SCEGLI COL CUORE - PER CHI AMI

Temporäre Versicherung für den Todesfall mit konstantem Kapital und konstanter Jahresprämie für Nichtraucher und Raucher

Dieses Informationspaket enthält:

Vorvertragliches Informationsdokument für Lebensversicherungsprodukte, bei denen es sich nicht um Versicherungsanlageprodukte handelt (**VID Leben**)

Ergänzendes Vorvertragliches Informationsdokument für Lebensversicherungsprodukte, bei denen es sich nicht um Versicherungsanlageprodukte handelt (**Ergänzendes VID Leben**)

Versicherungsbedingungen einschließlich Begriffsbestimmungen

Antragsformular

Diese Übersetzung der Informationen aus dem Italienischen ins Deutsche wurde ist eine Höflichkeitsübersetzung, die nur zu Informationszwecken vorgenommen und hat keine vertragliche Gültigkeit. Im Falle von Unstimmigkeiten oder Auslassungen in der deutschen Übersetzung sind die Vertragsunterlagen in italienischer Sprache maßgebend, für die die auf italienischem Gebiet geltenden Vorschriften Anwendung finden.

Generali Italia S.p.A. - Mod. GVSCCPCA - Fassung: 02/2026

Der Vertrag ist gemäß den Leitlinien des von ANIA [Gesamtstaatliche Vereinigung der italienischen Versicherungsunternehmen] koordinierten Technischen Gremiums „Einfache und klare Verträge“ abgefasst.

GENERALI

Absichtlich leer gelassene Seite

Temporäre Versicherung für den Todesfall mit konstantem Kapital und konstanter Jahresprämie für Nichtraucher und Raucher

Vorvertragliches Informationsdokument für Lebensversicherungsprodukte, bei denen es sich nicht um Versicherungsanlageprodukte handelt (VID Leben)

Versicherungsunternehmen: GENERALI ITALIA S.p.A. **Produkt: Scegli col cuore - Per chi ami**

Datum der Aktualisierung des Dokuments: 14/01/2026
(Das veröffentlichte VID Leben ist die letzte verfügbare Fassung)

Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen über das Produkt werden in anderen Unterlagen bereitgestellt.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Temporäre Versicherung im Falle des Todes

Was ist versichert? Was sind die Leistungen?

HAUPTLEISTUNG

Leistungen im Falle des Todes

„Scegli col cuore - Per chi ami" bietet im Fall des Todes des Versicherten eine Leistung in Form eines konstanten Kapitales gegen Zahlung einer konstanten Jahresprämie. Das versicherbare Mindestkapital wird festgelegt ab einer Mindestprämie von 80 €. Das tatsächlich versicherte Kapital ist in der Police angegeben.

ZUSÄTZLICHER VERSICHERUNGSSCHUTZ

Leistung bei schwerer Krankheit (fakultativ)

✓ **TUTELA SALUTE (GESUNDHEITSSCHUTZ) mit konstantem Jahresbeitrag und Kapital**
Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann die Leistung bei Unterzeichnung des Vertrags durch einen zusätzlichen Versicherungsschutz für schwere Krankheit ergänzt werden, die nach Inkrafttreten des Vertrags oder seiner eventuellen Reaktivierung auftritt. Das versicherbare Kapital wird vom Versicherungsnehmer zwischen 10.000 €, 20.000 €, 30.000 € und 40.000 € ausgewählt. Das maximal versicherbare Kapital beträgt 40.000 € (auch unter Berücksichtigung etwaiger anderer „Scegli col cuore - Per chi ami"-Policen mit einer Versicherung für schwere Krankheit für denselben Versicherten) und kann in keinem Fall das versicherte Kapital der Hauptleistung übersteigen.

Leistungen im Fall des Todes (fakultativ)

✓ **TUTELA PLUS (A.C.M.A.-I.S.) (SCHUTZ PLUS) mit konstanter Jahresprämie und Kapital**
Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann die Leistung bei Unterzeichnung des Vertrags durch einen zusätzlichen Versicherungsschutz für den Fall des Todes durch Unfallverletzung ergänzt werden: tritt der Tod des Versicherten während der Laufzeit des zusätzlichen Versicherungsschutzes als unmittelbare und ausschließliche Folge von objektiv feststellbaren Verletzungen durch von außen kommende nicht vorsätzlich herbeigeführte Ursachen ein, wird die Zusatzleistung an den Begünstigten bezahlt, und zwar in doppelter Höhe, wenn der Tod des Versicherten durch Unfallverletzung infolge Straßenverkehrsunfall eingetreten ist. Das versicherbare Mindestkapital beträgt 5.000 €, das maximal versicherbare Kapital entspricht

Was ist nicht versichert?

HAUPTLEISTUNG

✘ Personen, die bei Unterzeichnung des Vertrags noch nicht 18 Jahre alt sind oder 78 Jahre und 6 Monate alt oder älter sind.

