Streitbeilegungsverf ahren	- Nach Prüfung des Anspruchs des Versicherten auf Entschädigung werden medizinische Streitigkeiten schriftlich an einen Ausschuss von drei Ärzten verwiesen, von denen einer von jeder Partei und der dritte einvernehmlich ernannt wird oder, wenn dies nicht möglich ist, vom Vorstand der Ärztekammer, die für den Ort zuständig ist, an dem der Ausschuss zusammentreten muss.			
	- Für die Beilegung von grenzüberschreitenden Streitigkeiten besteht die Möglichkeit, eine Beschwerde an das IVASS direkt bei dem zuständigen ausländischen System einzureichen, indem die Aktivierung des FIN-NET-Verfahrens beantragt wird, oder über die geltenden Vorschriften.			





FÜR DIESEN VERTRAG VERFÜGT DIE GESELLSCHAFT <u>NICHT</u> ÜBER EINEN FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER RESERVIERTEN INTERNETBEREICH (sog. *HOME INSURANCE*), DAHER KÖNNEN SIE DIESEN BEREICH NACH DER UNTERZEICHNUNG <u>WEDER</u> EINSEHEN NOCH ZUR ELEKTRONISCHEN VERWALTUNG DES VERTRAGES NUTZEN.

(

INHALT

ABSCHNITT I - GLOSSAR UND DEFINITIONEN	•
ABSCHNITT II - VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	3
Art. 1 - Festsetzung der prämie - Erklärungen zu den risikoumständen	3
Art. 2 - Ausschluss von alternativen ausgleichsleistungen	
Art. 3 - Gültigkeit, beginn und dauer der garantien	3
Art. 4 - Pflichten des versicherten im schädensfall	3
Art. 5 - Territoriale ausdehnung	
Art. 6 - Kriterien für die schadensregulierung	
Art. 7 - Schadensregulierung/ernennung von sachverständigen	4
Art. 8 - Recht - Gerichtsbarkeit	4
Art. 9 - Ergänzung der unterlagen der schadensfallmeldung	4
Art. 10 - Pflichten des versicherungsnehmers	4
Art. 11 - Kumulierungsklausel	
Art. 12 - Nichtzahlung/teilweise nichtzahlung der prämie	
Art. 13 - Auswirkungen gegenüber dem versicherten	
Art. 14 - Angaben zur garantie "reisestornierung"	Į
Art. 15 - Ausschlüsse und grenzen, die für alle garantien gelten	Į
ABSCHNITT III - VON DER VERSICHERUNG ANGEBOTENE GARANTIEN	7
KAPITEL 1 - HEILKOSTEN	
Art. 1.1 - Gegenstand der versicherung	-
Art. 1.2 - Selbstbehalt und unterdeckung	-
Art. 1.3 - Spezifische ausschlüsse und grenzen für die garantie "heilkosten"	
KAPITEL 2 - KRANKENHAUSTAGEGELD NACH COVID-19-INFEKTION	8
Art. 2.1 - Gegenstand der versicherung	8
Art. 2.2 - Leistung	8
KAPITEL 3 - GENESUNGSGELD	8
Art. 3.1 – Gegenstand der versicherung	
KAPITEL 4 - BETREUUNG DER PERSON	
Art. 4.1 - Gegenstand der versicherung	8
Art. 4.2 - Ärztliche beratung per telefon	
Art. 4.3 - Entsendung eines arztes in italien in notfällen	
Art. 4.4 - Entsendung eines kinderarztes in notfällen	
Art. 4.5 – Psychologische beratung im falle einer covid-19-infektion	
Art. 4.6 – Zweitmeinung im falle einer covid-19-infektion	(
Art. 4.7 – Information ü̈ber notrufnummern im falle einer covid-19-infektion	
Art. 4.8 - Angabe eines arztes im ausland	9
Art. 4.9 - Überwachung des krankenhausaufenthaltes	
Art. 4.10 - Organisierter krankentransport	
Art. 4.11 - Rückkehr der familienangehörigen oder des reisebegleiters	
Art, 4.12 - Transport des leichnams	(
Art. 4.13 - Reise eines familienmitglieds im falle eines krankenhausaufenthalts	
Art. 4.14 - Betreuung von minderjährigen	
Art. 4.15 - Übernahme der kosten für die überführung eines familienmitglieds oder reisebegleiters im falle eines	
krankenhausaufenthalts	
Art. 4.16 - Rückkehr eines rekonvaleszenten reisenden	
Art. 4.17 - Verlängerung des aufenthalts	
Art. 4.18 - Dringende entsendung von arzneimitteln ins ausland	
Art. 4.19 - Bereitstellung eines dolmetschers im ausland	
Art. 4.20 - Vorschuss auf lebensnotwendige ausgaben	
Art. 4.21 - Vorgezogene rückreise	1(
Art. 4.22 - Telefonische/telegraphische kosten	
Art. 4.23 - Übertragung dringender nachrichten	
Art. 4.24 - Kosten für die rettung, suche und bergung des versicherten	
Art. 4.25 - Vorauszahlung von strafrechtlichen kautionen im ausland	
Art. 4.26 - Sperrung und ersatz von kreditkarten	1
Art. 4.27 - Aktivierung des video-streaming-dienstes und der online-zeitungen im falle eines krankenhausaufenthalts	
Art. 4.28 - Ausschlüsse und spezifische grenzen für die garantie "betreuung der person"	
Art. 4.29 - Haftung	
Art. 4.30 - Erstattung der reisedokumente	
KAPITEL 5 - GEPÄCK	
Art. 5.1 - Gegenstand der versicherung	1
Art. 5.2 - Spezifische ausschlüsse und grenzen für die garantie "gepäck"	
Art. 5.3 - Efficicialigungskriterien	12

KAPITEL 6 - STORNIERUNG DER REISE ALL RISK	12
Art. 6.1 - Stornierung der reise all risk	12
Art. 6.2 - Höchstbetrag	
Art. 6.3 - Entschädigungskriterien	13
Art. 6.4 - Verpflichtung des unternehmens	13
Art. 6.5 - Recht auf übernahme	13
KAPITEL 7 - UNFÄLLE	13
Art. 7.1 - Gegenstand der versicherung	13
Art. 7.2 - Altersgrenze	14
Art. 7.3 - Versicherungsbetrag und akkumulierung	14
Art. 7.4 - Meldung des schadensfalls und damit verbundene pflichten	14
Art. 7.5 - Verzicht auf das rückgriffsrecht	14
Art. 7.6 - Spezifische ausschlüsse und grenzen für die garantie "unfälle"	14
Art. 7.7 - Entschädigungskriterien	14
Art. 7.8 - Selbstbehalt für dauerhafte invalidität	14
KAPITEL 8 - BETREUUNG DES FAHRZEUGS	14
Art. 8.1 - Gegenstand der versicherung	14
Art. 8.2 - Pannenhilfe und abschleppen	15
Art. 8.3 - Entsendung von ersatzteilen	15
Art. 8.4 - Rückkehr zum wohnsitz und/oder verlassen des fahrzeugs	15
Art. 8.5 - Fortsetzung der reise	15
Art. 8.6 - Rückkehr des versicherten und der anderen passagiere	15
Art. 8.7 - Übernahme der kosten für die fahrzeugbergung	
Art. 8.8 - Hotelkosten	
Art. 8.9 - Fahrer	15
Art. 8.10 - Vorauszahlung der strafrechtlichen kaution	15
Art. 8.11 - Spezifische ausschlüsse und grenzen für die garantie "betreuung des fahrzeugs"	16
KAPITEL 9 - HÄUSLICHE BETREUUNG FÜR ZU HÄUSE BLEIBENDE FAMILIENMITGLIEDER	16
Art. 9.1 - Ärztliche beratungen per telefon	16
Art. 9.2 - Entsendung eines arztes in notfällen	16
Art. 9.3 - Erstattung der heilkosten	16
Art. 9.4 - Transport im krankenwagen	16
Art. 9.5 - Betreuung durch krankenpfleger	16
Art. 9.6 - Übergabe von arzneimitteln zu hause	16
Art. 9.7 - Kostenlose verwaltung der terminvereinbarung	16
Art. 9.8 - Vertragsgebundenes gesundheitsnetz	16
Art. 9.8 - Vertragsgebundenes gesundheitsnetz	16
Art. 10.1 – Gegenstand der versicherung	16
Art. 10.2 - Ausschlüsse	17
Art. 10.3 - Wiedererlangung	17
KAPITEL 11 - BETREUUNG DER PERSON	17
Art. 11.1 – Gegenstand der versicherung	17
ABSCHNITT VI - MELDUNG DES SCHADENSFALLS UND ENTSCHÄDIGUNG	18
Art. 1 - Was ist im falle eines schadensfalls zu tun?	18
RECHTLICHER ANHANG	
Datenschutzinformation gemäß Kapitel III Abschnitt 2 der EU-Verordnung 2016/679 (GDPR)	23
O 1	

ABSCHNITT I - GLOSSAR UND DEFINITIONEN

Um das Lesen und Verstehen dieses Dokuments zu erleichtern, werden im Folgenden einige Begriffe aus dem Versicherungsglossar erklärt sowie jene Begriffe, die eine bestimmte Bedeutung innerhalb der Police haben. Wo die in diesem Abschnitt genannten Begriffe innerhalb der Police genannt werden, haben sie die nachstehend angegebene Bedeutung.

Ambulatorium: die medizinische Einrichtung oder das medizinische Zentrum, das für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen ausgestattet und ordnungsgemäß zugelassen ist, sowie die berufliche Praxis, die nach dem Gesetz für die Ausübung des einzelnen medizinischen Berufs geeignet ist;

Regelungsanhang: das Dokument, in dem das Unternehmen den Versicherungsnehmer monatlich über die Anzahl der gemeldeten und in die Versicherung aufgenommenen Namen sowie über die Höhe des entsprechenden Beitrags informiert, der zur Ergänzung der Mindestprämie zahlbar ist;

Versicherter: Die Person, deren Interesse durch die Versicherung geschützt ist, d.h. jede Person, die spätestens 30 Tage vor der Abreise ein Ticket der Grimaldi Lines kauft, die dieser Police durch die Zahlung der entsprechenden Prämie beitritt und die dem Unternehmen ordnungsgemäß mitgeteilt wurde.

Versicherung: der Versicherungsvertrag;

Hilfeleistung: die unverzügliche Hilfe in Form von Geld- oder Sachleistungen, die einer versicherten Person, die sich in Schwierigkeiten befindet, nach Eintritt des Versicherungsfalles gewährt wird;

Terrorakte: eine Handlung im öffentlichen Raum - einschließlich schwerer Formen rechtswidriger Gewalt gegen eine Gemeinschaft (oder einen Teil davon) und ihr Eigentum -, die darauf abzielt, die Mitglieder einer organisierten Gemeinschaft in Angst und Schrecken zu versetzen und/oder die bestehende Ordnung zu destabilisieren und/oder die individuellen Freiheiten (einschließlich religiöser Freiheiten) einzuschränken, und zwar durch Bombenanschläge, Geiselnahmen, Entführungen von Flugzeugen, Schiffen usw. und ähnliche Handlungen, sofern sie geeignet sind, das Leben von Personen zu gefährden;

Schaden: die Beschädigung des Gepäcks durch Bruch, Zusammenstoß, Aufprall gegen feste oder bewegliche Gegenstände. **Gepäck**: Kleidung, Sport- und Körperpflegeartikel, Fotoausrüstung, Radio- und Fernsehgeräte und elektronische Geräte sowie der Koffer, die Tasche, der Rucksack, der/die sie enthalten kann und den die versicherte Person mit auf die Reise nimmt.

Einsatzzentrale: Einrichtung des Unternehmens, die aus Technikern und Mitarbeitern besteht und rund um die Uhr und an jedem Tag des Jahres in Betrieb ist, die den telefonischen Kontakt mit dem Versicherten herstellt und Hilfeleistungen organisiert und erbringt;

Reisebegleiter: Die versicherte Person, die zwar nicht mit dem Versicherten, der das Ereignis erlitten hat, verwandt ist, aber regulär für dieselbe Reise wie der Versicherte angemeldet ist.

Versicherungsnehmer: die natürliche oder juristische Person, die den Versicherungsvertrag abschließt;

Tagesklinik: ein tagesklinischer Aufenthalt mit einem Bett ohne Übernachtung für medizinische Leistungen:

- die sich auf Therapien beziehen (mit Ausnahme von Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken, auch präventiv);
- · die durch Krankenakten dokumentiert sind;
- die in einem Krankenhaus, einer Klinik oder einer Heilanstalt erbrachten wurden.

Variable Daten: sind die variablen Risikoelemente, die der Regelung der Prämie und der relativen Anpassung dienen, d.h. die Anzahl der Versicherten und/oder versicherten Vermögenswerte, für die der Versicherungsschutz gewährt wird, die vom Versicherungsnehmer gemäß den im Vertrag festgelegten Verfahren mitgeteilt werden.

Aufenthaltsort: der Wohnort des Versicherten, auch wenn er vorübergehend ist.

Vertragsdauer: der Zeitraum der Gültigkeit des vom Versicherten gewählten Vertrags;

Europa: alle Länder Europas und des Mittelmeerraums mit Ausnahme der Russischen Föderation.

Ausland: alle Staaten, die nicht in der Definition für Italien angegeben sind.

Familienangehörige: Ehepartner/Lebenspartner, Eltern, Brüder, Schwestern, Kinder, Schwiegereltern, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Großeltern, Tanten, Onkel und Enkelkinder bis zum dritten Verwandtschaftsgrad, Schwäger/Schwägerinnen.

Umsatz: der Gesamtbetrag, den der Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit realisiert hat.

Selbstbehalt: im Voraus festgelegter Betrag, der bei jedem Schadensfall zu Lasten des Versicherten geht;

Diebstahl: ist die in Artikel 624 des italienischen Strafgesetzbuches vorgesehene Straftat, die von jedem begangen wird, der das bewegliche Eigentum eines anderen in Besitz nimmt, indem er es demjenigen, der es besitzt, wegnimmt, um für sich oder andere einen Gewinn zu erzielen;

Panne: der Schaden, den das Fahrzeug aufgrund von Verschleiß, Defekt, Bruch, Versagen seiner Teile (mit Ausnahme von gewöhnlichen Wartungsarbeiten) erleidet, so dass es dem Versicherten unmöglich ist, es unter normalen Bedingungen zu benutzen;

Unternehmen: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.;

Brand: Selbstentzündung mit Flammenentwicklung;

Verkehrsunfall: das Ereignis, das das Fahrzeug aufgrund eines Unfalls, Unerfahrenheit, Fahrlässigkeit, Nichteinhaltung von Regeln oder Vorschriften im Zusammenhang mit dem Straßenverkehr, wie gesetzlich festgelegt, erleidet und das zu einer Beschädigung des Fahrzeugs führt, so dass es unter normalen Bedingungen nicht mehr benutzt werden kann;

Entschädigung: die Summe, die vom Unternehmen im Falle eines durch die Versicherungsgarantien gedeckten Schadens zu zahlen ist;

Unfall: ein auf eine zufällige, gewaltsame und äußere Ursache zurückzuführendes Ereignis, das zu objektiv feststellbaren Körperschäden führt, die den Tod oder eine dauerhafte Behinderung oder eine vollständige oder teilweise vorübergehende Invalidität zur Folge haben.

Chirurgischer Eingriff: eine medizinische Handlung, die im Operationssaal einer Gesundheitseinrichtung oder einem dafür ausgerüsteten Ambulatorium durchgeführt wird und die durch eine blutige Einwirkung auf das Gewebe oder durch den Einsatz von mechanischen, thermischen oder Lichtenergiequellen erfolgt. Für Versicherungszwecke ist auch die unblutige Reposition von Frakturen und Verrenkungen einer Operation gleichgestellt.

Dauerhafte Invalidität: der endgültige und nicht behebbare Verlust oder die Minderung der Fähigkeit, nach einem Unfall oder einer Krankheit einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, unabhängig vom ausgeübten Beruf;

Isolation: Obligatorischer Heimaufenthalt als Folge einer bestätigten Covid-19-Infektion;

Gesundheitseinrichtung: das Krankenhaus, die Heilanstalt, die wissenschaftlichen Krankenhaus- und Behandlungsinstitute (IRCCS), die Universitätsklinik, die regelmäßig von den zuständigen Behörden - gemäß den Anforderungen des Gesetzes - ermächtigt sind, Krankenhauspflege zu leisten. Ausgeschlossen sind Kurorte, Rehabilitations- und Umerziehungseinrichtungen, Seniorenresidenzen (RSA), Kliniken für diätetische und ästhetische Zwecke sowie Zentren, wie auch immer bezeichnet, die die in Art. 2 des Gesetzes Nr. 38 vom 15.03.2010 definierten Dienstleistungen erbringen;

Italien: das Staatsgebiet der Italienischen Republik, der Vatikanstadt und der Republik San Marino.

Krankheit: jede Veränderung des Gesundheitszustands, die nicht von einem Unfall abhängt.

Vorerkrankung: Krankheit, die Ausdruck oder unmittelbare Folge von krankhaften Zuständen ist, die vor dem Abschluss des Vertrages entstanden sind.

Höchstbetrag: Summe, bis zu der das Unternehmen für jeden Schadensfall in der Versicherung haftet.

Arzneimittel: als solche gelten diejenigen, die im italienischen Jahrbuch der Arzneimittel beschrieben sind. Daher sind parapharmazeutische, homöopathische, kosmetische, diätetische, galenische usw. Produkte keine Arzneimittel, auch wenn sie von einem Arzt verschrieben wurden;

Welt: alle Länder der Welt;

Familie: Der Ehepartner/Lebenspartner und die Kinder, die mit dem Versicherten leben.