ZUSÄTZLICHER VERSICHERUNGSSCHUTZ

✘ Personen, die bei Unterzeichnung des Vertrags noch nicht 18 Jahre alt sind oder 68 Jahre und 6 Monate alt oder älter sind.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Ausschlüsse für bestimmte Todesursachen:

! vorsätzliche Straftaten (ital.: delitti dolosi) des Versicherungsnehmers, Versicherten oder Begünstigten

! aktive Beteiligung an Kriegshandlungen, Terrorismus, Volksunruhen

! Nuklearereignisse

! Führen von Fahrzeugen und Wasserfahrzeugen ohne spezifischen Führerschein

! Flugverkehrsunfälle auf Fortbewegungsmitteln oder mit nicht zugelassenen Piloten

! Selbstmord in den ersten 2 Jahren oder im Falle einer Reaktivierung der Versicherung

! nicht angegebene gefährliche sportliche Aktivitäten (beim Ausfüllen des Fragebogens für den Antrag „Smart" immer ausgeschlossen)

! nicht angegebene gefährliche berufliche Aktivitäten (beim Ausfüllen des Fragebogens für den Antrag „Smart" immer ausgeschlossen).

Einschränkungen des Versicherungsschutzes bei fehlender ärztlicher Untersuchung:

! 6 Monate (außer im Fall des Tod infolge einer Unfallverletzung oder bestimmter Infektionskrankheiten).

Für den ergänzenden Versicherungsschutz bestehen weitere spezifische Ausschlüsse und Einschränkungen.

dem versicherten Kapital der Hauptleistung mit einem Höchstbetrag von 500.000 €. Für Kunden, die an dem Programm „Più Generali“ teilnehmen, ist eine niedrigere Prämie für das gleiche versicherte Kapital vorgesehen.

✓ **TUTELA FAMILY CARE (SCHUTZ FAMILY CARE) mit konstanter Jahresprämie und Kapital**
Kunden, die am Programm „Più Generali“ teilnehmen, können bei Unterzeichnung des Vertrags die Hauptleistung ergänzen durch einen zusätzlichen Versicherungsschutz für den Tod des Versicherten und eines Familienmitglieds, mit dem er in häuslicher Gemeinschaft lebt, infolge derselben Unfallverletzung; wenn der Versicherte und mindestens ein Familienmitglied, mit dem er in häuslicher Gemeinschaft lebt, vor Ablauf des fakultativen Versicherungsschutzes infolge desselben Ereignisses und derselben nicht vorsätzlich herbeigeführten Ursache sterben, wird die Zusatzleistung bezahlt. Das versicherbare Mindestkapital beträgt 5.000 €, das maximal versicherbare Kapital entspricht dem versicherten Kapital der Hauptleistung mit einem Höchstbetrag von 250.000 €.

Für jeden zusätzlichen Versicherungsschutz ist das tatsächlich versicherte Kapital in der Police angegeben.

Generali Italia stellt dem Versicherungsnehmer außerdem den Service W Benessere zur Verfügung, der es ihm ermöglicht, Untersuchungen und diagnostische Abklärungen zu ermäßigten Tarifen im Generali Welion-Netzwerk zu buchen.

Wo gilt der Versicherungsschutz?

Die Versicherung deckt das Risiko weltweit, außer in Ländern, in denen ein erklärter oder nicht erklärter Krieg oder ein Bürgerkrieg herrscht: der Versicherungsschutz gilt nicht, wenn sich der Versicherte bereits in dem von den Kriegshandlungen betroffenen Gebiet befindet und der Tod 14 Tage nach Beginn der Feindseligkeiten eintritt oder wenn der Versicherte in ein Land reist, in dem bereits eine Kriegssituation oder ähnliches herrscht.

Welche Verpflichtungen habe ich?

Die Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten müssen wahrheitsgemäß, genau und vollständig sein. Wenn der Versicherte, der sich als Nichtraucher deklariert hat, mit dem Rauchen beginnt oder es wieder anfängt, auch wenn dies nur sporadisch geschieht, oder wenn der Versicherte mit der Ausübung neuer gefährlicher sportlicher Aktivitäten beginnt, die bei Unterzeichnung des Versicherungsantrags mit dem Fragebogen „Standard“ nicht angegeben wurden, muss der Versicherte oder der Versicherungsnehmer dies Generali Italia unverzüglich schriftlich mitteilen.

Der Antrag auf Auszahlung wegen Todesfalls ist schriftlich an Generali Italia oder an diejenige Agentur, der der Vertrag zugewiesen ist, zu richten; dem Antrag sind beizufügen: Personalausweis und Steuernummer des Antragstellers, Sterbeurkunde oder, wenn es sich bei den Begünstigten um die Erben handelt, die von einem Erben unterzeichnete Eigenerklärung [ital.: autocertificazione della morte] über den Tod des Versicherten, Gesundheitsunterlagen, Informationen und Unterlagen hinsichtlich des Testaments und die Benennung der Begünstigten sowie alle zusätzlichen Unterlagen, die von Generali Italia ggfs. angefordert werden, wenn der konkrete Fall spezifischen Klärungsbedarf erfordert.

Wann und wie muss ich bezahlen?

Die Prämie für die Hauptversicherung wird in Abhängigkeit von der Höhe des versicherten Kapitals, der gewählten Laufzeit, dem Nichtraucher- bzw. Raucherstatus des Versicherten, seinem Alter, seinem Gesundheitszustand, seinen ausgeübten sportlichen und beruflichen Aktivitäten und seinem Lebensstil festgelegt (wenn der Fragebogen für den Antrag „Standard“ ausgefüllt wird).

Die Prämie für die Zusatzversicherungen „Tutela Plus“ und „Tutela Family Care“ wird in Abhängigkeit von der Höhe des jeweiligen versicherten Kapitals festgelegt. Die Prämie für die Zusatzversicherung „Tutela Salute” wird in Abhängigkeit von der Höhe des jeweiligen versicherten Kapitals, des Alters des Versicherten und der Laufzeit der Versicherung festgelegt.

Der Vertrag sieht die Zahlung von Jahresprämien in konstanter Höhe während der gesamten Vertragslaufzeit vor. Der Versicherungsnehmer hat die Prämien für die fakultativen Zusatzversicherungen zusammen mit und in gleicher Weise wie die Jahresprämien für die Hauptversicherung zu bezahlen. Die erste Jahresprämie ist, auch wenn sie in mehrere Raten aufgeteilt ist, in voller Höhe geschuldet.

Die Zahlung der Prämie kann erfolgen durch:

- P.O.S. oder andere elektronische Zahlungsmittel in der Agentur
- Postzahlschein
- nicht übertragbaren Zirkularscheck
- nicht übertragbaren Bank- oder Postscheck
- Banküberweisung
- SEPA-Lastschrift (SDD) (obligatorisch bei halbjährlicher oder monatlicher Prämienzahlung)
- andere, von den Bank- oder Postdiensten angebotene, Art und Weise
- Zahlung der anderen Police(n) durch Generali Italia zum selben Zeitpunkt.

Eine Bezahlung der Prämien in bar ist nicht möglich.

Der Versicherungsnehmer kann die Jahresprämie in halbjährlichen oder monatlichen Raten bezahlen; in diesem Fall erhöht sich die Prämie um 1 %.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Die Mindestlaufzeit beträgt 2 Jahre und die Höchstlaufzeit beträgt 25 Jahre. Das Alter des Versicherten bei Ablauf muss weniger als 80 Jahre und 6 Monate betragen.

Die Laufzeit des fakultativen zusätzlichen Versicherungsschutzes entspricht der Vertragsdauer, mit Ausnahme der vorzeitigen Auflösung beginnend ab der jährlichen Erneuerung vor dem 70. Lebensjahr und 6 Monaten des Versicherten.

Der Service W Benessere wird für eine Laufzeit von 2 Jahren ab dem in der Police angegebenen Datum des Beginns erbracht und kann stillschweigend um Zeiträume gleicher Dauer verlängert werden, jedoch nicht über das Ende des Vertrags hinaus. Generali Italia informiert den Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage im Voraus über die Beendigung des Services.

Der Vertrag kommt zustande, wenn Generali Italia dem Versicherungsnehmer die Police ausgestellt hat oder der Versicherungsnehmer die schriftliche Zustimmung von Generali Italia zu dem Antrag erhalten hat. Der Vertrag tritt, sofern die Prämie bezahlt wurde, um 24:00 Uhr des in der Police angegebenen Datums des Beginns in Kraft, das mit dem Vertragsabschluss zusammenfällt oder diesem folgt. Wird die Prämie nach diesem Zeitpunkt bezahlt, tritt der Vertrag um 24:00 Uhr des Zahlungstages in Kraft. Wenn die Zahlungsart gewählt wird:

- P.O.S., Scheck oder Banküberweisung, so gilt die Prämie an dem Tag als bezahlt, an dem sie tatsächlich auf dem Girokonto von Generali Italia oder auf dem entsprechenden Konto des Vermittlers gutgeschrieben wird
- Einzahlungsschein vom Postgirokonto, so gilt die Prämie als an dem von der Post gestempelten Datum als bezahlt
- SEPA-Lastschriftverfahren (SDD), so gilt die Prämie vorbehaltlich des erfolgreichen Abschlusses der Abbuchungen an dem Tag als bezahlt, der in der Police für die Zahlung sowohl der ersten als auch der folgenden Prämienrate angegeben ist.

Wie kann ich den Antrag widerrufen, vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag kündigen?

Solange der Vertrag nicht abgeschlossen ist, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsantrag per Einschreiben an die Agentur, bei der er unterzeichnet wurde, widerrufen.

Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von 30 Tagen nach Vertragsabschluss durch ein Einschreiben an die Agentur, der der Vertrag zugewiesen wurde, vom Vertrag zurücktreten.

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag durch Aussetzung der Prämienzahlungen kündigen.

Sind Rückkäufe oder Ermäßigungen vorgesehen? ☐ JA ☑ NEIN

Es gibt keine Rückkaufs- und Ermäßigungswerte.