Police: das Dokument, das das Bestehen der Versicherung nachweist;

Prämie: der Betrag, der vom Versicherungsnehmer an das Unternehmen zu zahlen ist;

Endgültige Prämie: Die Höhe der vom Versicherungsnehmer an das Unternehmen zu zahlender Versicherungsprämie, basierend auf der Anzahl der tatsächlich gemeldeten Namen oder im Falle einer Ratenversicherungspolice durch Multiplikation der in der Police angegebenen Bruttojahresrate mit dem vom Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit tatsächlich erzielten Umsatz;

Mindestprämie: Die Höhe der vom Versicherungsnehmer auf jeden Fall and das Unternehmen zu zahlenden Versicherungsprämie, unabhängig von der Anzahl der tatsächlich gemeldeten Namen oder im Falle einer Ratenversicherungspolice vom tatsächlichen Ausmaß des während der Vertragslaufzeit erzielten Umsatzes;

Quarantäne: obligatorischer Aufenthalt zu Hause einer oder mehrerer Personen mit oder ohne Gesundheitsüberwachung zum Zweck der späteren Ermittlung einer tatsächlichen Covid-19-Infektion;

Raub: die Wegnahme beweglicher Sachen von ihrem Besitzer durch Gewalt oder Bedrohung seiner Person;

Wohnsitz: der Ort, an dem die natürliche/juristische Person ihren üblichen Wohnsitz/Geschäftssitz hat, wie in der Meldebescheinigung angegeben;

Krankenhausaufenthalt: ein Aufenthalt mit Übernachtung in einer öffentlichen oder privaten Gesundheitseinrichtung, die ordnungsgemäß zur Erbringung von Krankenhausleistungen zugelassen ist;

Risiko: Wahrscheinlichkeit des Eintritts des schädigenden Ereignisses, gegen das die Versicherung abgeschlossen wird;

Unterdeckung: der Teil des nach den Bedingungen der Police ersatzfähigen Schadens, den der Versicherte bei jedem Schadenfall zu tragen hat;

Touristische Dienstleistungen: Flugreisen, Hotelübernachtungen, Transfers, Mietwagen usw., die vom Versicherungsnehmer an den Versicherten verkauft werden;

Versicherungsfall: der Eintritt der Tatsache oder des schädigenden Ereignisses, für das die Versicherung vorgesehen ist; **Kosten eines verlorenen Prozesses**: Kosten, die die unterlegene Partei der im Zivilprozess erfolgreichen Partei zu erstatten

Bruttosatz: der auf den Umsatz des Versicherungsnehmers anzuwendende Multiplikator, durch den die Schlussprämie ermittelt wird;

Dritte: Als Dritte gelten in der Regel nicht: a) der Ehegatte, die Eltern, die Kinder des Versicherten, sowie alle anderen mit dem Versicherten zusammenlebenden Verwandten oder Verschwägerten, die sich aus dem Familienstand ergeben; b) die Angestellten des Versicherten, die den Schaden während der Arbeit oder des Dienstes erleiden;

Fahrzeug: Vom Versicherten gelenktes mechanisches Transportmittel, das von einem Motor angetrieben wird und für den Verkehr auf Straßen, öffentlichen und privaten Flächen bestimmt ist.

Reise/Vermietung: Die im Seetransportticket angegebene Route, die der Versicherungsnehmer regelmäßig direkt oder über Vermittler an den Versicherten verkauft.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ist für die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Informationspaket enthaltenen Daten und Informationen verantwortlich.

Der gesetzliche Vertreter Dr. Giorgio Introvigne

ABSCHNITT II - VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Versicherungsbedingungen Direkter Draht Travel Vordr. 6003 Ausg. 2020-12 - Letzte Aktualisierung 01.12.2020

In diesem Abschnitt findet der Versicherungsnehmer die Regeln, die das Verhältnis zwischen dem Unternehmen und dem Versicherungsnehmer regeln und die Rechte und Pflichten der Parteien vorsehen.

Art. 1 - FESTSETZUNG DER PRÄMIE - ERKLÄRUNGEN ZU DEN RISIKOUMSTÄNDEN

Die Prämie wird auf der Grundlage der im Versicherungsschein angegebenen Daten unter Berücksichtigung der folgenden, für jede versicherte Reise spezifischen Variablen ermittelt: Reiseziel, Preis der Reise, Dauer der Reise, gewählte Höchstbeträge und Anzahl der versicherten Personen.

Änderungen während der Vertragslaufzeit hat der Versicherungsnehmer dem Unternehmen unverzüglich mitzuteilen. Bei ungenauen oder verschwiegenen Erklärungen des Versicherungsnehmers bei Vertragsabschluss über Umstände, die die Beurteilung des Risikos beeinflussen, oder bei Nichtmitteilung einer Veränderung der Umstände selbst, die zu einer Erhöhung des Risikos führen, ist die Zahlung des Schadens nicht oder in vermindertem Umfang in Anwendung der Bestimmungen der Artikel 1892 - 1893 - 1894 und 1898 des Zivilgesetzbuches geschuldet.

Art. 2 - AUSSCHLUSS VON ALTERNATIVEN AUSGLEICHSLEISTUNGEN

Nimmt der Versicherungsnehmer eine oder mehrere Leistungen nicht in Anspruch, ist das Unternehmen nicht verpflichtet, alternative Entschädigungen oder Leistungen als Ausgleich hierfür zu erbringen.

Art. 3 - GÜLTIGKEIT, BEGINN UND DAUER DER GARANTIEN

Die Dauer des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Antrag, der vom Versicherungsnehmer für jeden einzelnen Versicherten über das vom Unternehmen zur Verfügung gestellte spezielle Online-System übermittelt wird, vorausgesetzt, dass alle Regeln der Annahme und Mitteilung durch den Versicherungsnehmer eingehalten wurden.

Die Storno-Garantie beginnt mit dem Datum der Buchung der Reise, mit der Zahlung der Versicherungsprämie durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten und endet in dem Moment, in dem der Versicherte die erste vom Versicherungsnehmer erworbene Leistung in Anspruch nimmt.

Die anderen Garantien gelten:

- Für die Hinreise: Die Garantien beginnen 48 Stunden vor der offiziellen Einschiffungszeit (basierend auf der tatsächlichen Abfahrtszeit des Schiffes), gelten ab dem Moment, in dem die Reise des Versicherten beginnt, um den Einschiffungshafen zu erreichen und enden um Mitternacht des 15. Tages nach dem Tag der Ausschiffung des Versicherten (basierend auf der tatsächlichen Ankunftszeit des Schiffes).
- Für die Rückreise: Die Garantien beginnen 12 Stunden vor der offiziellen Einschiffungszeit (entsprechend der effektiven Abfahrtszeit des Schiffes), sie gelten ab dem Moment, in dem die Reise des Versicherten beginnt, um den Einschiffungshafen zu erreichen und enden 48 Stunden nach der Ausschiffung des Versicherten (entsprechend der effektiven Ankunftszeit des Schiffes), mit Ausnahme derjenigen Garantien, die den in den einzelnen Kapiteln angegebenen spezifischen Regelungen folgen.

Der Beitritt zu dieser Police durch die Versicherten muss zum Zeitpunkt der Buchung des Seetickets oder spätestens 30 Tage vor der Abfahrt erfolgen.

Diese Police ist nur gültig, wenn sie (in ergänzender Form) mit dem Verkauf eines Seetickets durch den Versicherungsnehmer verbunden ist.

Art. 4 - PFLICHTEN DES VERSICHERTEN IM SCHADENSFALL

Im Schadensfall muss der Versicherte das Unternehmen telefonisch und schriftlich gemäß den in den einzelnen Garantien vorgesehenen Verfahren benachrichtigen. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung gemäß Art. 1915 des Zivilgesetzbuches führen.

Art. 5 - TERRITORIALE AUSDEHNUNG

Die Versicherung gilt in dem Land oder der Ländergruppe, in dem/der die Reise stattfindet und in dem der Versicherte den Unfall erlitten hat, der den Anspruch auf die Leistung begründet.

Die Garantien werden in der Antarktis und im Antarktischen Ozean sowie in Ländern, die sich in einem erklärten oder faktischen Kriegszustand befinden, nicht gewährt. Zu diesen Ländern zählen die im Bericht von JCC Global Cargo auf der Website https://watchlists.ihsmarkit.com angegebenen Länder, die zum Zeitpunkt der Abfahrt eine Risikostufe von "4.0" oder höher aufweisen. Länder gelten auch dann als im erklärten oder faktischen Kriegszustand befindlich, wenn der Kriegszustand öffentlich bekannt gemacht worden ist.

Art. 6 - KRITERIEN FÜR DIE SCHADENSREGULIERUNG

Die Zahlung des vertraglich geschuldeten Betrages erfolgt gegen Vorlage der Originale der entsprechenden Kostenaufstellungen, Rechnungen und Quittungen, die ordnungsgemäß quittiert werden. Auf Verlangen des Versicherten sendet das Unternehmen die vorgenannten Originale zurück, nachdem sie das Datum der Abrechnung und den abgerechneten Betrag vermerkt hat. Hat der Versicherte Dritten die Originale der Kostenaufstellungen, Rechnungen und Quittungen vorgelegt, um eine Erstattung zu erhalten, zahlt das Unternehmen den nach den Bestimmungen dieses Vertrages geschuldeten Betrag nach dem vorherigen Nachweis der tatsächlich entstandenen Kosten, abzüglich der von den genannten Dritten getragenen Kosten. Die Erstattungen erfolgen immer in Euro.

Das Unternehmen erstattet dem Versicherten die Kosten erst nach vollständiger Vorlage der erforderlichen Unterlagen, die für die Beurteilung des Schadensfalls notwendig sind.

Art. 7 - SCHADENSREGULIERUNG/ERNENNUNG VON SACHVERSTÄNDIGEN

Die Bezifferung des Schadens erfolgt durch das Unternehmen mittels direkter Vereinbarung zwischen den Parteien oder, in Ermangelung einer solchen, durch zwei von jeder Partei ernannte Sachverständige. Im Falle von Uneinigkeit wählen sie einen Dritten. Wenn eine der beiden Parteien keinen eigenen Sachverständigen ernennt oder keine Einigung über die Wahl des Dritten besteht, erfolgt die Ernennung durch den Präsidenten des Gerichts, in dessen Zuständigkeitsbereich sich der Sitz des Unternehmens befindet. Jede Partei trägt die Kosten für ihren eigenen Sachverständigen und die Hälfte der Kosten für den dritten Sachverständigen. Die Entscheidungen werden durch Mehrheitsbeschluss unter Verzicht auf alle rechtlichen Formalitäten getroffen und sind für die Parteien verbindlich, die ab sofort auf jegliche Berufung verzichten, außer in Fällen von Gewalt, Betrug, Irrtum oder Verletzung vertraglicher Vereinbarungen.

In jedem Fall haben die Parteien oder eine von ihnen das Recht, sich zum Schutz ihrer Rechte unmittelbar an die Justizbehörden zu wenden.

Art. 8 - RECHT - GERICHTSBARKEIT

Die Parteien vereinbaren, dass dieser Vertrag durch das italienische Recht geregelt wird. Die Parteien vereinbaren außerdem, dass alle Streitigkeiten, die sich aus diesem Vertrag ergeben, der italienischen Gerichtsbarkeit unterliegen.

Art. 9 - ERGÄNZUNG DER UNTERLAGEN DER SCHADENSFALLMELDUNG

Der Versicherte erkennt an und räumt Nobis Compagnia di Assicurazioni ausdrücklich das Recht ein, zur Erleichterung der Schadensregulierung weitere Unterlagen im Vergleich zu den in der jeweiligen Garantie/Leistung angegebenen Unterlagen anzufordern.

Die Nichtvorlage der Unterlagen zum konkreten Fall kann zum vollständigen oder teilweisen Verfall des Erstattungsanspruchs führen.

Art. 10 - PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich:

- für den Fall, dass die Vereinbarungen mit dem Unternehmen einen automatischen obligatorischen Einschluss aller Reisenden vorsehen, alle Kunden, die eine vom Unternehmen organisierte Reise kaufen, mit dieser Police zu versichern;
- für den Fall, dass die Vereinbarungen mit dem Unternehmen das Recht des Reisenden vorsehen, dem durch den vorliegenden Vertrag angebotenen Versicherungsschutz beizutreten, die vorliegende Police allen seinen Kunden anzubieten;
- allen Versicherten in gedruckter oder elektronischer Form und vor Vertragsabschluss das "Informationspaket" einschließlich des "Policenscheins" und des "Fragebogens zur Ermittlung der Erfordernisse des Versicherten" in Bezug auf diesen Vertrag zur Verfügung zu stellen;
- in den Katalogen und/oder auf den Websites den in dieser Police vorgesehenen Versicherungsschutz zu veröffentlichen, vorbehaltlich der Annahme der Texte durch das Unternehmen.

Art. 11 - KUMULIERUNGSKLAUSEL

Es wird vereinbart, dass im Falle eines Ereignisses, das mehr als einen beim Unternehmen Versicherten betrifft, die maximale Auszahlung durch die Gesellschaft € 1.000.000,00 pro Ereignis nicht übersteigt, es sei denn, dies ist in der Unfallversicherung vorgesehen.

Übersteigen die nach dem Vertrag zu liquidierenden Beträge die oben angegebenen Grenzen, so werden die jedem Versicherten zustehenden Entschädigungen anteilig gekürzt.

Art. 12 - NICHTZAHLUNG/TEILWEISE NICHTZAHLUNG DER PRÄMIE

Zahlt der Versicherungsnehmer die bei Vertragsabschluss fällige Prämie oder zwei oder mehrere nachfolgende Prämienraten nicht innerhalb der vereinbarten Fristen oder den abzurechnenden Teil der variablen Prämie nicht in der vorgesehenen Art und Weise und innerhalb der vorgesehenen Fristen oder unterlässt er jegliche Mitteilung bezüglich der variablen Daten oder macht er qualitativ und quantitativ unvollständige Mitteilungen oder kommt er mit den vorgesehenen Vertragsbedingungen in Verzug, so hat das Unternehmen das Recht, per Einschreiben mit Rückschein die Aussetzung der Wirkungen des Versicherungsschutzes zu erklären, (mit Ausnahme der in der Garantie "Betreuung der Person" angegebenen Leistungen, sofern vorgesehen) ab dem Datum des Erhalts der besagten Mitteilung in Verzug setzen und, sollte diese Nichterfüllung innerhalb von 15 Tagen nach Erhalt der besagten Mitteilung andauern, unter den gleichen Bedingungen die Kündigung des Vertrags erklären, was eine schwerwiegende Nichterfüllung der gemäß Art. 1455 ff. des Zivilgesetzbuches darstellt, unbeschadet aller anderen Rechte, einschließlich des Ersatzes des erlittenen Schadens. Die Aussetzung und/oder Beendigung der Wirkungen des vorliegenden Vertrages ist nicht nur für den Versicherungsnehmer, sondern auch für den Versicherten wirksam, und letzterer wird vom Versicherungsnehmer ordnungsgemäß über diesen Umstand informiert, wodurch der Versicherungsnehmer und das Unternehmen von allen Nachteilen befreit werden, die sich aus der Nichtbeachtung dieser Verpflichtung ergeben können. Für den Fall, dass die Variablen Daten für die Anpassung nicht mitgeteilt werden oder die Anpassungsprämie nicht innerhalb der vereinbarten Fristen gezahlt wird, wird, unbeschadet der Aussetzung des Versicherungsschutzes, ausdrücklich vereinbart, dass jeder Schadensfall, der in dem Zeitraum eintritt, auf den sich die Nichtanpassung bezieht, vom Unternehmen gegenüber dem Versicherungsnehmer und/oder dem Versicherten nicht entschädigt und/oder reguliert wird.

Ebenso behält sich das Unternehmen für den Fall, dass auf den Eintritt eines der in diesem Artikel vorgesehenen Ereignisse keine sofortige und vollständige Begleichung der Schuldenposition des Versicherungsnehmers folgt, das Recht vor, Schadensfälle im Verhältnis zu den tatsächlich registrierten Einnahmen zu begleichen.

Art. 13 - AUSWIRKUNGEN GEGENÜBER DEM VERSICHERTEN

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, den Versicherten bei der Annahme der Police darüber zu informieren, dass der Versicherungsschutz aus dem vorliegenden Vertrag vom Unternehmen zusätzlich zu den in den geltenden Gesetzen vorgesehenen Fällen bei Eintritt der in Art. 12 vorgesehenen Fälle ausgesetzt wird, d.h. z.B. wenn der Versicherungsnehmer keine Mitteilung in Bezug auf die variablen Daten macht und/oder qualitativ und quantitativ unvollständige Angaben macht oder mit der Einhaltung der vertraglich vorgesehenen Fristen im Verzug ist, und dass das Unternehmen die Kündigung des

Vertrages im Falle einer anhaltenden Vertragsverletzung erklären kann. Dies gilt auch bei Nichtzahlung der Prämie und/oder der aufeinanderfolgenden Prämienraten zu den vorgesehenen monatlichen Fälligkeitsterminen oder der als Saldo fälligen Beträge durch den Versicherungsnehmer und in jedem Fall in allen Fällen, in denen der Versicherungsnehmer mit den Verpflichtungen aus diesem Vertrag in Verzug ist.

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich außerdem, den Versicherten über die Bestimmungen des letzten Absatzes des vorhergehenden Artikels zu informieren und das Unternehmen von allen Forderungen und/oder Beschwerden, die vom Versicherten eingehen könnten, schadlos zu halten.

Art. 14 - ANGABEN ZUR GARANTIE "REISESTORNIERUNG"

(der Artikel gilt nur, wenn die Garantie in der Police vorgesehen ist)

Bei Eintritt eines der in Art. 12 genannten Ereignisse verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, das Unternehmen von allen Ansprüchen - auch finanzieller Art - schadlos zu halten, die von seinen Kunden im Falle eines Antrags auf Aktivierung der Garantie "Reisestornierung" geltend gemacht werden können, da die Schadensfälle, die diese Garantie betreffen, ihren direkten und ausschließlichen Ursprung in der Anwendung des Strafgeldes für den Rücktritt vom Reisevertrag durch den Versicherungsnehmer haben.

Art. 15 - AUSSCHLÜSSE UND GRENZEN, DIE FÜR ALLE GARANTIEN GELTEN

Alle Leistungen sind nicht zahlbar für Ansprüche, die sich ergeben aus:

- Kriegszustand, Revolution, Aufruhr oder Volksbewegungen, Plünderungen, Vandalismus, Streiks;
- Terrorakte, mit Ausnahme der Garantien "Betreuung" und "Heilkosten" sowie der Bestimmungen für die Garantie "Reisestornierung";
- Erdbeben, Tsunamis, Flutwellen, Überschwemmungen, Hochwasser, Vulkanausbrüche und andere atmosphärische Phänomene, die zu Naturkatastrophen erklärt werden, sowie Phänomene, die im Zusammenhang mit der Energieumwandlung oder -anpassung des Atoms auftreten, unabhängig davon, ob sie natürlich oder künstlich verursacht sind;
- Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit seitens des Versicherungsnehmers oder des Versicherten;
- Reisen, die gegen ärztlichen Rat oder in jedem Fall mit Krankheiten in einer akuten Phase oder zum Zweck einer medizinischen/chirurgischen Behandlung unternommen werden;
- Reisen in ein Gebiet, in dem ein (auch vorübergehendes) Verbot oder eine Beschränkung durch eine zuständige Behörde in Kraft ist;
- extreme Fahrten in abgelegene Gebiete, die nur mit speziellen Rettungsgeräten erreicht werden können;
- Verschmutzung jeglicher Art, Versickerung, Verunreinigung der Luft, des Wassers, des Bodens, des Untergrunds oder sonstige Umweltschäden;
- Konkurs des Beförderers, des Reiseveranstalters oder eines Lieferanten;
- Fehler oder Auslassungen bei der Buchung oder die Unmöglichkeit, ein Visum oder einen Reisepass zu erhalten;
- Selbstmord oder Selbstmordversuch;
- Krankheiten mit Symptomen, die zum Zeitpunkt des Abschlusses der Police für die Garantie "Reisestornierung" und der Abreise der Reise für die Garantien "Erstattung der Heilkosten" und "Betreuung der Person" vorhanden sind"
- Erkrankungen aufgrund von Komplikationen in der Schwangerschaft nach der 24. Woche;
- freiwillige Unterbrechung der Schwangerschaft, Organentnahme und/oder Transplantation;
- nicht-therapeutischer Gebrauch von Drogen oder Betäubungsmitteln, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, HIV-bedingte Krankheiten, AIDS, Geistesstörungen und psychische Störungen im Allgemeinen, einschließlich psychotisches und/oder neurotisches Verhalten;
- Pandemien und/oder Epidemien und/oder Maßnahmen der Behörden (einschließlich der Gesundheitsbehörden),
 wobei ausdrücklich klargestellt wird, dass dieser Ausschluss nicht in Bezug auf Ereignisse gilt, die in direktem
 Zusammenhang mit dem derzeit zirkulierenden und als "Covid-19" bekannten Virus stehen.
- Annullierung der Reise aufgrund von Verkehrsbeschränkungen, die den Wohnort und/oder den Abfahrtsort und/oder den Transitort und/oder den Zielort der vom Versicherten gekauften Reise betreffen, die zu einer Rückerstattung oder Ausstellung von Gutscheinen durch den Beförderer führen können;
- Freiwillige Quarantäne und/oder nicht aufgrund von Umständen, für die das Gesetz die Durchführung vorschreibt;
- Ausüben von Sportarten wie Bergsteigen mit Aufstiegen über dem dritten Grad, Freeclimbing (Freies Klettern), Sprungschanzenspringen mit Skiern oder Wasserski, Akrobatik- und Extremskifahren, Bogenschießen, Radfahren, Höhlenklettern, Skitouren abseits der Pisten, Freestyle-Skiing, Wasserski, Bobfahren, Flusskanufahren über dem dritten Grad, Stromschnellenabfahrten, Rafting, Canyoning, Kite-Surfen, Hydrospeed, Bungee-Jumping, Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Luftsportarten im Allgemeinen, Boxen, Ringen, Kampfsportarten, Boxen, American Football, Beach-Soccer, Snowboarding, Rugby, Eishockey, Tauchen, Schwerathletik, Reitsport, Karting, Jetski, Schneemobil, Trekking in Höhen über 3000 Meter über dem Meeresspiegel, Jagd, Schießen mit Gewehren;
- Tollkühne Handlungen;
- sportliche Aktivitäten, die beruflich ausgeübt werden, und/oder die Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen oder Wettbewerben, einschließlich Tests und Trainings, die unter der Schirmherrschaft von Verbänden durchgeführt werden;
- Motorrad-, Motorboot- und Wasserfahrzeugrennen oder -veranstaltungen, einschließlich Jet-Skis,
 Schneemobilen und damit verbundenen Tests und Trainings;
- Infektionskrankheiten, bei denen eine Hilfeleistung aufgrund nationaler oder internationaler Gesundheitsvorschriften nicht möglich ist;
- Entbindung (Früh-, vorzeitige oder sonstige Entbindung) während der Reise;
- Durchführung von Tätigkeiten, die den direkten Einsatz von Sprengstoffen oder Schusswaffen beinhalten;
- Ereignisse in Ländern, die sich im Kriegszustand befinden, machen es unmöglich, Hilfe zu leisten.

Diese Police ist nur gültig, wenn sie (in ergänzender Form) mit dem Verkauf einer vom Versicherungsnehmer durchgeführten Reise verbunden ist

Die Ausstellung von mehr als eine Anwendung zur Garantie desselben Risikos ist nicht zulässig, um die Höchstbeträge der spezifischen Garantien und der vertraglich vorgesehenen Risikokumulierungen zu erhöhen.

Der Beitritt zur vorliegenden Police kann in keiner Weise zur Verlängerung eines bereits laufenden Risikos (d.h. der Reise) ausgestellt werden und es wird ausdrücklich vereinbart, dass der Beitritt zur vorliegenden Police vor Beginn der Reise erfolgen muss. Erfolgt die Ausstellung nach dem Abreisedatum, werden der Vertrag und die ausgestellte Einzelanwendung als nichtig betrachtet und das Unternehmen erstattet die Versicherungsprämie.

Ausgeschlossen sind alle Schadensfälle, die sich auf Ereignisse beziehen, die außerhalb des Zeitraums der Inanspruchnahme der touristischen Leistung des Reiseveranstalters, der der Versicherungsnehmer dieser Police ist, liegen.

In Bezug auf den Verkauf von reinen Beförderungsleistungen gilt diese Versicherung nur für den Zeitraum zwischen dem auf der Beförderungsurkunde angegebenen Abfahrtsdatum und dem Rückreisedatum und in jedem Fall innerhalb der in der Anwendung angegebenen Höchstgrenze und mit einer Höchstdauer von fünfzehn aufeinanderfolgenden Tagen.

Hinsichtlich der Garantie "Reisestornierung" sind die Schadensfälle in Bezug auf Versicherungsdeckung von touristischen Dienstleistungen, die nicht beim Versicherungsnehmer, der die Anwendung ausgestellt hat, erworben wurden, ausgeschlossen.

Hinsichtlich der Garantie "Reisestornierung" sind die Schadensfälle in Bezug auf Versicherungsabdeckung von Dienstleistungen, die nicht Bestandteil der Reisebuchung sind, ausgeschlossen.

Die Garantien werden in der Antarktis und im Antarktischen Ozean sowie in Ländern, die sich in einem erklärten oder faktischen Kriegszustand befinden, nicht gewährt. Zu diesen Ländern zählen die im Bericht von JCC Global Cargo auf der Website https://watchlists.ihsmarkit.com angegebenen Länder, die zum Zeitpunkt der Abfahrt eine Risikostufe von "4.0" oder höher aufweisen. Länder gelten auch dann als im erklärten oder faktischen Kriegszustand befindlich, wenn der Kriegszustand öffentlich bekannt gemacht worden ist.

ABSCHNITT III - VON DER VERSICHERUNG ANGEBOTENE GARANTIEN

Dieser Abschnitt ist in 11 Hauptkapitel unterteilt (Heilkosten - Krankenhaustagegeld - Genesungsgeld - Betreuung der Person - Gepäck - Reisestornierung All risk - Unfälle - Betreuung des Fahrzeugs - Häusliche Betreuung für zu Hause bleibende Familienmitglieder - Reiseunterbrechung aufgrund von Quarantäne oder Isolation - Wohnungsbetreuung), die die von dieser Versicherung abgedeckten Garantien einschließlich der jeweiligen Leistungen, Grenzen und Ausschlüsse regeln. Die Garantien sind gültig und wirksam, wenn die entsprechende Prämie gezahlt wurde.

KAPITEL 1 - HEILKOSTEN

Art. 1.1 - GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Im Rahmen des in der Police angegebenen Höchstbetrages pro Versicherten (d.h. € 5.000,00) werden die nachgewiesenen und dokumentierten Heilkosten erstattet, die dem Versicherten während der Reise für dringende, nicht aufschiebbare und unvorhersehbare Behandlungen oder Eingriffe entstanden sind, die während der Gültigkeitsdauer der Garantie aufgetreten sind. Die Garantie umfasst:

- Kosten für Krankenhausaufenthalt;
- Operationskosten und Arzthonorare als Folge von Krankheit oder Unfall;
- Kosten für ambulante ärztliche Untersuchungen, diagnostische Feststellungen und Laboruntersuchungen (sofern sie im Zusammenhang mit der gemeldeten Erkrankung oder Verletzung stehen) bis zu einem Höchstbetrag von 1.500,00 €;
- Kosten für Arzneimittel, die vom behandelnden Arzt vor Ort verordnet werden (sofern sie im Zusammenhang mit der gemeldeten Erkrankung oder Verletzung stehen), bis zu einem Höchstbetrag von € 1.000,00;
- Heilkosten, die an Bord des Schiffes entstanden sind, bis zu einem Höchstbetrag von 800,00 €;
- Kosten für dringende zahnärztliche Behandlungen, nur nach einem Unfall, bis zu 200,00 € je Versicherten;
- Transportkosten vom Unfallort zur nächstgelegenen medizinischen Einrichtung, bis zu 5.000,00 €.

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts oder einer tagesklinischen Behandlung nach einem Unfall oder einer Krankheit, die gemäß der Police entschädigungsfähig sind, sorgt die Einsatzzentrale auf Anforderung des Versicherten für die direkte Übernahme der Heilkosten. In Fällen, in denen das Unternehmen die direkte Zahlung nicht leisten kann, werden die Kosten gemäß den Bedingungen der Police erstattet, sofern sie von der vorab kontaktierten Einsatzzentrale genehmigt wurden. Die Überschreitung der in der Police vorgesehenen Höchstbeträge und die entsprechenden Selbstbehalte gehen jedoch zu

Die Überschreitung der in der Police vorgesehenen Höchstbeträge und die entsprechenden Selbstbehalte gehen jedoch zu Lasten des Versicherten, der sie direkt vor Ort bezahlen muss.

Für Beträge, die € 1.000,00 übersteigen, muss der Versicherte eine vorherige Genehmigung bei der Einsatzzentrale beantragen. Heilkosten, die in Italien ausschließlich aufgrund von Unfällen während der Reise entstehen, werden bis zu € 1.000,00 erstattet, sofern sie innerhalb von 30 Tagen nach der Rückkehr anfallen.

Der Versicherungsschutz umfasst immer den Organisierten Krankentransport gemäß Art. 4.10 und die Rückkehr des rekonvaleszenten Reisenden gemäß Art. 4.16.

Art. 1.2 - SELBSTBEHALT UND UNTERDECKUNG

Es wird kein Selbstbehalt angewandt.

Für Schadensfälle mit einem Betrag von mehr als € 1.000,00 wird bei fehlender Genehmigung durch die Einsatzzentrale eine Unterdeckung in Höhe von 25 % des zu erstattenden Betrags, mindestens jedoch € 70,00, erhoben.

Es bleibt vereinbart, dass für Beträge, die € 1.000,00 übersteigen, keine Erstattung erfolgt, wenn der Versicherte nicht in der Lage ist, die Zahlung der entstandenen Heilkosten per Banküberweisung oder Kreditkarte nachzuweisen.

Art. 1.3 - SPEZIFISCHE AUSSCHLÜSSE UND GRENZEN FÜR DIE GARANTIE "HEILKOSTEN"

Zusätzlich zu den Ausschlüssen, die in den gemeinsamen Regeln der Garantien vorgesehen sind, sind die Kosten für Physiotherapie, Krankenpflege, thermische Behandlungen, Schlankheitskuren und für die Beseitigung von angeborenen körperlichen Defekten ausgeschlossen; die Kosten im Zusammenhang mit Brillen, Kontaktlinsen, Prothesen und therapeutischen Geräten und die Kosten im Zusammenhang mit Eingriffen oder Anwendungen ästhetischer Art. Nicht versichert sind Aufwendungen für freiwillige Schwangerschaftsunterbrechungen sowie Leistungen und Therapien im Zusammenhang mit Fruchtbarkeit und/oder Sterilität und/oder Impotenz.

Darüber hinaus sind die Kosten ausgeschlossen, wenn der Versicherte den Krankenhausaufenthalt (einschließlich Tagesklinik) oder die Notaufnahmeleistung nicht bei der Einsatzzentrale gemeldet hat;

Wenn der Versicherte beabsichtigt, ein Krankenhaus/eine medizinische Einrichtung in Anspruch zu nehmen, die nicht zum Partnernetz der Gesellschaft gehört, darf der maximale Aufwand von Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. € 300.000,00 nicht überschreiten, unbeschadet der in der Police angegebenen Höchstgrenze (d.h. € 5.000,00).

In Italien, wenn der Versicherte den staatlichen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt, gilt die Garantie für alle Kosten oder Kostenüberschreitungen, die zu Lasten des Versicherten gehen. Die Deckung der Heilkosten gilt für einen Zeitraum, der insgesamt 110 Tage Krankenhausaufenthalt nicht überschreitet.

Es bleibt vereinbart, dass im Falle eines der im vierten und fünften Absatz von Art. 4.28 vorgesehenen Fälle kein weiterer Antrag auf Heilkosten von der Gesellschaft übernommen wird.

KAPITEL 2 - KRANKENHAUSTAGEGELD NACH COVID-19-INFEKTION

Dieser Versicherungsschutz gilt nach einer Infektion mit COVID-19, sofern die Diagnose im Verlauf der Reise gestellt wird und die Infektion zu einer anschließenden Einweisung in eine medizinische Einrichtung führt.

Art. 2.1 - GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Gemäß und im Rahmen der Versicherungsbedingungen gewährt das Unternehmen eine pauschale Entschädigung für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes als direkte und ausschließliche Folge einer vom Versicherten erlittenen Infektion mit COVID-19 (sog. Coronavirus), unabhängig von den entstandenen Kosten, in Höhe der unten angegebenen Leistung:

Art. 2.2 - LEISTUNG

Wenn der Krankenhausaufenthalt des Versicherten länger als 5 Tage dauert, zahlt das Unternehmen für jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts (d.h. ab dem sechsten Tag des Krankenhausaufenthalts) einen Betrag in Höhe von 100,00 Euro für eine maximale Anzahl von 10 Tagen. Als Folge des Vorstehenden darf daher die Höchstsumme, die für jeden Versicherten während der Gültigkeit der Police zu zahlen ist, € 1.000,00 nicht überschreiten.

KAPITEL 3 - GENESUNGSGELD

Dieser Versicherungsschutz gilt nach einer Infektion mit COVID-19, sofern die Diagnose im Verlauf der Reise gestellt wird und die Infektion zu einer anschließenden Einweisung in eine medizinische Einrichtung innerhalb einer Intensivstation führt.

Art. 3.1 - GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Die Gesellschaft zahlt dem Versicherten ein festes und im Voraus festgelegtes Genesungsgeld in Höhe von € 1.500,00 zum Zeitpunkt der Entlassung des Versicherten aus der Intensivstation der Gesundheitseinrichtung, in die er nach der COVID-19-Infektion eingeliefert wurde. Die vorliegende Leistung kommt nur dann zum Tragen, wenn der Versicherte während des oben genannten Krankenhausaufenthaltes in eine Intensivstation eingewiesen wurde, was aus den ärztlichen Unterlagen hervorgeht, die zum Zeitpunkt der Antragstellung vollständig vorzulegen sind.

KAPITEL 4 - BETREUUNG DER PERSON

Die in der Garantie "Betreuung der Person" enthaltenen Dienstleistungen werden unentgeltlich angeboten.

Art. 4.1 - GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Das Unternehmen verpflichtet sich, dem Versicherten im Rahmen der in der Police vereinbarten Grenzen die versicherte Leistung durch den Einsatz von Personal und Geräten der Einsatzzentrale unverzüglich zur Verfügung zu stellen, wenn sich der Versicherte infolge des Eintritts eines zufälligen und zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nicht vorhersehbaren Ereignisses in Schwierigkeiten befindet. Die Beihilfe kann aus Geld- oder Sachleistungen bestehen.

Art. 4.2 - ÄRZTLICHE BERATUNG PER TELEFON

Wenn es nach einer Erkrankung oder Verletzung notwendig ist, den Gesundheitszustand des Versicherten festzustellen, stellt das Unternehmen den Medizinischen Dienst der Einsatzzentrale für die notwendigen Kontakte oder Überprüfungen zur Verfügung, um den ersten medizinischen Notfall zu bewältigen.

Art. 4.3 - ENTSENDUNG EINES ARZTES IN ITALIEN IN NOTFÄLLEN

Wenn der Versicherte während seiner Reise in Italien einen Arzt benötigt und diesen nicht finden kann, stellt das Unternehmen dem Versicherten über die Einsatzzentrale nachts (von 20.00 bis 8.00 Uhr) sowie an Samstagen und Sonn-/Feiertagen rund um die Uhr einen eigenen ärztlichen Dienst zur Verfügung, der die Verfügbarkeit von Allgemeinmedizinern garantiert, die im Moment der Anfrage bereit sind, einzugreifen. Nach einem Anruf bei der Einsatzzentrale und nach einer ersten telefonischen Diagnose mit dem internen Bereitschaftsarzt schickt das Unternehmen den angeforderten Arzt kostenlos.

Ist ein Arzt nicht sofort verfügbar und machen es die Umstände erforderlich, organisiert das Unternehmen auf eigene Kosten die Überführung des Patienten in eine Notaufnahme mit einem Krankenwagen.

Art. 4.4 - ENTSENDUNG EINES KINDERARZTES IN NOTFÄLLEN

Wenn der Versicherte während des Aufenthalts in Italien einen Kinderarzt benötigt und keinen finden kann, schickt das Unternehmen über die Einsatzzentrale nach einer ersten telefonischen Diagnose mit dem internen Bereitschaftsarzt den Kinderarzt kostenlos an den Wohnsitz des Versicherten.

Diese Leistung ist nur 1-mal während des Versicherungszeitraums gültig.

Ist ein Arzt nicht sofort verfügbar und machen es die Umstände erforderlich, organisiert das Unternehmen auf eigene Kosten die Überführung des Patienten in eine Notaufnahme mit einem Krankenwagen.

Art. 4.5 - PSYCHOLOGISCHE BERATUNG IM FALLE EINER COVID-19-INFEKTION

Die Einsatzzentrale stellt von Montag bis Freitag in der Zeit von 9.00 bis 18.00 Uhr eigenes, auf psychologische Beratung spezialisiertes Personal zur Verfügung, damit der Versicherte eine erste Unterstützung und die geeignetsten Hinweise zur Bewältigung seiner eigenen psychischen Notlage oder der seiner Familienmitglieder erhalten kann.

Die Leistung gilt nur bei einem Krankenhausaufenthalt nach einer Infektion mit COVID-19.