Im Falle einer Unterbrechung der Prämienzahlungen kann der Vertrag innerhalb eines Jahres nach Fälligkeit der ersten unbezahlten Rate reaktiviert werden; dies auf ausdrücklichen schriftlichen Antrag des Versicherungsnehmers und mit schriftlicher Zustimmung von Generali Italia, die neue medizinische Abklärungen verlangen und in Ansehung des Ergebnisses dieser entscheiden kann.

Absichtlich leer gelassene Seite

Befristete Versicherung für den Todesfall mit konstanter Kapitalsumme

Ergänzendes Vorvertragliches Informationsdokument für Lebensversicherungsprodukte, bei denen es sich nicht um Versicherungsanlageprodukte handelt (Ergänzendes VID Leben)

Produkt: Scegli col cuore - Per chi ami

Datum der Aktualisierung: 03.02.2026

Das veröffentlichte Ergänzende VID LEBEN ist die letzte verfügbare Fassung

Zweck

Dieses Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zu den im vorvertraglichen Informationsdokument für Lebensversicherungsprodukte, bei denen es sich nicht um Versicherungsanlageprodukte handelt (VID Leben) enthaltenen Informationen, um dem potenziellen Versicherungsnehmer dabei behilflich zu sein, die Produkteigenschaften, insbesondere in Bezug auf Versicherungsschutz, Einschränkungen, Ausschlüsse, Kosten, sowie die Vermögenslage des Unternehmens genauer zu verstehen.

Der Versicherungsnehmer muss die Versicherungsbedingungen vor Unterzeichnung des Vertrags lesen.

Versicherungsgesellschaft

GENERALI ITALIA S.p.A. ist eine Gesellschaft der Generali-Gruppe mit Sitz in Via Marocchesa 14 - 31021 Mogliano Veneto (Provinz Treviso (TV)) - ITALIEN; Telefonnummer: 041.5492111; Webseite: www.generali.it; E-MailAdresse: info.it@generali.com; zertifizierte Email- Adresse (PEC): generaliitalia@pec.generaligroup.com. Generali Italia ist durch den Erlass Nr. 289 des Ministeriums für Industrie, Handel und Handwerk vom 02.12.1927 zugelassen und unter der Nummer 1.00021 in das Register der Versicherungsunternehmen eingetragen.

Eigenkapital zum 31.12.2024: 9.102.202.252 €, davon wirtschaftliches Ergebnis der Periode 1.165.471.690 €. Die Daten beziehen sich auf den letzten festgestellten Jahresabschluss.

Solvabilitätskoeffizient (solvency ratio): 228 % (diese Kennzahl entspricht dem Verhältnis zwischen dem Betrag der Basiseigenmittel und dem Betrag der Solvabilitätskapitalanforderung gemäß den geltenden Vorschriften).

Der Bericht zur Solvabilität und Finanzlage des Unternehmens (SFCR) ist verfügbar auf der Webseite www.generali.it

Auf den Vertrag ist italienisches Recht anwendbar.

Produkt

Was nicht versichert ist

Ausgeschlossene Risiken	Es gibt keine weitergehenden Informationen als jene, die im VID Leben bereitgestellt werden.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

HAUPTLEISTUNG

Die Ausschlüsse für bestimmte Todesursachen sind im VID Leben festgelegt.

Einschränkungen: die Versicherung gilt, wenn sich der Versicherte einer ärztlichen Untersuchung und den von Generali Italia verlangten zusätzlichen medizinischen Abklärungen unterzogen hat.

Der Versicherte kann auf eine ärztliche Untersuchung verzichten, wenn er jünger als 65 Jahre und 6 Monate alt ist und das versicherte Kapital 600.000 € oder weniger beträgt. Bei Fehlen einer ärztlichen Untersuchung gilt die Versicherung in den ersten 6 Monaten nach Inkrafttreten des Vertrags (Karenzzeit) nur im Falle des Todes als unmittelbare Folgen (die nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes eingetreten sind) von:

- einer akuten Infektionskrankheit oder eines anaphylaktischer Schock und
- Unfallverletzung, außer wie in den Ausschlüssen angegeben.

ZUSÄTZLICHER VERSICHERUNGSSCHUTZ

TUTELA SALUTE

Ausschlüsse

- Aortenchirurgie, Herzklappenchirurgie, aortokoronare Bypass-Operation, Dialyse bei Nierenversagen, Transplantation wichtiger Organe, wenn diese Eingriffe infolge von angeborenen Anomalien, Unfallverletzungsfolgen oder Krankheiten durchgeführt werden, die vor dem Inkrafttreten der Versicherung oder ihrer möglichen Reaktivierung zu Symptomen, Behandlungen, Untersuchungen, Diagnosen geführt haben.

Darüber hinaus gelten die folgenden Ausschlüsse für einzelne Krankheiten.