Art. 4.6 - ZWEITMEINUNG IM FALLE EINER COVID-19-INFEKTION

Die Einsatzzentrale stellt rund um die Uhr einen eigenen ärztlichen Bereitschaftsdienst zur Verfügung, damit der Versicherte eine Kopie seiner medizinischen Unterlagen einsenden und vom Unternehmen, auch mit Unterstützung von Fachärzten der vertragsgebundenen Einrichtungen, eine zweite Meinung über den durchgeführten Diagnose- und Therapieverlaufe inholen kann. Die Leistung gilt nur bei einem Krankenhausaufenthalt nach einer Infektion mit COVID-19.

Art. 4.7 - INFORMATION ÜBER NOTRUFNUMMERN IM FALLE EINER COVID-19-INFEKTION

Das Unternehmen wird über seine 24-Stunden-Einsatzzentrale und auf Anfrage des Versicherten die von den Behörden eingerichteten Telefonnummern für das Management von Ereignissen im Zusammenhang mit der Covid-19-Ansteckung (sog. Coronavirus) und für die entsprechenden Meldungen telefonisch mitteilen.

Art. 4.8 - ANGABE EINES ARZTES IM AUSLAND

Wenn sich nach einer ärztlichen Konsultation (siehe Service "Ärztliche Beratung per Telefon") die Notwendigkeit ergibt, dass sich der Versicherte einer ärztlichen Untersuchung unterziehen muss, wird die Einsatzzentrale einen Arzt in dem Gebiet angeben, in dem sich der Versicherte befindet, vorbehaltlich der örtlichen Verfügbarkeit.

Art. 4.9 - ÜBERWACHUNG DES KRANKENHAUSAUFENTHALTES

Liegt der Versicherte im Krankenhaus, steht der Medizinische Dienst der Einsatzzentrale als Anlaufstelle für Mitteilungen und Aktualisierungen des Krankheitsverlaufs an die Familienangehörigen des Versicherten zur Verfügung.

Art. 4.10 - ORGANISIERTER KRANKENTRANSPORT

Nach einem Unfall oder einer Krankheit des Versicherten, die ein Gebrechen oder eine Verletzung mit sich bringen, die nicht vor Ort behandelt werden können oder die Gertsetzung der Reise und/oder des Aufenthalts verhindern, organisiert der medizinische Dienst der Einsatzzentrale nach eventueller Rücksprache mit dem Arzt vor Ort und, falls erforderlich/möglich, mit dem Hausarzt - nach Erhalt einer vor Ort ausgestellten medizinischen Dokumentation, die die Art der Pathologie bescheinigt den Krankentransport oder die medizinische Wiedereinreise. Je nach Schwere des Falles wird der Versicherte in das für seinen Gesundheitszustand am besten geeignete Krankenhaus transportiert oder an seinen Wohnort zurückgebracht.

Nach dem Urteil des medizinischen Dienstes der Einsatzzentrale kann der Krankentransport mit folgenden Mitteln organisiert werden:

- Ambulanzflugzeug - Verkehrsflugzeug - Schlafwagen - Liegewagen 1. Klasse - Krankenwagen - andere als geeignet erachtete Mittel.

Wenn es die Umstände erforderlich machen, wird der Transport in Begleitung von medizinischem und/oder paramedizinischem Personal der Einsatzzentrale durchgeführt.

Die Rückreise aus außereuropäischen Ländern (d.h. alle Länder außerhalb Kontinentaleuropas einschließlich der Besitzungen, Territorien und Überseedepartements), mit Ausnahme der Länder des Mittelmeerraumes, erfolgt ausschließlich per Verkehrsflugzeug. Die Leistungen werden nicht fällig, wenn der Versicherte oder seine Familienangehörigen gegen den Rat des medizinischen Personals der Einrichtung, in der der Versicherte stationär behandelt wird, freiwillig den stationären Aufenthalt beenden.

Art. 4.11 - RÜCKKEHR DER FAMILIENANGEHÖRIGEN ODER DES REISEBEGLEITERS

Im Falle des Krankentransports des Versicherten, des Leichentransports und der Rückführung des Rekonvaleszenten organisiert die Einsatzzentrale und übernimmt das Unternehmen die Rückführung (Flugzeug der Touristenklasse oder Zug der 1. Klasse) der Familienmitglieder, sofern diese versichert sind, oder eines Reisebegleiters. Die Leistung wird erbracht, wenn der Versicherte nicht in der Lage ist, die in seinem Besitz befindlichen Reisedokumente zu verwenden.

Art. 4.12 - TRANSPORT DES LEICHNAMS

Wenn der Versicherte während seiner Reise und/oder seines Aufenthalts verstirbt, organisiert die Einsatzzentrale die Überführung des Leichnams, wobei die erforderlichen Formalitäten erledigt und die notwendigen und unerlässlichen **Kosten** (Obduktion, Transportdokumente für den Sarg) bis zum Bestattungsort im Land des Wohnsitzes des Versicherten übernommen werden. Such-, Bestattungs- und eventuelle Bergungskosten sind jedoch von der Garantie ausgeschlossen.

Art. 4.13 - REISE EINES FAMILIENMITGLIEDS IM FALLE EINES KRANKENHAUSAUFENTHALTS

Bei einem Krankenhausaufenthalt des Versicherten von mehr als 5 Tagen organisiert die Einsatzzentrale die Hin- und Rückreise (Flugzeug der Touristenklasse oder Zug der 1. Klasse) und die Unterkunftskosten bis zu einem Betrag von € 100,00 pro Tag und für maximal 10 Tage für ein Familienmitglied oder eine andere vom Versicherten benannte Person und das Unternehmen übernimmt die Kosten.

Die Leistung wird nur erbracht, wenn kein anderes erwachsenes Familienmitglied bereits vor Ort anwesend ist.

Art. 4.14 - BETREUUNG VON MINDERJÄHRIGEN

Wenn der Versicherte aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls nicht in der Lage ist, sich um seine minderjährigen, mit ihm reisenden Kinder zu kümmern, stellt die Einsatzzentrale einem Familienmitglied oder einer anderen vom Versicherten oder ggf. seinem Ehepartner benannten Person ein Hin- und Rückflugticket in einem Zug der ersten Klasse oder einem Flugzeug der Touristenklasse zur Verfügung, um die Minderjährigen zu erreichen und nach Hause zu bringen.

Die Leistung wird nur erbracht, wenn kein anderes erwachsenes Familienmitglied bereits vor Ort anwesend ist.

Art. 4.15 - ÜBERNAHME DER KOSTEN FÜR DIE ÜBERFÜHRUNG EINES FAMILIENMITGLIEDS ODER REISEBEGLEITERS IM FALLE EINES KRANKENHAUSAUFENTHALTS

Die Einsatzzentrale sorgt für ein Familienmitglied des Versicherten oder einen Reisebegleiter, die ebenfalls versichert sind, dafür, den Transfer vom Hotel zur medizinischen Einrichtung und umgekehrt zu organisieren, wenn der Versicherte im Krankenhaus liegt, und das Unternehmen übernimmt die Transferkosten bis zu einem Höchstbetrag von € 300,00.

Art. 4.16 - RÜCKKEHR EINES REKONVALESZENTEN REISENDEN

Wenn der Gesundheitszustand des Versicherten ihn daran hindert, mit den ursprünglich vorgesehenen Mitteln an seinen Wohnsitz zurückzukehren, organisiert die Einsatzzentrale und übernimmt das Unternehmen - nach Erhalt eines vor Ort ausgestellten ärztlichen Dokuments, das die Art der Pathologie bescheinigt - die Kosten für das Rückflugticket (mit dem Flugzeug der Touristenklasse oder dem Zug der 1. Klasse).

Die Leistung wird erbracht, wenn der Versicherte nicht in der Lage ist, die in seinem Besitz befindlichen Reisedokumente zu verwenden.

Art. 4.17 - VERLÄNGERUNG DES AUFENTHALTS

Die Einsatzzentrale übernimmt für den Versicherten, seine Familienangehörigen oder Reisebegleiter, die ebenfalls versichert sind, die logistische Organisation für die Übernachtung, die durch eine Verlängerung des Aufenthalts aufgrund einer Krankheit oder Verletzung des Versicherten verursacht wird, auf der Grundlage eines regulären ärztlichen Attests, das Unternehmen übernimmt die Kosten für die Übernachtung bis zu einem Maximum von 10 Tagen und in jedem Fall innerhalb der Grenze von € 100,00 pro Tag.

Art. 4.18 - DRINGENDE ENTSENDUNG VON ARZNEIMITTELN INS AUSLAND

Die Einsatzzentrale sorgt, soweit möglich und unter Einhaltung der Vorschriften für den Transport von Arzneimitteln und nur infolge eines zufälligen Ereignisses, eines Unfalls oder einer Krankheit, für die Weiterleitung von Arzneimitteln an den Bestimmungsort, die für die Fortsetzung einer laufenden Therapie unentbehrlich sind, für den Fall, dass es dem Versicherten, da er nicht über diese Arzneimittel verfügen kann, nicht möglich ist, sie vor Ort zu beschaffen oder gleichwertige Arzneimittel zu erhalten. Auf jeden Fall bleiben die Kosten dieser Arzneimittel zu Lasten des Versicherten.

Art. 4.19 - BEREITSTELLUNG EINES DOLMETSCHERS IM AUSLAND

Die Einsatzzentrale organisiert im Falle der Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes im Ausland oder eines Gerichtsverfahrens gegen den Versicherten wegen im Ausland begangener schuldhafter Handlungen, und zwar beschränkt auf die Länder, in denen eigene Korrespondenten präsent sind, die Hinzuziehung eines Dolmetschers und das Unternehmen übernimmt die Kosten bis zu € 1.000,00.

Art. 4.20 - VORSCHUSS AUF LEBENSNOTWENDIGE AUSGABEN

Wenn dem Versicherten durch besonders schwerwiegende und nachgewiesene Ereignisse unvorhergesehene Ausgaben entstehen, sorgt die Einsatzzentrale für die Bezahlung von Rechnungen "vor Ort" oder für einen Geldvorschuss an den Versicherten bis zu einem Betrag von € 8.000,00 gegen eine Bürgschaft, die im Land von einem Dritten mit sofortiger Deckung des Kredits gestellt werden kann.

Art. 4.21 - VORGEZOGENE RÜCKREISE

Die Einsatzzentrale organisiert und das Unternehmen übernimmt die Ticketkosten für die vorzeitige Rückkehr (Flugzeug in der Touristenklasse oder Zug in der 1. Klasse) des Versicherten an seinen Wohnsitz nach dem Tod oder der unmittelbaren Lebensgefahr ausschließlich eines der folgenden Familienmitglieder: Ehepartner, Sohn/Tochter, Bruder/Schwester, Eltern, Schwiegervater, Schwiegersohn, Schwiegertochter, Großeltern, Tanten, Onkel und Neffen bis zum dritten Verwandtschaftsgrad, Schwäger im Wohnsitzland.

Sollte es nicht möglich sein, eine sofortige Beurteilung des Falles vorzunehmen, um das tatsächliche Vorhandensein einer unmittelbaren Lebensgefahr zu überprüfen, behält sich das Unternehmen das Recht vor, den Betrag der Reisetickets nach Prüfung der vom Versicherten vorgelegten Unterlagen, die die Rückführbarkeit des Falles auf den Versicherungsfall belegen, zu erstatten.

Die Leistung gilt auch für Sachschäden am Haupt- oder Nebenwohnsitz, am Freiberuflerbüro oder am Unternehmen der versicherten Person, wenn die Anwesenheit der versicherten Person unerlässlich und unaufschiebbar ist. Falls der Versicherte das Fahrzeug verlassen muss, um vorzeitig nach Hause zurückzukehren, stellt das Unternehmen dem Versicherten ein Flugoder Bahnticket zur Verfügung, um das Fahrzeug später abzuholen. Die Leistungen werden erbracht, wenn der Versicherte nicht in der Lage ist, die in seinem Besitz befindlichen Reisedokumente zu verwenden.

Art. 4.22 - TELEFONISCHE/TELEGRAPHISCHE KOSTEN

Das Unternehmen übernimmt die nachgewiesenen Kosten für die Kontaktaufnahme mit der Einsatzzentrale bis zu einem Betrag von € 100,00.

Art. 4.23 - ÜBERTRAGUNG DRINGENDER NACHRICHTEN

Ist der Versicherte in einer Notfallsituation nicht in der Lage, dringende Nachrichten an Personen zu übermitteln, bemüht sich die Einsatzzentrale, solche Nachrichten weiterzuleiten.

Art. 4.24 - KOSTEN FÜR DIE RETTUNG, SUCHE UND BERGUNG DES VERSICHERTEN

Bei Unfall oder Krankheit werden Such- und Rettungskosten für den Versicherten bis zu einem Betrag von € 1.500,00 pro Person garantiert, unter der Voraussetzung, dass die Suche von einer offiziellen Stelle durchgeführt wird.

Art. 4.25 - VORAUSZAHLUNG VON STRAFRECHTLICHEN KAUTIONEN IM AUSLAND

Das Unternehmen wird im Ausland bis zu einem Betrag von € 25.000,00 die von den örtlichen Behörden angeordnete strafrechtliche Kaution für die vorläufige Freilassung des Versicherten vorstrecken. Da es sich bei diesem Betrag nur um einen Vorschuss handelt, muss der Versicherte eine Person benennen, die den Betrag gleichzeitig auf einem speziellen Bankkonto im Namen des Unternehmens zur Verfügung stellt. Wird die strafrechtliche Kaution von den örtlichen Behörden zurückerstattet, ist sie unverzüglich an das Unternehmen zurückzuzahlen, das seinerseits die Kaution freigibt. Diese Garantie gilt nicht für Tatbestände, die im Zusammenhang mit dem Handel und Vertrieb von Drogen oder Betäubungsmitteln stehen, sowie für die Teilnahme des Versicherten an politischen Demonstrationen.

Art. 4.26 - SPERRUNG UND ERSATZ VON KREDITKARTEN

Die Einsatzzentrale verpflichtet sich, bei Diebstahl, Raub oder Verlust der Kreditkarten des Versicherten während der Gültigkeitsdauer der Police die Gesellschaften, die diese Kreditkarten ausgeben, ab dem Zeitpunkt zu informieren, an dem der Versicherte den Diebstahl oder Verlust meldet, und wird gleichzeitig die Annullierung und den Ersatz dieser Kreditkarten veranlassen sowie, wenn möglich, ein Duplikat anfordern.

Art. 4.27 - AKTIVIERUNG DES VIDEO-STREAMING-DIENSTES UND DER ONLINE-ZEITUNGEN IM FALLE EINES KRANKENHAUSAUFENTHALTS

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts des Versicherten während der Gültigkeitsdauer des Versicherungsschutzes wird die Einsatzzentrale aktiviert und das Unternehmen übernimmt die Kosten für die folgenden Leistungen zugunsten des Versicherten:

- Ein zeitlich begrenztes Video-Streaming-Abonnement, um das Ansehen von Unterhaltungsprogrammen über die Geräte des Versicherten zu ermöglichen;
- Ein zeitlich begrenztes Abonnement für eine vom Versicherten gewählte Online-Zeitung.

Art. 4.28 - AUSSCHLÜSSE UND SPEZIFISCHE GRENZEN FÜR DIE GARANTIE "BETREUUNG DER PERSON"

Zusätzlich zu den Ausschlüssen, die in den gemeinsamen Bestimmungen der Garantien vorgesehen sind, haftet das Unternehmen nicht für Kosten, die dem Versicherten ohne vorherige Genehmigung durch die Einsatzzentrale entstehen.

Nimmt der Versicherte eine oder mehrere Leistungen nicht in Anspruch, ist das Unternehmen nicht verpflichtet, alternative Entschädigungen oder Leistungen als Ausgleich hierfür zu erbringen.

Das Unternehmen erkennt keine Erstattungen oder Entschädigungen für Leistungen an, die von anderen Versicherungsgesellschaften oder anderen Institutionen organisiert werden oder die nicht im Voraus bei der Einsatzzentrale beantragt und von dieser organisiert wurden. Die Erstattung kann (innerhalb der in diesem Vertrag vorgesehenen Grenzen) nur dann anerkannt werden, wenn die Einsatzzentrale, die zuvor kontaktiert wurde, den Versicherten ermächtigt hat, die Organisation des Hilfseinsatzes selbständig zu leiten: in diesem Fall muss die Einsatzzentrale die Originalbelege der vom Versicherten getragenen Kosten erhalten.

Falls der Versicherte den organisierten Krankentransport/die Rückkehr aus gesundheitlichen Gründen (Art. 4.10) freiwillig ablehnt, stellt das Unternehmen die Hilfeleistung sofort ein und der Versicherte kann - aus welchem Grund auch immer - keine Ansprüche mehr an das Unternehmen stellen.

Lehnt der Versicherte mangels gegenteiliger medizinischer Indikation einseitig die Verlegung in eine vom Unternehmen angegebene Gesundheitseinrichtung ab, stellt dieses die Hilfeleistung unverzüglich ein und der Versicherte kann aus keinem Grund und keiner Ursache mehr Ansprüche an das Unternehmen stellen.

Infektionskrankheiten sind ebenfalls ausgeschlossen, wenn die Hilfeleistung durch internationale Gesundheitsvorschriften verhindert wird.

Art. 4.29 - HAFTUNG

Das Unternehmen lehnt jede Haftung für Verzögerungen oder Behinderungen ab, die bei der Ausführung der Beistandsleistungen im Falle von Ereignissen entstehen können, die bereits in den Versicherungsbedingungen ausgeschlossen sind und die sich ergeben aus

- Bestimmungen der örtlichen Behörden, die die geplante Hilfeleistung untersagen;
- allen zufälligen oder unvorhersehbaren Umständen;
- höherer Gewalt.

Art. 4.30 - ERSTATTUNG DER REISEDOKUMENTE

Der Versicherte ist verpflichtet, der Gesellschaft die nicht genutzten Reisetickets nach Inanspruchnahme der Leistungen zu übergeben.

KAPITEL 5 - GEPÄCK

ART. 5.1 - GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Das Unternehmen garantiert, innerhalb der in der Police angegebenen Grenzen (d. h. € 1.500,00):

- das Reisegepäck des Versicherten gegen die Gefahren des Feuers, des Diebstahls, des Überfalls, des Raubes sowie des Verlustes und der Beschädigung und der Nichtauslieferung durch den Beförderer.
- innerhalb der vorgenannten Grenzen, jedoch in jedem Fall mit einem Höchstbetrag von € 300 pro Person, die Erstattung der Kosten für die Wiederherstellung/Duplizierung des Reisepasses, des Personalausweises und des Führerscheins für Kraftfahrzeuge und/oder des Bootsführerscheins als Folge der oben beschriebenen Ereignisse;
- innerhalb der vorgenannten Grenzen, jedoch in jedem Fall mit einem Höchstbetrag von € 300,00 pro Person, die Erstattung der nachgewiesenen Kosten für den Kauf von Grundbekleidungsstücken und Gegenständen des persönlichen Bedarfs, die dem Versicherten infolge des vollständigen Diebstahls des Gepäcks oder seiner Auslieferung durch den Beförderer mehr als 12 Stunden nach der Ankunft des Versicherten am Zielort entstehen.

Art. 5.2 - SPEZIFISCHE AUSSCHLÜSSE UND GRENZEN FÜR DIE GARANTIE "GEPÄCK"

Zusätzlich zu den Ausschlüssen, die in den Gemeinsamen Bestimmungen der Garantien vorgesehen sind, sind folgende Schäden von der Garantie ausgeschlossen:

- a) Vorsatz, Fahrlässigkeit, Unachtsamkeit des Versicherungsnehmers, sowie Vergesslichkeit;
- b) unzureichende oder mangelhafte Verpackung, normale Abnutzung, Herstellungsfehler und widrige Witterungsbedingungen;
- c) Bruch und Beschädigung von Reisegepäck, es sei denn, sie sind die Folge von Diebstahl, Raub, Entwendung oder werden durch den Beförderer verursacht;
- d) Diebstahl von Gepäck innerhalb des Fahrzeugs, das nicht ordnungsgemäß verschlossen ist, sowie Diebstahl von Gepäck auf Motorrädern oder auf externen Gepäckablagen. Ein Diebstahl in der Zeit von 20.00 Uhr bis 7.00 Uhr ist ebenfalls ausgeschlossen, wenn das Gepäck nicht in einem verschlossenen Fahrzeug auf einem gesicherten Parkplatz abgestellt ist;
- e) Geld, Kreditkarten, Schecks, Wertpapiere und Sammlungen, Muster, Dokumente, Flugtickets und alle anderen Reisedokumente:
- f) Schmuck, Edelsteine, Pelze und andere wertvolle Gegenstände, die unbeaufsichtigt gelassen werden;
- g) während der Reise gekaufte Waren ohne regulären Ausgabenbeleg (Rechnung, Quittung, usw.);
- h) Waren mit Ausnahme von Kleidungsstücken und Koffern, Taschen und Rucksäcken, die einem Transportunternehmen übergeben worden sind;

Ungeachtet der Versicherungssummen und des maximalen Erstattungsbetrages von 300,00 € je Einzelstück ist die Erstattung auf 50 % begrenzt für Schmuck, Edelsteine, Uhren, Pelze und andere wertvolle Gegenstände, Foto-/Filmgeräte, Rundfunk- und Fernsehgeräte sowie elektronische Geräte.

Ausstattungen für Foto-/Filmgeräte (Objektive, Filter, Blitzgeräte, Batterien usw.) werden als ein einziger Gegenstand betrachtet.

Art. 5.3 - ENTSCHÄDIGUNGSKRITERIEN

Die Entschädigung wird zusätzlich zu dem von dem für das Ereignis verantwortlichen Beförderer erstatteten Betrag bis zur Höhe der Versicherungssumme auf der Grundlage des Wiederbeschaffungswertes für Gegenstände abgewickelt, die nachweislich (Rechnung oder Quittung) in den letzten drei Monaten vor dem Schaden neu gekauft wurden, andernfalls wird bei der Entschädigung die Verschlechterung und der Gebrauchszustand berücksichtigt. Für Gegenstände, die während der Reise gekauft wurden, wird eine Entschädigung nur dann gezahlt, wenn der Versicherte einen regelmäßigen Nachweis der Ausgaben vorlegen kann.

Art. 5.4 - PFLICHTEN DES VERSICHERTEN IM SCHADENSFALL

Der Versicherte muss den Fall bei der zuständigen Behörde anzeigen und sich das Original der Anzeige aushändigen lassen, da sonst der Anspruch auf Entschädigung verloren geht. Der Versicherte ist außerdem verpflichtet, vorher einen Antrag auf Entschädigung an den Beförderer zu stellen und das Original des Antwortschreibens des Beförderers dem Unternehmen vorzulegen. Das Unternehmen erstattet dem Versicherten die Kosten erst nach vollständiger Vorlage der erforderlichen Unterlagen, die für die Beurteilung des Schadensfalls notwendig sind.

KAPITEL 6 - STORNIERUNG DER REISE ALL RISK

Art. 6.1 - STORNIERUNG DER REISE ALL RISK

Das Unternehmen entschädigt gemäß den Bedingungen der vorliegenden Police den Versicherten und nur einen Reisebegleiter, vorausgesetzt, dass er/sie für dieselbe Reise versichert und angemeldet ist, für die Rücktrittsgebühr, die sich aus der Stornierung der touristischen Leistungen ergibt, die gemäß den Allgemeinen Vertragsbedingungen festgelegt wurde und die eine Folge von unvorhersehbaren Umständen zum Zeitpunkt der Buchung der Reise oder der touristischen Leistungen ist, die auf Folgendes zurückzuführen sind:

- jedes unvorhersehbare, objektiv dokumentierte und vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das so schwerwiegend ist, dass es den Versicherten daran hindert, die Reise anzutreten
- die objektive und zwingende Notwendigkeit, kranke oder verletzte Familienmitglieder zu versorgen.

Im Falle eines Unfalls, an dem mehr als ein Versicherter beteiligt ist, der für dieselbe Reise angemeldet ist, erstattet das Unternehmen alle berechtigten Familienmitglieder und nur einen der Reisebegleiter unter der Voraussetzung, dass diese ebenfalls versichert sind.

Die Garantie in Bezug auf die Unmöglichkeit, die Reise anzutreten, umfasst Folgendes:

- Wenn eine versicherte Begleitperson, die für dieselbe Reise angemeldet ist, die Reise aufgrund einer festgestellten Covid-19-Infektion storniert hat;
- wenn bei einem Mitglied der Familie des Versicherten eine Infektion mit Covid 19 nachgewiesen ist.

Stornierungen durch Versicherte aufgrund von Terroranschlägen, die sich nach Abschluss des Versicherungsvertrages und innerhalb von 30 Tagen vor Reiseantritt ereignen, sind ebenfalls in die Garantie eingeschlossen, sofern diese Anschläge in einem Umkreis von 100 km um den Ort stattfinden, an dem der Aufenthalt aufgrund der Buchung der versicherten Reise vorgesehen war.

Art. 6.2 - HÖCHSTBETRAG

Der Versicherungsschutz besteht bis zum Gesamtpreis der Reise im Rahmen des im Policenschein angegebenen Höchstbetrages pro Versicherten (d.h. 5.000,00) und mit einem Höchstbetrag von € 50.000,00 pro Ereignis (d.h. ein Ereignis, das eine oder mehrere Personen betrifft, die durch den Kauf derselben vom Versicherungsnehmer gebuchten Reise objektiv verbunden sind). Sofern sie in den Gesamtkosten der versicherten Reise enthalten sind, sind die Bearbeitungskosten, die zum Zeitpunkt der Ausstellung der Police bereits vorgesehenen Treibstoffanpassungen (sofern sie sich aus dem Buchungsbeleg ergeben) und die Kosten für Visa eingeschlossen.

Art. 6.3 - ENTSCHÄDIGUNGSKRITERIEN

Der Versicherte oder die von ihm beauftragte Person ist verpflichtet, innerhalb von 24 Stunden nach dem Tag des Ereignisses (d.h. dem Eintritt der Ursachen, die die Stornierung der Reise bedingen) eine sofortige telefonische Meldung unter der gebührenfreien Nummer 800.894124 oder der rund um die Uhr aktiven Nummer 039/9890.703 vorzunehmen oder die Online-Schadensmeldung über die Website www.nobis.it Abschnitt "Schadensmeldung online" gemäß den Anweisungen vorzunehmen.

Der Versicherte ist außerdem verpflichtet, die Stornierung der Reise oder der erworbenen touristischen Leistungen dem Reiseveranstalter und/oder dem Reisebüro, bei dem die Buchung vorgenommen wurde, mitzuteilen.

Falls sich der Versicherte in der Lage befindet, wegen Krankheit oder Verletzung ohne Krankenhausaufenthalt auf die Reise zu verzichten, wird die Einsatzzentrale mit dem Einverständnis des Versicherten kostenlos einen eigenen Vertrauensarzt entsenden, um zu bescheinigen, dass der Zustand des Versicherten so ist, dass seine Teilnahme an der Reise nicht möglich ist, und um die Eröffnung des Anspruchs durch die Ausstellung eines entsprechenden Attests durch den Arzt zu ermöglichen. Das Unternehmen behält sich in Anbetracht des oben genannten Antrags des Versicherten das Recht vor, seinen Vertrauensarzt nicht zu entsenden; in diesem Fall wird die Eröffnung des Schadensfalls direkt durch den Arzt der Einsatzzentrale vorgenommen. Der Versicherte muss dem Unternehmen die Durchführung der für die Feststellung des Schadensfalls erforderlichen Untersuchungen und Prüfungen gestatten und dem Unternehmen alle den konkreten Fall betreffenden Unterlagen vorlegen, wobei er zu diesem Zweck die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben und die an der Prüfung des Schadensfalls beteiligt sein können, vom Berufsgeheimnis entbindet.

Die Nichterfüllung dieser Verpflichtungen und/oder wenn der Vertrauensarzt oder der Gutachter des Unternehmens feststellt, dass der Zustand des Versicherten nicht so beschaffen ist, dass er die Reise nicht antreten kann und/oder wenn der Versicherte die für die korrekte Beurteilung des Erstattungsantrags durch das Unternehmen erforderlichen Unterlagen nicht vorlegt, kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung führen. WICHTIG Die Entschädigung, die dem Versicherten zusteht, entspricht der Rücktrittsgebühr (d.h. der im Reisevertrag vorgesehenen Vertragsstrafe im Falle der Reisestornierung), berechnet ab dem Datum des Eintritts des Ereignisses oder des Auftretens der Umstände, die zur Unfähigkeit, die Reise anzutreten, geführt haben. Höhere Rücktrittsgebühren, die der Reiseveranstalter infolge einer verspäteten Mitteilung des Versicherten an den Reiseveranstalter erhebt, gehen zu Lasten des Versicherten.

Art. 6.4 - VERPFLICHTUNG DES UNTERNEHMENS

Meldet der Versicherte den Schaden telefonisch bis Mitternacht des auf den Tag des Ereignisses folgenden Tages, verpflichtet sich das Unternehmen, den Schaden innerhalb von 45 Tagen ab dem Datum der Meldung zu regulieren, vorausgesetzt, dass die vollständige Dokumentation innerhalb des 15. Tages ab dem Datum der Meldung eintrifft.

Erfolgt die vorgenannte Abwicklung aus Gründen, die Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. zuzuschreiben sind, nach 45 Tagen, hat der Versicherte Anspruch auf gesetzliche Zinsen (Zinseszinsen), die auf den zu begleichenden Betrag berechnet werden.

Die Verpflichtung des Unternehmens zur Eröffnung, Verwaltung und eventuellen Regulierung des Schadensfalls, der die vorliegende Garantie betrifft, wird nicht wirksam, wenn der Versicherte einer von den Behörden (auch Gesundheitsbehörden) angeordneten freiheitsentziehenden Maßnahme (sog. Lockdown) unterliegt, die sich auf den Wohnsitz und/oder den Abfahrts-und/oder Transitort und/oder das Ziel der gewählten Reise bezieht. Diese Vereinbarung gilt nicht, wenn der Versicherte, obwohl er sich in stationärer Behandlung befindet, seinen Krankheitszustand durch entsprechende medizinische Unterlagen (d.h. Krankenakten und/oder instrumentelle und labordiagnostische Berichte) dokumentiert.

ART. 6.5 - RECHT AUF ÜBERNAHME

Bei jeder Stornierung einer Reise, die mit einer Rücktrittsgebühr von mehr als 50 % verbunden ist, erkennt der Versicherte ausdrücklich an, dass das Eigentum und alle damit verbundenen Rechte auf das Unternehmen übergehen, das darüber frei auf dem Markt verfügen kann, wobei es endgültig und ohne jegliche Entschädigungsforderung seitens des Versicherten die eventuell anfallenden Gebühren erwirbt.

KAPITEL 7 - UNFÄLLE

Art. 7.1 - GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Die Gesellschaft zahlt die Entschädigungen, die den im Policenschein angegebenen maximalen Versicherungssummen entsprechen (d.h. € 30.000,00), wenn der Versicherte während der Gültigkeitsdauer der Garantie Schäden erleidet, die sich aus den direkten, ausschließlichen und objektiv feststellbaren Folgen der Verletzung ergeben und die innerhalb eines Jahres Folgendes verursachen:

- Tod;
- dauerhafte Invalidität.

Die Garantie gilt auch für Unfälle, die auf Aggression oder Gewalttätigkeiten zurückzuführen sind, die ein politisches oder soziales Motiv haben, wie z. B. Anschläge, Piraterie, Sabotage, Terrorismus, sofern sie nicht Folge eines - auch nicht erklärten - Krieges, eines Aufstandes oder eines Volksaufstandes sind.

Art. 7.2 - ALTERSGRENZE

Versicherungsfähig sind Personen, die zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses das 75. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wobei die Versicherung für die bereits zuvor versicherten Personen bestehen bleibt.

Art. 7.3 - VERSICHERUNGSBETRAG UND AKKUMULIERUNG

Der Versicherungsbetrag entspricht für jeden Versicherten dem im Policenschein angegebenen Betrag (d. h. € 30.000,00). Die geleisteten Garantien sind:

- Todesfall
- Dauerhafte Invalidität

Die beiden Entschädigungen sind nicht kumulierbar; insbesondere, wenn das Unternehmen nach einem Unfall eine Entschädigung für dauerhafte Invalidität zahlt und danach der Tod des Versicherten eintritt, der auf dieselbe Ursache zurückzuführen ist, die die erste Zahlung verursacht hat, deckt die weitere Entschädigung die Differenz bis zur maximalen Versicherungssumme.

Es bleibt vereinbart, dass im Falle eines Ereignisses, das mehr als eine beim Unternehmen versicherte Person betrifft, die maximale Auszahlung durch das Unternehmen € 300.000,00 pro Ereignis und Police nicht übersteigt, es sei denn, dies ist in der Unfallversicherung vorgesehen. Übersteigt der gesamte Versicherungsbetrag die oben genannten Grenzen, so werden die jedem Versicherten zustehenden Entschädigungen anteilig gekürzt.

Art. 7.4 - MELDUNG DES SCHADENSFALLS UND DAMIT VERBUNDENE PFLICHTEN

Der Schaden muss vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten beim Unternehmen gemeldet werden, sobald er dazu in der Lage ist, indem er sich telefonisch an die Einsatzzentrale wendet.

Der Versicherte ist in jedem Fall verpflichtet, innerhalb von fünf Tagen, nachdem er von dem Ereignis Kenntnis erlangt hat, eine schriftliche Meldung an den Vermittler, dem die Police übertragen wurde, oder an das Unternehmen zu senden, gemäß Art. 1913 des Zivilgesetzbuches. Der Schadensmeldung ist ein ärztliches Attest beizufügen und muss die Angabe des Ortes, des Tages und der Uhrzeit des Ereignisses sowie eine detaillierte Beschreibung des Hergangs enthalten. Der Verlauf der Verletzungen muss durch zusätzliche ärztliche Atteste dokumentiert werden. Der Versicherte bzw. im Todesfall die angegebenen Begünstigten haben dem Unternehmen die Durchführung der erforderlichen Ermittlungen, Beurteilungen und Nachweise zu ermöglichen.

Art. 7.5 - VERZICHT AUF DAS RÜCKGRIFFSRECHT

Das Unternehmen verzichtet auf das ihr gemäß Art. 1916 des Zivilgesetzbuches zustehende Recht auf Schadensersatz gegenüber Dritten, die für den Unfall verantwortlich sind.

Art. 7.6 - SPEZIFISCHE AUSSCHLÜSSE UND GRENZEN FÜR DIE GARANTIE "UNFÄLLE"

Zusätzlich zu den in den Allgemeinen Bedingungen vorgesehenen Ausschlüssen gilt die Garantie nicht für Unfälle, die zurückzuführen sind auf:

- a) das Führen von Fahrzeugen oder Booten, die nicht zum privaten Gebrauch bestimmt sind und für die der Versicherte nicht über die vorgeschriebene Qualifikation verfügt;
- b) Fahren oder Benutzen, auch als Passagier, von Unterwasserfortbewegungsmitteln.

Art. 7.7 - ENTSCHÄDIGUNGSKRITERIEN

Todesfall:

wenn sich ein Unfall ereignet, der nach den Bedingungen der Police entschädigungsfähig ist, zahlt das Unternehmen die Versicherungssumme an die im Policenschein bezeichneten Begünstigten oder, falls keine Bezeichnung vorhanden ist, an die testamentarischen oder gesetzlichen Erben.

Die Auszahlung der Versicherungssumme erfolgt unter der Voraussetzung, dass der Tod innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet eintritt, auch wenn er nach Ablauf der Versicherung eintritt.

Vermuteter Tod:

wenn die Leiche des Versicherten nicht aufgefunden wird und die zuständigen Behörden seinen mutmaßlichen Tod erklärt haben, zahlt das Unternehmen die Versicherungssumme im Todesfall.

Dauerhafte Invalidität:

Bei einem Unfall, der gemäß den Versicherungsbedingungen entschädigungsfähig ist, zahlt das Unternehmen einen Prozentsatz der maximalen Versicherungssumme für dauerhafte Invalidität, und zwar im Verhältnis zu dem Grad der dauerhaften Invalidität, der nach den Kriterien der Tabelle der Prozentsätze der Invalidität im Anhang des Dekrets des Präsidenten der Republik Nr. 1124 vom 30.6.1965 in geltender Fassung, die sich auf den Sektor "Industrie" beziehen, festgestellt wurde, wobei das Unternehmen auf die Anwendung der dort vorgesehenen Selbstbehalt verzichtet, und mit der Vereinbarung, dass anstelle der Rente die Versicherungssumme ausgezahlt wird.

Art. 7.8 - SELBSTBEHALT FÜR DAUERHAFTE INVALIDITÄT

Die Entschädigung für dauerhafte Invalidität ist ausschließlich in dem Fall zu zahlen, in dem der Grad der dauerhaften Invalidität 5 Prozentpunkte der gesamten dauerhaften Invalidität übersteigt; in diesem Fall wird die Entschädigung nur für den Prozentsatz der dauerhaften Invalidität gezahlt, der 10 Prozentpunkte übersteigt. Es bleibt vereinbart, dass bei einer dauerhaften Invalidität von mehr als 65 % der Selbstbehalt nicht angewendet wird.