- Krebs: **mit Ausnahme von** Tumoren, die Merkmale eines Carcinoma in situ aufweisen oder histologisch als prämaligne oder nicht-invasive Tumoren beschrieben werden, Hauttumoren ohne Metastasen, nicht lebensbedrohliche Tumoren
- Aortenchirurgie: **mit Ausnahme von** Operationen infolge von traumatischen Verletzungen der Aorta
- Herzklappenchirurgie: **mit Ausnahme von** Ersatz von Herzklappenprothesen

- Koronararterien-Bypass-Chirurgie: **mit Ausnahme von** Angioplastie, Implantation eines Stents, andere perkutane oder nicht-chirurgische Verfahren
- Ictus: **mit Ausnahme von** transitorisch ischämischem Attacken, Schlaganfällen, die nur zu Gedächtnis- oder Persönlichkeitsveränderungen führen, Hirnsymptome aufgrund von Migräne, Hirnläsionen als Folge eines Traumas oder einer Hypoxie, ischämische Gefäßerkrankungen, die das Auge, den Sehnerv oder das Gleichgewichtssystem betreffen
- akutes Koronarsyndrom: **mit Ausnahme von** stabiler Angina pectoris, instabiler Angina, medikamenteninduziertem Koronarsyndrom, Takotsubo-Syndrom
- Niereninsuffizienz: **mit Ausnahme von** Formen, die keine regelmäßige chronische Dialyse erfordern
- Transplantation von Hauptorganen: **mit Ausnahme von** Transplantation von anderen Organen, Teilen von Organen oder anderen Geweben oder Zellen. Einschränkungen: es gelten die Bestimmungen der Hauptversicherung.

TUTELA PLUS (A.C.M.A. - I.S.) und TUTELA FAMILY CARE
Ausschlüsse
Zusätzlich zu den für die Hauptversicherung vorgesehenen Ausschlüssen ist der Tod ausgeschlossen aufgrund von:
– Zustand der Trunkenheit, Missbrauch von psychotropen Drogen und Drogenkonsum
– nuklearer oder chemischer Verseuchung, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen
– Malaria, Vergiftungen und Infektionen
– Operationen, die nicht durch die Unfallverletzung notwendig wurden

Einschränkungen: der zusätzliche Deckungsschutz gilt nicht, wenn der Tod ein Jahr nach dem Tag der Verletzungen eintritt.

An wen richtet sich dieses Produkt?

Bei „Scegli col cuore - Per chi ami“ handelt es sich um ein Versicherungsprodukt, das sich an Privatkunden oder Geschäftskunden mit Bedarf für Schutz richtet.

Welche Kosten kommen auf mich zu?

Beinhaltete, die Prämie belastende Kosten

Gebühren	Beträge
der Ausstellung	10 €
der Ersetzung	10 €
des Empfangs	3,5 € 0,5 € (für SDD-Zahlungen)

Die Ersetzungsgebühren fallen an, wenn der Vertrag als Ersatz für einen oder mehrere Lebensversicherungsverträge abgeschlossen wird.

Die Empfangsgebühren fallen auf die der ersten Rate folgenden Prämienraten an.

Belastungen

Prozentuale Kosten	Art der Versicherung
15,0 % (mind. 60 €)	Hauptversicherung
15,0 %	Zusätzlicher Versicherungsschutz „Tutela Salute“
12,0 %	Zusätzlicher Versicherungsschutz „Tutela Plus”
18,0 %	Zusätzlicher Versicherungsschutz „Tutela Family Care”

Die prozentualen Kosten werden auf die Prämie abzüglich der Ausstellungs- oder Empfangsgebühren angewandt.

Ist eine vorherige Überprüfung des Gesundheitszustands des Versicherten durch eine ärztliche Untersuchung erforderlich, so gehen die Kosten hierfür - in Höhe des Honorars des Arztes oder der Einrichtung, an die der Versicherte überwiesen wurde - zu Lasten des Versicherungsnehmers.

Zuschläge für die Ratenstückelung

Ratenzahlung	Zuschlag
Halbjährlich und monatlich	1,0 %

Vermittlungskosten
Anteil, den der Vermittler in Bezug auf den gesamten Provisionsfluss erhält: 29,2 %.

WIE KANN ICH BESCHWERDEN EINREICHEN UND STREITIGKEITEN BEILEGEN?

Beim Versicherungsunternehmen	Beschwerden können auf folgende Weise eingereicht werden: – mittels Brief an Generali Italia S.p.A. - Customer Advocacy e Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati 23 -00187 Rom; – über die Webseite des Unternehmens www.generali.it im Bereich Beschwerden;