KAPITEL 8 - BETREUUNG DES FAHRZEUGS

Die folgenden Leistungen sind für den Transfer des Versicherten von seinem Wohnort zum Abfahrtspunkt der Reise (Bahnhof, Hafen, Flughafen) oder zum gebuchten Ort und umgekehrt vorgesehen, sofern sie sich in Ländern der Europäischen Union befinden.

Art. 8.1 - GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Das Unternehmen organisiert und verwaltet über die Einsatzzentrale die in den folgenden Artikeln genannten Leistungen, die im Falle einer Panne oder eines Unfalls des Fahrzeugs vorgesehen sind, wobei alle Kosten, die sich aus der Reparatur des Fahrzeugs ergeben (bei Panne und/oder Unfall, Diebstahl), immer zu Lasten des Versicherten gehen.

Art. 8.2 - PANNENHILFE UND ABSCHLEPPEN

Bleibt das Fahrzeug nach einer Panne oder einem Unfall liegen, schickt die Einsatzzentrale rund um die Uhr und auf Kosten des Unternehmens ein Rettungsfahrzeug an den Ort des Liegenbleibens, um das Fahrzeug zur nächstgelegenen Kundendienstwerkstatt des Herstellers oder zur nächsten Kfz-Werkstatt abzuschleppen oder gegebenenfalls vor Ort kleine Eingriffe vorzunehmen, die das Fahrzeug wieder selbstständig fahren lassen. Die Kosten für Ersatzteile, die zur Durchführung kleinerer Eingriffe vor Ort verwendet werden, sowie sonstige Reparaturkosten gehen zu Lasten des Versicherten.

Die Kosten der Bergung trägt der Versicherte auch dann, wenn sich die Panne oder der Unfall außerhalb des öffentlichen Straßennetzes oder diese gleichgestellten Gebiete ereignet (Rund- oder Geländestrecken).

Bleibt das Fahrzeug auf der Autobahn in Italien liegen, muss der Versicherte den Einsatz von zugelassenen Rettungsfahrzeugen anfordern und anschließend die Einsatzzentrale telefonisch benachrichtigen. Diese Mitteilung ist obligatorisch, um in den Genuss der Rückerstattung der Pannenhilfe durch die Einsatzzentrale zu kommen, nach Erhalt der vom zugelassenen Helfer ausgestellten Quittung.

Art. 8.3 - ENTSENDUNG VON ERSATZTEILEN

Die Einsatzzentrale sucht und sendet die für die Reparatur des Fahrzeugs erforderlichen Ersatzteile, wenn diese am Ort der Panne oder des Unfalls nicht verfügbar sind. Im Falle eines Lufttransports werden die Ersatzteile zu dem Flughafen geschickt, der dem Standort des Fahrzeugs am nächsten liegt. Die Kosten für die Beschaffung von Ersatzteilen und die Zollgebühren gehen in jedem Fall zu Lasten des Versicherten.

Art. 8.4 - RÜCKKEHR ZUM WOHNSITZ UND/ODER VERLASSEN DES FAHRZEUGS

Die Einsatzzentrale organisiert die Rückführung des Fahrzeugs zum Wohnsitz des Versicherten nach einer Panne, einem Unfall, einem Wiederauffinden nach einem Diebstahl, wenn mehr als 5 Arbeitstage für die notwendigen Reparaturen erforderlich sind, und zwar innerhalb der Kostengrenze für die Gesellschaft, die dem Wert des Fahrzeugs nach dem Schadensfall entspricht. Das Unternehmen trägt die Kosten für die Verwahrung des Fahrzeugs ab dem Zeitpunkt des Schadensfalls bis zur Rückgabe, maximal jedoch € 50,00. Falls die geschätzten Kosten für die Reparaturen unwirtschaftlich oder in jedem Fall höher als der Wert des Fahrzeugs nach dem Schadensfall sind, wird die Garantie nicht wirksam und das Unternehmen trägt nur die Kosten der Stilllegung des Fahrzeugs.

Art. 8.5 - FORTSETZUNG DER REISE

Wenn das Fahrzeug aufgrund einer Panne, eines Unfalls, eines Wiederauffindens nach einem Diebstahl für einen Zeitraum von mehr als 3 Arbeitstagen für die notwendigen Reparaturen nicht zur Verfügung steht, stellt die Einsatzzentrale dem Versicherten und den anderen Passagieren ein Ticket (Flugzeug der Touristenklasse oder Zug der ersten Klasse) oder alternativ einen Mietwagen der Gruppe C in Übereinstimmung mit den Öffnungszeiten der Mietwagenstationen und ohne Fahrer für maximal 2 Tage mit unbegrenzter Kilometerleistung zur Verfügung, um das Ziel zu erreichen. Kraftstoffkosten, nicht obligatorische Versicherungen und ein eventueller Selbstbehalt sind ausgeschlossen.

Art. 8.6 - RÜCKKEHR DES VERSICHERTEN UND DER ANDEREN PASSAGIERE

Wenn der Versicherte die Leistungen gemäß Art. 8.5 nicht in Anspruch genommen hat, stellt die Einsatzzentrale dem Versicherten und den Mitreisenden ein Ticket für die Rückreise zum Wohnort (Flugzeug der Touristenklasse oder Zug der ersten Klasse) oder alternativ einen Mietwagen der Gruppe C in Übereinstimmung mit den Öffnungszeiten der Mietwagenstationen und ohne Fahrer für maximal 2 Tage mit unbegrenzter Kilometerleistung zur Verfügung, um den Wohnort zu erreichen. Kraftstoffkosten, nicht obligatorische Versicherungen und ein eventueller Selbstbehalt sind ausgeschlossen.

Art. 8.7 - ÜBERNAHME DER KOSTEN FÜR DIE FAHRZEUGBERGUNG

Wenn der Versicherte nach einem der in Art. 8.4, 8.5, 8.6 genannten Ereignisse nicht in der Lage ist, mit dem Pannen- oder Unfallfahrzeug an seinen Wohnsitz zurückzukehren, stellt die Einsatzzentrale nach Abschluss der Reparaturen einen einfachen Beförderungsausweis zur Verfügung, der es dem Versicherten ermöglicht, sich an den Ort zu begeben, an dem sich das Fahrzeug zur Bergung befindet.

Art. 8.8 - HOTELKOSTEN

Wenn das Fahrzeug nach einer Panne oder einem Unfall stillgelegt wird und die Reparatur erst am nächsten Tag durchgeführt werden kann oder wenn es gestohlen wurde und die Insassen, die sich weit von zu Hause entfernt befinden, zu einem Zwangsaufenthalt gezwungen werden, übernimmt das Unternehmen die Hotelkosten für alle Insassen des Fahrzeugs für eine Übernachtung und Frühstück bis zu einem Höchstbetrag von € 100,00 pro Person. Andere als die oben genannten Kosten gehen zu Lasten des Versicherten.

Art. 8.9 - FAHRER

Die Einsatzzentrale stellt einen Fahrer als Ersatz für den erkrankten oder verletzten Versicherten zur Verfügung, sofern kein anderer Fahrgast mit Führerschein an Bord ist. Der Fahrer muss für maximal drei Tage zur Verfügung stehen, um das Fahrzeug des Versicherten so schnell wie möglich zum ersten ursprünglichen Ziel der Reise oder zum Wohnsitz des Versicherten zu fahren.

Art. 8.10 - VORAUSZAHLUNG DER STRAFRECHTLICHEN KAUTION

Im Falle eines Verkehrsunfalls des betreuten Fahrzeugs kann die Einsatzzentrale den Betrag der Kaution für die vorläufige Freilassung des Fahrers in Höhe von bis zu € 5.000,00 gegen Bankgarantien, die von der Einsatzzentrale als angemessen angesehen werden, im Voraus zahlen. Der vorgestreckte Betrag muss im Falle einer Inhaftierung des Fahrers durch die Justizbehörden nach einer Verurteilung, bei Nichterscheinen oder in einem anderen Fall innerhalb von 2 Monaten nach der Vorauszahlung an die Einsatzzentrale zurückgezahlt werden.

Art. 8.11 - SPEZIFISCHE AUSSCHLÜSSE UND GRENZEN FÜR DIE GARANTIE "BETREUUNG DES FAHRZEUGS"

Zusätzlich zu den Ausschlüssen, die in den Gemeinsamen Bestimmungen der Garantien vorgesehen sind, sind von der Garantie ausgeschlossen:

- Fahrzeuge, die vor mehr als 8 Jahren zum ersten Mal zugelassen wurden;
- Fahrzeuge mit einem Gewicht von mehr als 3,5 Tonnen;
- nicht landgebundene und nicht zugelassene Fahrzeuge;
- Fahrzeuge, die gemietet, geleast oder für den öffentlichen Verkehr genutzt werden;
- Schadensfälle, die sich in Ländern außerhalb der Europäischen Union ereignen.

KAPITEL 9 - HÄUSLICHE BETREUUNG FÜR ZU HAUSE BLEIBENDE FAMILIENMITGLIEDER

Für die folgenden Familienmitglieder des Versicherten (Ehegatte/Lebenspartner, Eltern, Geschwister, Kinder, Schwiegereltern, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Großeltern), die in Italien zu Hause bleiben, beginnen die folgenden Leistungen mit dem Tag der Abreise der vom Versicherten gebuchten Reise und gelten bis zu dessen Rückkehr.

Art. 9.1 - ÄRZTLICHE BERATUNGEN PER TELEFON

Das Unternehmen stellt über die Einsatzzentrale rund um die Uhr einen eigenen ärztlichen Bereitschaftsdienst zur Verfügung, der für alle Informationen und medizinischen Ratschläge zur Verfügung steht.

Art. 9.2 - ENTSENDUNG EINES ARZTES IN NOTFÄLLEN

Das Unternehmen stellt über die Einsatzzentrale nachts und an Samstagen sowie an Sonn- und Feiertagen rund um die Uhr einen eigenen ärztlichen Bereitschaftsdienst zur Verfügung, der die Verfügbarkeit von Allgemeinmedizinern, Kinderärzten und Kardiologen garantiert, die im Moment der Anfrage bereit sind, einzugreifen. Nach einem Anruf bei der Einsatzzentrale und nach einer ersten telefonischen Diagnose mit dem internen Bereitschaftsarzt schickt das Unternehmen den angeforderten Arzt kostenlos.

Ist ein Arzt nicht sofort verfügbar und machen es die Umstände erforderlich, organisiert das Unternehmen auf eigene Kosten die Überführung des Patienten in eine Notaufnahme mit einem Krankenwagen. Das Unternehmen informiert den Versicherten unverzüglich über den Gesundheitszustand des Familienmitglieds und aktualisiert diese Informationen umgehend bis zur Rückkehr des Versicherten von der Reise.

Art. 9.3 - ERSTATTUNG DER HEILKOSTEN

Nach Kontaktaufnahme mit der Einsatzzentrale werden im Rahmen des Höchstbetrags von € 1.000,00 pro versicherte Person die Kosten für grundlegende diagnostische Tests erstattet.

Art. 9.4 - TRANSPORT IM KRANKENWAGEN

Wenn der Patient mit einem Krankenwagen transportiert werden muss, organisiert das Unternehmen über die Einsatzzentrale den Transport auf eigene Kosten, indem es den Krankenwagen direkt entsendet und die Transportkosten bis zu einer maximalen Gesamtentfernung von 200 km (Hin- und Rückfahrt) übernimmt.

Art. 9.5 - BETREUUNG DURCH KRANKENPFLEGER

Wenn der Patient infolge einer Krankheit oder Verletzung die häusliche Hilfe von allgemeinen und/oder spezialisierten Pflegekräften benötigt, sucht und schickt die Einsatzzentrale das Personal und trägt die entsprechenden Kosten **bis zu einem Höchstbetrag von € 1.000,00.**

Art. 9.6 - ÜBERGABE VON ARZNEIMITTELN ZU HAUSE

Die Einsatzzentrale garantiert rund und die Uhr die Suche nach und die Übergabe von Arzneimitteln. Wenn das Arzneimittel rezeptpflichtig ist, begibt sich das beauftragte Personal zunächst zum Patienten nach Hause und dann zur Apotheke. Zu Lasten des Versicherten gehen lediglich die Kosten des Arzneimittels.

Art. 9.7 - KOSTENLOSE VERWALTUNG DER TERMINVEREINBARUNG

Die Einsatzzentrale wird eine eigene Datenbank über das vertragsgebundene Gesundheitsnetzwerk zur Verfügung stellen. Benötigt der Patient Informationen oder einen Termin für eine Untersuchung, einen Arztbesuch, einen Krankenhausaufenthalt, genügt es, sich an die Einsatzzentrale zu wenden. Je nach den spezifischen Anforderungen hinsichtlich der Art der durchzuführenden Untersuchung oder des Arztbesuchs, des gewünschten Tages und der Uhrzeit, des Gebiets und des Honorars wählt die Einsatzzentrale mit Hilfe der Datenbank die Ärzte und/oder die vertragsgebundenen Zentren aus, die den Anforderungen des Patienten entsprechen, und legt aufgrund der bevorzugten Zugangskanäle den Termin im Namen des Patienten fest.

Art. 9.8 - VERTRAGSGEBUNDENES GESUNDHEITSNETZ

Die Einsatzzentrale garantiert durch Vereinbarungen mit Kliniken, Poliambulatorien, Arztpraxen, Gesundheitseinrichtungen im Allgemeinen auf nationaler Ebene die Nutzung dieses Netzes für Facharztbesuche, Diagnose- oder Labortests und Krankenhausaufenthalte, alles zu vereinbarten und ermäßigten Tarifen, mit einem bevorzugten Zugangsweg.

KAPITEL 10 - UNTERBRECHUNG DER REISE NACH QUARANTÄNE ODER ISOLATION

Art. 10.1 - GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Wenn der Versicherte aufgrund einer behördlich angeordneten Quarantäne- oder Isolationsmaßnahme am Heimatort nicht in der Lage ist, die gebuchte und bereits angetretene Reise fortzusetzen, erstattet das Unternehmen Folgendes:

 die Strafgelder für gebuchte und nicht in Anspruch genommene Leistungen zu Lande bis zu einem Höchstbetrag von € 1.500,00 je Versicherten;

- die Kosten im Zusammenhang mit der Änderung oder Neuausstellung der ursprünglich gekauften Tickets (Beförderungsausweise) für die Rückreise zum Wohnsitz, bis zu einem Höchstbetrag von € 1.000,00 pro Versicherten und abzüglich einer eventuellen Erstattung durch den Beförderer;
- die dem Versicherten für die Dauer der Quarantäne entstandenen Hotel-/Unterkunftskosten bis zu einem Höchstbetrag von € 100,00 pro Tag für maximal 14 Tage, wenn die Quarantäne nicht am Wohnsitz des Versicherten durchgeführt werden kann.

Art. 10.2 - AUSSCHLÜSSE

Zusätzlich zu den in den allgemeinen Bestimmungen vorgesehenen Ausschlüssen ist Folgendes von der Garantie ausgeschlossen:

- ReisenzuZielortenmitrestriktivenMaßnahmen,dieamTagderAnkunftindergebuchtenUnterkunftseinrichtung bereits in Kraft sind;
- Verstöße gegen die am Tag der Ankunft der gebuchten Reise geltenden Vorschriften und/oder Bestimmungen;
- Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit seitens des Versicherten oder des Versicherungsnehmers;
- Probleme im Zusammenhang mit Ausweis- und/oder Reisedokumenten, Visa und jeglicher Dokumentenausstattung (einschließlich Gesundheitsdokumente), die gemäß den jeweils geltenden Vorschriften erforderlich sind.

Art. 10.3 - WIEDERERLANGUNG

Der Versicherte und der Versicherungsnehmer verpflichten sich, dem Unternehmen die von den Anbietern touristischer Dienstleistungen und/oder Einrichtungen zurückerstatteten Beträge sowie die nicht entstandenen Kosten im Zusammenhang mit den abgedeckten Ereignissen zu zahlen.

KAPITEL 11 - BETREUUNG DER PERSON

Die folgenden Leistungen gelten am Hauptwohnsitz des Versicherten in Italien für Ereignisse, die während der versicherten Reise eintreten.

Art. 11.1 - GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Das Unternehmen verpflichtet sich, gemäß den unten angegebenen Verfahren und Grenzen Folgendes zu garantieren:

- a) Entsendung eines Elektrikers zur Wohnung des Versicherten: Im Falle eines plötzlichen Stromausfalls im ganzen Haus infolge einer Störung oder eines Kurzschlusses in der elektrischen Anlage der Wohnung des Versicherten entsendet die Einsatzzentrale rund um die Uhr und allen Tagen des Jahres einen Elektriker zur Wohnung. Zu Lasten des Unternehmens gehen die Anfahrpauschale und der Transfer des Technikers zur Behebung des Notfalls. Der Versicherte trägt die Kosten für Arbeit, eventuelle Ersatzteile und das für die Reparatur verwendete Material. Die Leistung wird nur einmal pro Versicherten während der Dauer der versicherten Reise gewährt. Die Leistung wird nicht gezahlt, wenn die Stromversorgung der Wohnung beschädigt oder vom Versorgungsunternehmen unterbrochen wird;
- b) Entsendung eines Klempners zur Wohnung des Versicherten: Im Falle einer Verstopfung/eines Bruchs der fest installierten oder mobilen Rohrleitungen des Sanitärsystems in der Wohnung des Versicherten und der daraus resultierenden Überschwemmung und/oder Infiltration und/oder des Wassermangels im gesamten Haus, entsendet die Einsatzzentrale rund um die Uhr und an allen Tagen des Jahres einen Klempner zur Wohnung. Zu Lasten des Unternehmens gehen die Anfahrpauschale und der Transfer des Technikers zur Behebung des Notfalls. Der Versicherte trägt die Kosten für Arbeit, eventuelle Ersatzteile und das für die Reparatur verwendete Material. Die Leistung wird nur einmal während der Dauer der versicherten Reise gewährt. Bei Unterbrechung der Zuleitung durch das Versorgungsunternehmen oder bei einfachem Defekt von Wasserhähnen wird die Leistung nicht erbracht;
- c) Entsendung eines Schlossers zur Wohnung, im Falle von:
 - Diebstahl, Verlust, Bruch der Schlüssel oder des Haustürschlosses;
 - Diebstahl oder versuchter Diebstahl in Wohnung, der die Funktionalität der Haustür beeinträchtigt und die Sicherheit der Haustür nicht gewährleistet;

Die Einsatzzentrale entsendet rund um die Uhr und allen Tagen des Jahres einen Schlosser zur Wohnung. Zu Lasten des Unternehmens gehen die Anfahrpauschale und der Transfer des Technikers zur Behebung des Notfalls. Der Versicherte trägt die Kosten für Arbeit, eventuelle Ersatzteile und das für die Reparatur verwendete Material. Die Leistung wird nur einmal während der Dauer der versicherten Reise gewährt.