Beim Versicherungsunternehmen	– per E-Mail an die Adresse reclami.it@generali.com. Die für die Bearbeitung von Beschwerden zuständige Unternehmensabteilung ist Customer Advocacy e Tutela Cliente. Die Rückmeldung muss innerhalb von 45 Tagen erfolgen. Die Frist kann für ergänzende Untersuchungen im Falle einer Beschwerde über das Verhalten der Versicherungsvertreter sowie ihrer Angestellten und Mitarbeiter für höchstens 15 Tage ausgesetzt werden.
Bei IVASS	Im Falle, dass Sie mit dem Ergebnis nicht zufrieden sind oder einer verspäteten Rückmeldung wenden Sie sich bitte an IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Das Formular für die Einreichung einer Beschwerde bei der IVASS finden Sie auf der Webseite www.ivass.it im Abschnitt „Für Verbraucher - Beschwerden“.
VOR ANRUFUNG DER JUSTIZBEHÖRDE können alternative Streitbeilegungsverfahren genutzt werden, wie z. B:	
Versicherungs-Ombudsmann (Arbitro Assicurativo)	Die Anrufung des Versicherungsombudsmanns ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen obligatorisch und stellt als Alternative zur Mediation eine Zulässigkeitsvoraussetzung für ein etwaiges gerichtliches Verfahren dar. Der Antrag ist über das auf der Website des Versicherungs-Ombudsmannes (www.arbitroassicurativo.org) verfügbare Portal einzureichen, auf dem die Zulässigkeitsvoraussetzungen, die weiteren Informationen zur Einreichung des Antrags und alle sonstigen nützlichen Hinweise eingesehen werden können.
Mediation	Obligatorisch ist die gesetzlich als Zulässigkeitsvoraussetzung vorgesehene Mediation bei Versicherungsstreitigkeiten. Der Antrag ist an die PEC-Adresse generali_mediazione@pec.generaligroup.com zu senden oder an den Geschäftssitz von Generali zu richten. Es besteht die Möglichkeit, sich an eine der auf der Liste des Justizministeriums aufgeführten Mediationsstellen zu wenden; die Liste kann unter www.giustizia.it abgerufen werden (Gesetz Nr. 98 vom 09.08.2013).
Verhandlungsverfahren mit Rechtsbeistand	Es besteht die Möglichkeit, vorsorglich ein Verhandlungsverfahren mit Rechtsbeistand durchzuführen mittels an Generali Italia gerichteten Antrags Ihres Rechtsanwalts.
Andere Verfahren zur alternativen Streitbeilegung	FIN-NET-Verfahren für die Beilegung grenzüberschreitender Streitigkeiten. Es besteht die Möglichkeit, eine Beschwerde bei IVASS einzureichen oder das FIN-NET-Netz zu aktivieren, indem man sich an die Stelle wendet, die das Netz in dem Land verwaltet, in dem das Versicherungsunternehmen seinen Sitz hat (diese ist auf der Website der Europäischen Kommission zu finden): Netz für die Streitbeilegung im Bereich Finanzdienstleistungen: FIN-NET - Europäische Kommission oder https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_de)
FISKALREGIME	
Auf den Vertrag anwendbare steuerliche Behandlung	Die steuerliche Behandlung des Vertrags nach italienischem Recht wird im Folgenden dargelegt. Diese Behandlung hängt von der individuellen Situation jedes Versicherungsnehmers (oder Begünstigten, falls abweichend) ab und kann auch in Zukunft geändert werden. **Steuerliche Absetzbarkeit der Prämien** Die Prämie berechtigt den Versicherungsnehmer zu einem persönlichen Einkommenssteuerabzug sowohl für den Teil, der das Todesfallrisiko betrifft, als auch für den Teil, der das Risiko einer schweren Krankheit betrifft, sofern die versicherten schweren Krankheiten zu einer dauerhaften Invalidität von mindestens 5 % führen. Um den Abzug in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte, sofern er nicht mit dem Versicherungsnehmer identisch ist, steuerlich zu Lasten des Letztgenannten resultieren. **Steuer auf Prämien für die zusätzliche Deckung Unfallverletzungen für den Todesfall** Auf die Prämien für die zusätzliche Deckung Unfallverletzungen für den Todesfall wird eine Steuer von 2,5 % erhoben. Besteuerung der versicherten Leistungen Die von der Generali Italia geschuldeten Beträge: • sind bei Auszahlung an eine natürliche Person im Falle des Todes des Versicherten von der Einkommensteuer (Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRPEF) und der Erbschaftssteuer befreit • sind bei Auszahlung an eine natürliche Person im Falle einer schweren Erkrankung des Versicherten von der IRPEF befreit • stellen bei Auszahlung an eine juristische Person ein Geschäftseinkommen dar.
Was ist das Recht auf Vergessenwerden bei Krebserkrankungen?	
Recht auf Vergessenwerden bei Krebserkrankungen	Wenn bei dem **Kunden** in **der Vergangenheit eine Krebserkrankung bestand** - deren aktive Behandlung gemäß den Bestimmungen des Gesetzes Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 und den entsprechenden Durchführungsbestimmungen seit mehr als zehn Jahren ohne Rückfälle abgeschlossen ist - **ist er weder dazu verpflichtet**, Angaben zu dieser früheren Erkrankung zu machen noch sich irgendeiner Art von Überprüfung (z. B. einer ärztlichen Untersuchung) zu unterziehen. **Die Frist ist von zehn Jahren auf fünf Jahre verkürzt**, wenn die Erkrankung vor Vollendung des 21. Lebensjahres aufgetreten ist. Für die im **Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 und den entsprechenden Durchführungsbestimmungen vorgesehenen Krebserkrankungen** gelten **kürzere Fristen, die in der Tabelle**