- d) Unverzügliche Rückkehr: Wenn eines der Ereignisse, die zu den Leistungen nach den obigen Buchstaben a), b), c) führen können, oder aufgrund von Diebstahl, versuchtem Diebstahl, Beschädigung durch Diebe, Vandalismus, Brand, Blitzschlag oder Explosion die Rückkehr an den Hauptwohnsitz des Versicherten oder eines seiner Familienmitglieder gemäß Familienstand notwendig und unaufschiebbar macht, organisiert die Einsatzzentrale die unverzügliche Rückkehr des Versicherten oder des Familienmitglieds gemäß Familienstand. Das Unternehmen trägt die entsprechenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von € 500,00 pro Ereignis. Die Leistung wird nicht erbracht, wenn der Versicherte bei der Kontaktaufnahme mit der Einsatzzentrale keine ausreichenden Gründe für die Ursachen angibt, die die Rückreise unaufschiebbar erscheinen lassen. Die Leistung wird nur einmal während der Dauer der versicherten Reise gewährt.
- e) Bewachung des Wohnungsinhalts: Wenn eines der Ereignisse, die zu den in den Buchstaben a), b), c) genannten Leistungen führen können, oder aufgrund von Diebstahl, versuchtem Diebstahl, Beschädigung durch Diebe, Vandalismus, Brand, Blitzschlag oder Explosion die Sicherung des Wohnungsinhalts erforderlich macht, organisiert die Einsatzzentrale die Bewachung der Wohnung oder die Verwahrung des Wohnungsinhalts an dem vom Versicherten angegebenen Ort für die zur Wiederherstellung der Sicherheit der Wohnung erforderliche Zeit. Das Unternehmen trägt die entsprechenden Kosten bis maximal 35 Stunden. Die Leistung wird nur einmal während der Dauer der versicherten Reise gewährt.

ABSCHNITT VI - MELDUNG DES SCHADENSFALLS UND ENTSCHÄDIGUNG

In diesem Abschnitt werden die Regeln und Verfahren für die Meldung eines Schadensfalls und den Erhalt einer Entschädigung beschrieben.

Art. 1 - WAS IST IM FALLE EINES SCHADENSFALLS ZU TUN?

PFLICHTEN DES VERSICHERTEN BEI EINEM SCHADENSFALL

Betreuung der Person

Wenden Sie sich im Falle eines Schadensfalls SOFORT an die Einsatzzentrale des Unternehmens, die rund um die Uhr und an allen Tagen des Jahres unter der folgenden gebührenfreien Rufnummer erreichbar ist:

800.894123

aus dem Ausland

kann die Einsatzzentrale unter der Nummer + **39/039/9890.702** erreicht werden wobei folgende Informationen mitzuteilen sind:

- · Vor- und Nachname
- Nummer der Police
- Grund des Anrufs
- Telefonnummer und/oder Adresse, unter der Sie kontaktiert werden können.

Sonstige Garantien

Alle Schadensfälle müssen auf eine der folgenden Arten gemeldet werden:

- **Via Internet** (auf der Website www.nobis.it Abschnitt "Schadensmeldung online") unter Beachtung der entsprechenden Anweisungen.
- Auf dem Postweg, indem Sie die Korrespondenz und die dazugehörigen Unterlagen an die folgende Adresse senden:

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI - Ufficio Sinistri Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Direzionale Colleoni 20864 AGRATE BRIANZA (MB)

Gemäß den allgemeinen Regeln und denen, die die einzelnen Leistungen regeln, muss die Schadensmeldung den erlittenen Schaden korrekt angeben. Um die Abwicklung zu beschleunigen, müssen der Schadensmeldung die in den einzelnen Versicherungsleistungen angegebenen und im Folgenden zusammengefassten Unterlagen beigefügt werden:

IM FALL VON HEILKOSTEN

- ein am Unfallort ausgestelltes Erste-Hilfe-Zertifikat, das die Pathologie, die Verschreibungen, die Prognose und die ärztliche Diagnose angibt und das die Art und Weise der erlittenen Krankheit und/oder Verletzung bescheinigt;
- im Falle eines Krankenhausaufenthalts eine vollständige Kopie der Krankenakte;
- ärztliche Verschreibung und im Original die Kostenaufstellungen, Rechnungen, Belege für entstandene Kosten;
- ärztliche Verschreibung für den eventuellen Kauf von Arzneimitteln, mit den Originalbelegen für die gekauften Arzneimittel:
- Nummer der Police.

BEI GEPÄCKDIEBSTAHL ODER SCHÄDEN AM GEPÄCK

- Ticket (ggf. zusammen mit Gepäckanhänger);
- Anzeige mit Bestätigung der Polizeibehörde des Ortes, an dem das Ereignis vorgefallen ist, unter Angabe der Umstände des Schadensfalls und der Liste der gestohlenen Gegenstände, ihres Wertes und des Kaufdatums;
- Reklamation, die beim zuständigen Beförderer mit dem Antrag auf Entschädigung eingereicht wurde, und das Antwortschreiben des Beförderers;
- Rechnungen, Quittungen über die gekauften oder verlorenen Gegenstände (falls nicht vorhanden, Liste, Datum, Ort des Kaufs und ihr Wert);
- Nachweis der Kosten für die Wiederherstellung von Ausweispapieren, falls diese anfallen;
- Reparaturrechnungen oder Erklärung der Nichtreparierbarkeit der beschädigten Gegenstände, ausgestellt auf Briefpapier von einem Händler oder einem Fachmann der Branche;
- Nummer der Police.

IM FALL EINER REISESTORNIERUNG

- Bei Krankheit oder Unfall ärztliches Attest mit Angabe des Datums des Unfalls oder des Krankheitsbeginns, der angegebenen Diagnose und Prognose in Tagen;
- Wenn ein Familienmitglied oder ein Reisebegleiter mit Covid infiziert ist, das Ergebnis eines epidemiologischen Tests, der die Positivität feststellt;
- im Falle eines Krankenhausaufenthalts eine Kopie der Krankenakte;
- Bei einem Todesfall die Sterbeurkunde;
- bei einem Unfall des Fahrzeugs eine Kopie des Unfallberichts (C.I.D.) und/oder des Polizeiprotokolls;
- Buchungsbestätigung der Reise;

- Rechnung in Bezug auf das angerechnete Strafgeld;
- Reiseprogramm und Reiseordnung;
- Zahlungsquittungen (Anzahlung, Saldo, Strafgeld) der Reise;
- Reisedokumente;
- Vertrag über die Reisebuchung;
- Nummer der Police;
- Bei Bürgern mit einer anderen als der italienischen Staatsangehörigkeit behält sich die Gesellschaft das Recht vor, eine Kopie der Aufenthaltsbescheinigung anzufordern.

BEI EINEM UNFALL

- Ort, Tag, Uhrzeit und Unfallursache;
- Ursachen, die ihn herbeigeführt haben;
- Ärztliche Atteste;
- Eventuelles Protokoll der Behörden, die eingeschritten sind;
- der Verlauf der Verletzung muss bis zur vollständigen Genesung bzw. Stabilisierung der Unfallfolgen durch zusätzliche ärztliche Unterlagen bescheinigt werden;
- Nummer der Police.

BEI BETREUUNG DES FAHRZEUGS

- Kopie des Fahrzeugscheins;
- Originale der Belege über die getragenen Kosten;
- Nummer der Police.

BEI UNTERBRECHUNG DER REISE IM FALLE VON QUARANTÄNE ODER ISOLATION

- Unterlagen, die die behördlich angeordnete Quarantäne oder Isolation belegen;
- Reisevertrag/Buchungsbeleg mit Beschreibung des ursprünglich geplanten Reisepakets;
- etwaige Tickets zur anderweitigen Beförderung mit Nachweis der gezahlten höheren Kosten;
- Strafgeldabrechnungen für verlorene Dienstleistungen;
- Kostenrechnungen im Zusammenhang mit dem Zwangsaufenthalt;
- Unterlagen, die die von den Lieferanten gewährten Rückerstattungen belegen.

WICHTIGE ANMERKUNG

• Es ist immer notwendig, der Gesellschaft die Originale der Rechnungen für die Reparaturen sowie die Originale in Bezug auf die Kosten, die nach dem Schadensfall entstanden sind, zur Verfügung zu stellen.

Das Unternehmen behält sich das Recht vor, weitere Unterlagen anzufordern, die für eine korrekte Bewertung des gemeldeten Schadensfalls erforderlich sind. Die Nichtvorlage der oben aufgeführten Unterlagen zum konkreten Fall kann zum vollständigen oder teilweisen Verfall des Erstattungsanspruchs führen.

• Es ist notwendig, das Unternehmen über jede Änderung des Risikos zu informieren, die nach der Festlegung des Vertrages auftreten kann.

Denken Sie daran, dass das Recht auf Entschädigung zwei Jahre nach dem letzten schriftlichen Antrag, der bei der Gesellschaft bezüglich des Anspruchs eingegangen ist, verjährt. (Art. 2952 Zivilgesetzbuch)

Wichtig!

Bei jedem Schadensfall hat der Versicherte dem Unternehmen zusammen mit den Unterlagen die Daten des Girokontos mitzuteilen, auf das die Erstattung oder Entschädigung gutgeschrieben werden soll (Girokontonummer, Bank, Adresse, Agenturnummer, ABI-, CAB- und CIN-Code).

Etwaige Beschwerden sind schriftlich zu richten an:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. Ufficio Reclami (Beschwerdestelle) Centro Direzionale Colleoni Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza – MB – Fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it

Sollte hierauf keine Anwort erfolgen, schreiben Sie an die Aufsichtsbehörde IVASS:

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti (Dienststelle zum Schutz der Benutzer) Via del Quirinale, 21 00187 ROMA (RM)

RECHTLICHER ANHANG

Dieser Abschnitt verweist auf die wichtigsten im Vertrag genannten Regelungen, damit der Versicherungsnehmer die rechtlichen Hinweise besser verstehen kann.

ZIVILGESETZBUCH

Art. 1341 - Allgemeine Vertragsbedingungen

"Die durch eine der Vertragsparteien im Voraus aufgestellten allgemeinen Vertragsbedingungen sind gegenüber der anderen wirksam, wenn diese sie zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses kannte oder bei Anwendung der gewöhnlichen Sorgfalt hätte kennen müssen." In jedem Fall sind, wenn sie nicht im Einzelnen schriftlich angenommen werden, diejenigen Bedingungen unwirksam, die zugunsten desjenigen, der sie im Voraus aufgestellt hat, Haftungsbeschränkungen, die Befugnis zum Rücktritt vom Vertrag oder zur Aussetzung seiner Ausführung festsetzen oder die zu Lasten der anderen Vertragspartei Verwirkungen, Beschränkungen der Befugnis zur Erhebung von Einwendungen, die Einschränkung der Vertragsfreiheit in den Beziehungen zu Dritten, die stillschweigende Verlängerung oder Erneuerung des Vertrages, Schiedsklauseln oder Änderungen in der Zuständigkeit der Gerichte verfügen."

Art. 1342 - Vertragsabschluss unter Verwendung von Formblättern oder Vordrucken

"Bei Verträgen, die durch Unterzeichnung von Formblättern oder Vordrucken geschlossen werden, die zur einheitlichen Regelung bestimmter Vertragsverhältnisse im Voraus aufgestellt worden sind, gehen die dem Formblatt oder dem Vordruck hinzugefügten Klauseln den Klauseln des Formblatts oder des Vordrucks, mit denen sie unvereinbar sind, vor, selbst wenn diese letzteren nicht ausgestrichen worden sind.

Außerdem ist die Bestimmung des zweiten Absatzes des vorhergehenden Artikels zu beachten."

Art. 1455 – Bedeutung der Nichterfüllung

"Der Vertrag kann nicht aufgehoben werden, wenn die Nichterfüllung durch eine der Parteien unter Berücksichtigung des Interesses der anderen geringe Bedeutung hat."

Art. 1892 - Unrichtige Erklärungen und Verschweigung von Tatsachen aus Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit

"Unrichtige Erklärungen und die Verschweigung von Tatsachen durch den Versicherungsnehmer sind, wenn sie Umstände betreffen, hinsichtlich welcher der Versicherer bei Kenntnis des wahren Sachverhalts in den Vertrag überhaupt nicht oder nicht zu denselben Bedingungen eingewilligt hätte, ein Grund für die Nichtigerklärung des Vertrages, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt hat.

Der Versicherer verliert das Recht auf die Anfechtung des Vertrages, wenn er nicht innerhalb von drei Monaten von dem Tag an, an dem er von der Unrichtigkeit der Erklärung oder der Verschweigung der Tatsachen erfahren hat, dem Versicherungsnehmer gegenüber erklärt, die Anfechtung vornehmen zu wollen.

Der Versicherer hat Anrecht auf die Prämien für den Zeitabschnitt, in den der Zeitpunkt fällt, an dem er auf Nichtigerklärung geklagt hat, und jedenfalls auf die für das erste Jahr vereinbarte Prämie. Wenn der Schadensfall vor Ablauf der im vorhergehenden Absatz bezeichneten Frist eintritt, ist er zur Zahlung der Versicherungssumme nicht verpflichtet.

Wenn die Versicherung mehrere Personen oder mehrere Sachen betrifft, ist der Vertrag hinsichtlich jener Personen oder jener Sachen gültig, auf die sich die unrichtige Erklärung oder die Verschweigung von Tatsachen nicht bezieht"

Art. 1893 - Unrichtige Erklärungen und Verschweigung von Tatsachen ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit

"Wenn der Versicherungsnehmer ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit gehandelt hat, sind die unrichtigen Erklärungen und die Verschweigung von Tatsachen kein Grund für eine Nichtigerklärung des Vertrages, jedoch kann der Versicherer von diesem Vertrag durch eine Erklärung zurücktreten, die er dem Versicherten gegenüber innerhalb von drei Monaten ab jenem Tag abzugeben hat, an dem er von der Unrichtigkeit der Erklärung oder der Verschweigung einer Tatsache Kenntnis erhalten hat.

Wenn der Schadensfall eintritt, bevor die Unrichtigkeit der Erklärung oder die Verschweigung einer Tatsache dem Versicherer bekannt geworden ist oder bevor dieser seinen Rücktritt vom Vertrag erklärt hat, wird die geschuldete Summe in demselben Verhältnis gekürzt, in dem die vereinbarte Prämie zu jener steht, die bei Kenntnis des wahren Sachverhaltes berechnet worden wäre."

Art. 1894 - Versicherung im Namen und auf Rechnung Dritter

"Bei Versicherungen im Namen oder auf Rechnung Dritter sind, wenn diese von der Unrichtigkeit der Erklärungen oder von der Verschweigung der das Risiko betreffenden Tatsachen Kenntnis haben, zugunsten des Versicherers die Bestimmungen der Artikel 1892 und 1893 anzuwenden."

Art. 1898 - Erhöhung des Risikos

"Der Versicherungsnehmer hat die Pflicht, den Versicherer sofort von Änderungen zu benachrichtigen, die das Risiko derart erhöhen, dass, wenn der neue Sachverhalt zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses schon bestanden hätte und dem Versicherer bekannt gewesen wäre, der Versicherer einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt oder ihr nur gegen eine höhere Prämie zugestimmt hätte.

Der Versicherer kann vom Vertrag zurücktreten, indem er dies dem Versicherten innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem er die Benachrichtigung erhalten hat oder von der Erhöhung des Risikos auf andere Weise Kenntnis erlangt hat, schriftlich mitteilt.

Der Rücktritt des Versicherers hat sofortige Wirkung, wenn die Risikoerhöhung so beschaffen ist, dass der Versicherer einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt hätte; er erlangt seine Wirkung nach fünfzehn Tagen, wenn die Risikoerhöhung so beschaffen ist, dass für die Versicherung eine höhere Prämie verlangt worden wäre.

Dem Versicherer stehen die Prämien für den Versicherungsabschnitt zu, in den der Zeitpunkt der Mitteilung der Rücktrittserklärung fällt. Wenn der Schadensfall vor Ablauf der Fristen für die Mitteilung und die Wirksamkeit des Rücktritts eintritt, haftet der Versicherer für ihn nicht, wenn die Erhöhung des Risikos so beschaffen ist, dass er, sofern der neue Sachverhalt zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hätte, einer Versicherung überhaupt nicht zugestimmt hätte; andernfalls wird der geschuldete Betrag unter Berücksichtigung des Verhältnisses zwischen der im Vertrag festgesetzten Prämie und derjenigen, die festgesetzt worden wäre, wenn das höhere Risiko zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hätte, herabgesetzt."

Art. 1901 - Nichtbezahlung der Prämie

"Wenn der Versicherungsnehmer die Prämie oder die erste laut Vertrag festgesetzte Prämienrate nicht bezahlt, bleibt die Versicherung bis vierundzwanzig Uhr des Tages ausgesetzt, an dem der Versicherungsnehmer seine Schuld bezahlt

Wenn der Versicherungsnehmer die weiteren Prämien zu den vereinbarten Fälligkeiten nicht bezahlt, bleibt die Versicherung ab vierundzwanzig Uhr des fünfzehnten auf die Fälligkeit folgenden Tages ausgesetzt.

In den in den vorhergehenden beiden Absätzen vorgesehenen Fällen ist der Vertrag kraft Gesetzes aufgehoben, wenn der Versicherer nicht innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Fälligkeit der Prämie oder der Rate die Zahlung gerichtlich betreibt; der Versicherer hat lediglich Anspruch auf Zahlung der Prämie für den laufenden Versicherungsabschnitt und auf den Ersatz der Kosten. Die vorliegende Bestimmung gilt nicht für Lebensversicherungen."

Art. 1913- Benachrichtigung des Versicherers bei einem Schadensfall

"Der Versicherte hat den Versicherer oder den zum Abschluss des Vertrages ermächtigten Agenten von einem Schadensfall innerhalb von drei Tagen ab jenem Tag zu benachrichtigen, an dem sich der Schadensfall ereignet hat oder der Versicherte von demselben Kenntnis erlangt hat Die Benachrichtigung ist nicht notwendig, wenn der Versicherer oder der zum Abschluss des Vertrages ermächtigte Agent innerhalb der bezeichneten Frist an Rettungsmaßnahmen oder an Maßnahmen zur Ermittlung des Schadensfalls teilnimmt. Bei Versicherungen gegen Viehsterben hat die Benachrichtigung vorbehaltlich einer gegenteiligen Abmachung innerhalb von vierundzwanzig Stunden zu erfolgen."

Art. 1915 - Nichterfüllung der Pflicht zur Benachrichtigung oder Rettung

"Der Versicherte, der der Verpflichtung zur Benachrichtigung oder zur Rettung vorsätzlich nicht nachkommt, verliert das Recht auf die Entschädigung.

Wenn der Versicherte es fahrlässig unterlässt, diese Pflicht zu erfüllen, hat der Versicherer das Recht, die Entschädigung im Ausmaß des erlittenen Nachteils zu kürzen."

Art. 1916 - Recht des Versicherers auf Einsetzung

"Der Versicherer, der eine Entschädigung gezahlt hat, wird bis zum Betrag, der dieser entspricht, in die Rechte des Versicherten gegenüber den haftenden Dritten eingesetzt.

Außer bei Vorsatz findet die Einsetzung nicht statt, wenn die Kinder, die Vorfahren oder andere Verwandte oder Verschwägerte des Versicherten, die ständig mit ihm im selben Haushalt leben, oder Hausangestellte den Schaden verursacht haben.

Der Versicherte haftet dem Versicherer gegenüber für die Beeinträchtigung des Rechtes auf Einsetzung.

Die Bestimmungen dieses Artikels gelten auch für Versicherungen gegen Arbeitsunfälle und gegen zufällige Unglücksfälle."

Art. 1917 - Haftpflichtversicherung

"Bei einer Haftpflichtversicherung (1) ist der Versicherer verpflichtet, den Versicherten hinsichtlich dessen schadlos zu halten, was dieser infolge eines Ereignisses, das während der Versicherungszeit eingetreten ist, und auf Grund einer Haftung, auf die sich der Vertrag bezieht, an einen Dritten zahlen muss.. Ausgenommen bleiben Schäden, die aus vorsätzlich herbeigeführten Ereignissen herrühren. Der Versicherer ist befugt, nach Mitteilung an den Versicherten die geschuldete Entschädigung an den geschädigten Dritten direkt zu zahlen und ist zu einer solchen direkten Zahlung verpflichtet, wenn der Versicherte sie verlangt.

Die Kosten für die Abwehr einer vom Geschädigten gegen den Versicherten erhobenen Klage gehen bis zum Ausmaß eines Viertels der Versicherungssumme zu Lasten des Versicherers. Falls jedoch dem Geschädigten ein die Versicherungssumme übersteigender Betrag geschuldet wird, sind die Verfahrenskosten auf den Versicherer und den Versicherten im Verhältnis des jeweiligen Interesses aufzuteilen.

Der vom Geschädigten geklagte Versicherte kann dem Versicherer den Streit verkünden."

Art. 2114 - Pflichtvorsorge und Pflichtfürsorge

"Die Sondergesetze bestimmen die Fälle und die Formen der Pflichtvorsorge und Pflichtfürsorge sowie die entsprechenden Beiträge und Leistungen."

Art. 2952 – Verjährung von Ansprüchen aus einem Versicherungsverhältnis

"Der Anspruch auf Zahlung der die Prämie betreffenden Raten verjährt in einem Jahr ab den jeweiligen Fälligkeiten.

Die weiteren aus dem Versicherungsvertrag und aus dem Rückversicherungsvertrag herrührenden Ansprüche verjähren in zwei Jahren ab dem Tag, an dem sich der Vorfall, der den Anspruch begründet, ereignet hat, mit Ausnahme des Lebensversicherungsvertrags, in dessen Fall die Ansprüche in zehn Jahren verjähren.

Bei der Haftpflichtversicherung beginnt die Frist ab dem Tag zu laufen, an dem der Dritte vom Versicherten den Schadenersatz verlangt oder gegen ihn Klage erhoben hat.

Die Benachrichtigung des Versicherers über die vom geschädigten Dritten gestellte Forderung oder über die von diesem erhobene Klage hemmt den Lauf der Verjährung so lange, bis die Forderung des Geschädigten der Höhe nach feststeht und fällig ist oder der Anspruch des geschädigten Dritten verjährt ist.

Die Bestimmung des vorhergehenden Absatzes findet auch auf den Klagsanspruch Anwendung, der dem Rückversicherten gegenüber dem Rückversicherer wegen Zahlung der Entschädigung zusteht."

GESETZBUCH DER PRIVATEN VERSICHERUNGEN

Art. 166 - Erstellungskriterien

"Der Vertrag und alle sonstigen Unterlagen, die das Unternehmen dem Versicherungsnehmer übergibt, sind klar und vollständig abzufassen.

Die Klauseln, die auf die Verwirkung, das Erlöschen oder die Beschränkung der vom Versicherungsnehmer oder Versicherten zu tragenden Garantien oder Aufwendungen hinweisen, sind in besonders hervorgehobener Schrift darzustellen."

STRAFPROZESSORDNUNG

Art. 535 - Verurteilung zu den Kosten

Die Verurteilung legt der verurteilten Person die Zahlung der Prozesskosten [in Bezug auf die Straftaten, auf die sich die Verurteilung bezieht] auf.

- [2. Personen, die wegen derselben Straftat oder wegen damit zusammenhängender Straftaten verurteilt wurden, sind gesamtschuldnerisch zur Zahlung der Kosten verpflichtet. Personen, die in demselben Verfahren wegen nicht zusammenhängender Straftaten verurteilt wurden, haften gesamtschuldnerisch nur für die gemeinsamen Kosten in Bezug auf die Straftaten, für die sie verurteilt wurden.]
- 3. Zu Lasten des Verurteilen gegen die Unterhaltskosten während der Untersuchungshaft [285, 286], gemäß Artikel 692.
- 4. Hat das Gericht keine Entscheidung über die Kosten getroffen, wird das Urteil berichtigt gemäß Artikel 130.

DATENSCHUTZINFORMATION GEMÄSS KAPITEL III ABSCHNITT 2 DER EU-VERORDNUNG 2016/679 (GDPR) ZUR VERARBEITUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN

Gemäß Artikel 13 der europäischen Verordnung (EU) 2016/679 (GDPR) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr stellt Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (im Folgenden auch "Gesellschaft" genannt), der Verantwortliche für die Verarbeitung personenbezogener Daten, den betroffenen Personen die Informationen zur Verfügung, die ihre personenbezogenen Daten im Rahmen des Vertragsverhältnisses mitteilen, und beabsichtigt, diese Daten im Rahmen der von der Gesellschaft angebotenen Tätigkeiten zu verarbeiten.

Verantwortlicher der Verarbeitung

Der Verantwortliche für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, auf die in dieser Datenschutzinformation Bezug genommen wird, ist Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. mit Sitz in Via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO).

Art der gesammelten Daten

Bei den erhobenen Daten handelt es sich um personenbezogene Daten identifizierter oder identifizierbarer natürlicher Personen im Sinne von Artikel 4 Absatz 1 der DSGVO und um Daten besonderer Kategorien im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 der DSGVO.

Die Daten werden für die folgenden Zwecke im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Gesellschaft erhoben:

- a) Zwecke der Verarbeitung im Zusammenhang mit der Ausstellung und Verwaltung von Versicherungsverträgen, die mit der Gesellschaft abgeschlossen wurden, mit der Verwaltung von Verpflichtungen in Bezug auf Schadensersatz, mit der Erfüllung von spezifischen Anforderungen der betroffenen Person. Die Übermittlung der Daten ist für die Verfolgung dieser Zwecke notwendig, da sie für die Durchführung der oben genannten Verarbeitungen unbedingt erforderlich ist. Die Weigerung des Betroffenen kann für die Gesellschaft zur Unmöglichkeit führen, die angeforderte Leistung zu erbringen (Art der Mitteilung: Obligatorisch, Rechtsgrundlage: Vertraglich);
- b) Zwecke im Zusammenhang mit Verpflichtungen, die sich aus Gesetzen, Verordnungen und Bestimmungen der Behörden, der Gemeinschaftsgesetzgebung ergeben. Die Bereitstellung der für die Verfolgung dieser Zwecke erforderlichen Daten durch den Betroffenen oder Dritte ist obligatorisch. Eine Verweigerung führt zur Unmöglichkeit, das Vertragsverhältnis, auf das sich diese Informationen beziehen, zu begründen oder fortzusetzen (Art der Mitteilung: *Obligatorisch*, Rechtsgrundlage: *Rechtmäßig*);

 Zwecke im Zusammenhag mit After-Sales-Tätigkeiten, die darauf abziehen, den Grad der Zufriedenheit der Benutzer oder Geschädigten zu
- bewerten, sowie auf die Analyse und Marktforschung hinsichtlich der angebotenen Dienstleistungen. Eine Verweigerung würde es dem Unternehmen unmöglich machen, ein nützliches Feedback für die Verbesserung der Tätigkeit zu erhalten, die Gegenstand der Verarbeitung ist, hätte aber keine Auswirkungen auf die Ausführung der laufenden Vorgänge (Art der Mitteilung: Freiwillig, Rechtsgrundlage: Einvernehmlich);
- Zwecke im Zusammenhang mit kommerziellen Aktivitäten zur Förderung von Versicherungsdienstleistungen und -produkten, die von der Gesellschaft und der Nobis-Gruppe angeboten werden, wie z. B. das Versenden von Werbematerial und kommerziellen Mitteilungen durch den Einsatz traditioneller Kommunikationsmittel (wie Material auf dem Postwege und Telefonanrufe mit Vermittlung durch einen Mitarbeiter), automatisierter Kommunikation (wie Telefonanrufe ohne Vermittlung durch einen Mitarbeiter, E-Mail, Fax, mms, sms usw.) sowie durch das Einfügen von Werbe- und Verkaufsförderungsbotschaften in den für die Kunden der Gesellschaft reservierten Bereich der Website der Gesellschaft, gemäß Art. 38 bis der Ivass-Versordnung 35./2010 in der geltenden Fassung. Eine eventuelle Verweigerung würde es der Gesellschaft unmöglich machen, dem Betroffenen Werbung und nützliche Informationen zukommen zu lassen, hätte aber keine Auswirkungen auf die Durchführung der laufenden Vorgänge (Art der Mitteilung: Freiwillig, Rechtsgrundlage: Einvernehmlich).

Art der Verarbeitung

Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach den Grundsätzen der Korrektheit, Rechtmäßigkeit und Transparenz.

Die Gesellschaft gewährleistet die Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der gesammelten personenbezogenen Daten, die Nicht-Sichtbarkeit und Nicht-Zugänglichkeit von öffentlichen Zugangsbereichen.

Die Verarbeitung erfolgt in automatisierter und/oder manueller Form, durch speziell beauftragte Personen, in Übereinstimmung mit der Sicherheit der Verarbeitung, wie in Artikel 32 der GSDVO vorgesehen.

Die Gesellschaft stellt geeignete organisatorische und technologische Maßnahmen bereit, damit diese Politik innerhalb der Gesellschaft befolgt wird, um die gesammelten personenbezogenen Daten zu schützen.

Die Verarbeitung und Speicherung der Daten werden in Italien durchgeführt. Auf ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen können die verarbeiteten personenbezogenen Daten an ausländische Subjekte übermittelt werden, die an der Verarbeitung der Vorgänge beteiligt sind, außer im Falle von Hindernissen, die durch strenge Vorschriften, offensichtlichen Mangel an Sicherheitsmaßnahmen seitens des empfangenden Subjekts zum Schutz der Vertraulichkeit der übermittelten Informationen, Hinweise der Behörden erforderlich werden.

5. Profilierung
Die Gesellschaft führt keine Profiling-Aktivitäten mit den gesammelten personenbezogenen Daten durch, die sich auf die in Absatz 3 genannten Zwecke beziehen.

Mitteilung und Verbreitung der Daten

Die für die oben genannten Zwecke verarbeiteten personenbezogenen Daten können an die folgenden Kategorien von Subjekten weitergegeben werden:

- · interne Subjekte des Unternehmens, die für die oben genannten Verarbeitungen zuständig sind;
- externe Subjekte, die die Verarbeitung unterstützen, wie z.B. Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, Gutachter, Werkstätten und Karosseriewerkstätten sowie Subjekte, die zum Vertriebsnetz der Gesellschaft gehören;
- · andere Unternehmensfunktionen oder externe Subjekte mit ergänzendem und funktionellem Charakter, wie z.B. Konsortialgesellschaften im Versicherungsbereich, Banken und Finanzgesellschaften, Rückversicherer, Mitversicherer, Unternehmen, die mit der Zustellung von Korrespondenz beauftragt sind, Subjekte, die mit der Beratung und mit steuerlichen, finanziellen, rechtlichen, IT-, Datenspeicherungsaufgaben, der Prüfung und Zertifizierung von Jahresabschlüssen beauftragt sind;
- Subjekte, die von den Aufsichtsbehörden mit der Erhebung von Versicherungsdaten für Zwecke der Statistik, der Betrugsbekämpfung, der Geldwäschebekämpfung und der Terrorismusbekämpfung beauftragt wurden;
- Muttergesellschaften und/oder mit der Gesellschaft verbundene Unternehmen;
- Öffentliche Kontroll-, Aufsichts- und Sicherheitsbehörden.

Es ist keine Form der Verbreitung der gesammelten Daten vorgesehen.

Die gesammelten personenbezogenen Daten werden in die Datenbank der Gesellschaft eingegeben und für den Zeitraum gespeichert, der von den geltenden Vorschriften für die Verwaltung des Vertragsverhältnisses erlaubt oder vorgeschrieben ist, sowie für den Zeitraum, der erforderlich ist, um Ihnen und dem Verantwortlichen den rechtlichen Schutz zu gewährleisten, nach dessen Ablauf sie innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen gelöscht oder anonymisiert werden.

Widerruft die betroffene Person ihre Einwilligung in die jeweilige Verarbeitung, werden die Daten innerhalb von 30 Werktagen nach Eingang des Widerrufs gelöscht oder anonymisiert.

Rechte des Betroffenen

Die betroffene Person kann die Rechte gemäß Art. 15 (Recht auf Auskunft der betroffenen Person), Art. 16 (Recht auf Berichtigung), Art. 17 (Recht auf Löschung, "Recht auf Vergessenwerden"), Art. 18 (Recht auf Einschränkung der Verarbeitung), Art. 20 (Recht auf Datenübertragbarkeit) und Art. 21 (Widerspruchsrecht) der Verordnung (EU) 2016/679 geltend machen, indem sie einen Brief per Einschreiben mit Rückschein an die Einsatzzentrale von Agrate Brianza (MB), an die Personalabteilung oder per E-Mail richtet an info@nobis.it oder an nobisassicurazioni@pec.it.

Der Betroffene hat auch das Recht, direkt bei der Aufsichtsbehörde für den Schutz personenbezogener Daten eine Beschwerde einzureichen, und zwar innerhalb der in den geltenden Vorschriften vorgesehenen Fristen und unter Beachtung der auf der offiziellen Website der Behörde unter www.garanteprivacy.it veröffentlichten Verfahren und Hinweise.

Notes

Notes

Notes



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sitz der Gesellschaft:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Geschäftsführung:

Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

Dieser Informationssatz wird zum 1. Dezember 2020 aktualisiert



POLICE Nr. 6003000619/F

Die zu Gunsten des Versicherungsnehmers wirkenden Garantien und die Versicherungssummen sind nachstehend aufgeführt. Wir weisen Sie darauf hin, dass die Einzelheiten der einzelnen Garantien in den Versicherungsbedingungen enthalten sind, von denen dieser Schein ein wesentlicher Bestandteil ist.

Die Bruttoprämie für jeden einzelnen Versicherten beträgt 4,50 € pro Weg. Bei Buchung eines Tickets für 4 zahlende Fahrgäste, bestehend aus 2 Erwachsenen + 2 Kindern bis 12 Jahre (nicht vollendet), beträgt die pauschale Bruttoprämie pro Strecke € 14,00.

GARANTIEN	GELTENDE GARANTIEN		VERSICHERTE SUMMEN
	JA	NEIN	
KAPITEL 1 - MEDIZINISCHE AUSGABEN (Reisen in Italien)	Х		5.000,00 €
KAPITEL 1 - ARZTKOSTEN (Reisen in Europa)	Х		5.000,00 €
KAPITEL 1 - ARZTKOSTEN (Reisen weltweit)	Х		5.000,00 €
KAPITEL 2 - TAGEGELD BEI KRANKENHAUSAUFENTHALT NACH COVID- INFEKTION	Х		1.000,00€
KAPITEL 3 - GENESUNGSGELD	Х		1.500,00 €
KAPITEL 4 - PERSÖNLICHE BETREUUNG	Х		Siehe Versicherungsbedingungen
KAPITEL 5 - REISEGEPÄCK (Reisen in Italien)	Х		1.500,00 €
KAPITEL 5 - REISEGEPÄCK (Reisen in Europa)	Х		1.500,00 €
KAPITEL 5 - REISEGEPÄCK (Reisen weltweit)	Х		1.500,00 €
KAPITEL 6 - REISERÜCKTRITT ALLE RISIKEN	Х		5.000,00 €
KAPITEL 7 - UNFÄLLE	Х		30.000,00€
KAPITEL 8 - FAHRZEUG-SERVICE	Х		Siehe Versicherungsbedingungen
KAPITEL 9 - HÄUSLICHE PFLEGE	Х		Siehe Versicherungsbedingungen
KAPITEL 10 - UNTERBRECHUNG DER REISE WEGEN QUARANTÄNE	Х		Siehe Versicherungsbedingungen
KAPITEL 11 - WOHNUNGSHILFE	Х		Siehe Versicherungsbedingungen

PFLICHTEN DES VERSICHERTEN IM SCHADENFALL

Persönliche Betreuung

Im Falle eines Unfalls wenden Sie sich bitte SOFORT an das Operative Zentrum des Unternehmens, das 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr in Betrieb ist, und zwar unter der Nummer+39/039/9890.702

Andere Garantien

Alle Ansprüche müssen auf eine der folgenden Arten gemeldet werden:

- **Über das Internet** (unter <u>www.nobis.i</u>t Abschnitt "Denuncia On-Line") entsprechend den jeweiligen Anweisungen.
- Auf dem Postweg, indem Sie die Korrespondenz und die dazugehörigen Unterlagen an die folgende Adresse senden:

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI - Ufficio Sinistri Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Direzionale Colleoni 20864 AGRATE BRIANZA (MB), Italien