Recht auf Vergessenwerden bei Krebserkrankungen	**aufgeführt sind**, die auf der Webseite des Unternehmens unter folgendem Link eingesehen werden kann Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche | Generali (Bestimmungen zur Verhinderung von Diskriminierung und zum Schutz der Rechte von Menschen, bei denen eine Krebserkrankungen bestand).
Bescheinigung über das Vorliegen der erforderlichen Voraussetzungen für die Zwecke des Vergessenwerdens bei Krebserkrankungen	Der Kunde, der vor Abschluss oder Verlängerung des Versicherungsvertrags Angaben zu seinem Gesundheitszustand gemacht hat, die sich auf eine der Vergangenheit bestehende Krebserkrankung beziehen, deren aktive Behandlung ohne Rückfälle abgeschlossen wurde, übermittelt dem Versicherungsunternehmen oder dem Vermittler unverzüglich die ihm erteilte Bescheinigung gemäß den Bestimmungen des Gesetzes Nr. 193 aus dem Jahre 2023 und den nachfolgenden Durchführungsbestimmungen.
Auswirkungen des Vergessenwerdens bei Krebserkrankungen für die Unternehmen	Ist die für das Bestehen des Rechts auf Vergessenwerden bei Krebserkrankungen vorgesehene Frist verstrichen, dürfen bereits erhobene Angaben nicht dazu verwendet werden, die Vertragsbedingungen zu ändern, das Risiko der Geschäftsabwicklung zu beurteilen oder die Zahlungsfähigkeit des Kunden zu bewerten. Die Unternehmen sind verpflichtet, die Daten zu in der Vergangenheit bestehenden Krebserkrankungen innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Bescheinigung endgültig zu löschen, ohne dass dem Kunden hierdurch Kosten entstehen. Vertragsklauseln, die im Widerspruch zu den Bestimmungen des Artikel 2 Abs. 1 bis 5 des Gesetzes Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 stehen, sind unwirksam, unbeschadet der Wirksamkeit und Gültigkeit des Vertrags. Die Nichtigkeit wirkt nur zugunsten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten und ist von Amts wegen in jedem Stadium und jeder Instanz des Verfahrens feststellbar.

FÜR DIESEN VERTRAG STELLT DAS UNTERNEHMEN EINEN DEM VERSICHERUNGSNEHMER VORBEHALTENEN EIGENEN INTERNETBEREICH BEREIT (SOG. HOME INSURANCE). DIESEN BEREICH KÖNNEN SIE NACH UNTERZEICHNUNG AUFSUCHEN UND DEN VERTRAG DORT TELEMATISCH MIT FOLGENDEN FUNKTIONEN VERWALTEN: AKTIVE VERTRÄGE PRÜFEN; VERSICHERTE LEISTUNGEN ABFRAGEN; STATUS UND FÄLLIGKEIT DER PRÄMIENZAHLUNGEN ABFRAGEN; FOLGEPRÄMIEN BEZAHLEN; VERTRAGSUNTERLAGEN EINSEHEN UND HERUNTERLADEN; PERSÖNLICHE DATEN UND EINWILLIGUNGEN ZUM DATENSCHUTZ ABFRAGEN UND AKTUALISIEREN.

SCEGLI COL CUORE - PER CHI AMI

Temporäre Versicherung für den Todesfall

Mod. GVSCCPCA - Fassung: 01/2026

Versicherungsbedingungen

Der Vertrag ist gemäß den Leitlinien des von ANIA [Gesamtstaatliche Vereinigung der italienischen Versicherungsunternehmen] koordinierten Technischen Gremiums „Einfache und klare Verträge“ abgefasst.

Datum der letzten Aktualisierung: 14.01.2026

GENERALI

Absichtlich leer gelassene Seite

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Definieren wir die wichtigsten verwendeten Begriffe:

Versicherungsjahr	Das erste Versicherungsjahr ist der Zeitraum zwischen dem Datum des Beginns und der ersten jährlichen Erneuerung. Für nachfolgende Versicherungsjahre ist dies der Zeitraum zwischen zwei aufeinander folgenden jährlichen Vertragserneuerungen.
Versicherter	Natürliche Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wird: ihre persönlichen Daten und die während ihres Lebens eingetretenen Ereignisse bestimmen die Berechnung der Leistungen aus dem Versicherungsvertrag.
Begünstigter	Natürliche oder juristische Person, an die die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag bezahlt werden.
Versicherungsnehmer	Natürliche oder juristische Person, die den Versicherungsvertrag abschließt und sich zur Zahlung der entsprechenden Prämien verpflichtet.
Card	Nominatives digitales Dokument, das die Möglichkeit bescheinigt, auf das Netzwerk der vertragsgebundenen medizinischen Einrichtungen zuzugreifen, das im Kundenbereich oder in der App MyGenerali auf der Webseite www.generali.it verfügbar ist.
Datum des Beginns	Datum, das in der Police als Anfangsdatum für die Berechnung der vertraglichen Leistungen angegeben ist.
IVASS	Italienisches Institut für die Aufsicht über das Versicherungswesen.
Netzwerk der vertragsgebundenen medizinischen Einrichtungen oder Netzwerk	Die Gesamtheit der Einrichtungen des Gesundheitswesens (Gesundheitseinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Zahnkliniken), die mit Welion oder über Welion im Namen von Generali Italia verbunden sind und an die sich der Versicherungsnehmer wenden kann, um Zugang zu medizinischen oder zahnmedizinischen Leistungen zu erhalten.
Nichtraucher	Die Person, die – in den letzten 24 Monaten vor dem Datum der Unterzeichnung des Versicherungsantrags nie geraucht hat (Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder anderes), auch nicht sporadisch, und – wenn sie mit dem Rauchen aufgehört hat, hat sie dies nicht auf ärztlichen Rat hin getan, weil sie eine Krankheit hatte.
Police	Das Dokument, welches das Bestehen der Versicherung beweist.
Prämie	Betrag, den der Versicherungsnehmer an Generali Italia bezahlt.
Versicherungsantrag	Vom Versicherungsnehmer in seiner Eigenschaft als Antragsteller unterzeichnetes Dokument oder Formular, mit dem er gegenüber Generali Italia seine Bereitschaft zum Abschluss des Versicherungsvertrags auf der Grundlage der darin angegebenen Merkmale und Bedingungen erklärt.
Rücktritt	Recht des Versicherungsnehmers auf Beendigung der Wirkungen des Vertrages.
Jährliche Vertragserneuerung	Jahrestag des Datums des Beginns.
Welion	GENERALI WELION S.C.A.R.L., mit Sitz in Triest, Via Machiavelli 4, PLZ 34132, Stammkapital 10.000,00 Euro, voll eingezahlt, eingetragen im Handelsregister von Venezia Giulia unter der Mehrwertsteuer-Nr. 01333550323 der Unternehmensgruppe, gehört zur Generali-Gruppe und unterliegt der Leitung und Koordination der Generali Italia S.p.A, die aufgrund einer besonderen Vereinbarung im Namen und auf Kosten der Generali Italia den Kontakt mit dem Begünstigten herstellt, um in der Art und Weise und in den verschiedenen Obergrenzen, die im Vertrag vorgesehen sind, Präventions- und Beratungsdienste von vertragsgebundenen medizinischen Einrichtungen zu organisieren und zu erbringen.

WAS ist VERSICHERT / WAS SIND DIE LEISTUNGEN?

Art. 1 Gegenstand des Vertrags

„Scegli col cuore – Per chi ami" bietet eine **Hauptversicherung**, bei der Generali Italia im Gegenzug zu den vom Versicherungsnehmer (→ Begriffsbestimmungen) bezahlten Prämien im Falle des Todes des Versicherten (→ Begriffsbestimmungen) vor Ablauf der Vertragslaufzeit eine Leistung in Euro an den Begünstigten (→ Begriffsbestimmmungen) bezahlt.

Die Leistungen der Hauptversicherung können durch **fakultative Versicherungen** ergänzt werden, die **zusätzliche** Leistungen vorsehen.

HAUPTVERSICHERUNG

Art. 2 Leistung

Der Mindestbetrag des versicherbaren Kapitals wird ausgehend von einer Mindestprämie (→ Begriffsbestimmungen) von 80 € auf der Grundlage des Status als Nichtraucher (→ Begriffsbestimmungen) oder Raucher, des Alters und der Angaben des Versicherten (→ Begriffsbestimmungen) (→ Art. 10) sowie eventueller medizinscher Abklärungen zum Zeitpunkt der Ausstellung festgelegt.

Das tatsächlich versicherte Kapital ist in der Police angegeben (→ Begriffsbestimmungen) und bleibt während der gesamten Laufzeit des Vertrags konstant.

Ist der Versicherte bei Fälligkeit noch am Leben, wird der Vertrag beendet und die bezahlten Prämien verbleiben bei Generali Italia für die geleistete Versicherung.

ZUSATZVERSICHERUNGEN (FAKULTATIV)

Art. 3 Zusatzversicherungen und gemeinsame Bestimmungen

Bei Unterzeichnung des Vertrages kann der Versicherungsnehmer die Hauptleistung durch eine oder mehrere der folgenden fakultativen Zusatzversicherungen ergänzen:

- **„Tutela Salute"** - Versicherung im Falle schwerer Krankheit (→ Art. 4)
- **„Tutela Plus"** - temporäre Versicherung für den nicht vorsätzlich herbeigeführten Todesfall mit Verdoppelung bei Todesfall durch einen Straßenverkehrsunfall (ACMA-IS) (→ Art. 5)
- **„Tutela Family Care"** (nur für Kunden des Programms „Più Generali"[(1)]) - temporäre Versicherung für den Todesfall des Versicherten und eines mit ihm zusammenlebenden Familienmitglieds infolge desselben nicht vorsätzlich herbeigeführten Ereignisses (→ Art. 6).

Die Zusatzversicherungen werden gekündigt, sind **wirkungslos** und die darauf bezahlten Prämien werden von der Generali Italia vereinnahmt:

- im Falle von **Aussetzung der Prämienzahlung**; in diesem Fall dürfen nur die Prämien für den Hauptversicherungsvertrag nicht bezahlt werden, so dass der gesamte Vertrag gekündigt wird
- zum jeweiligen **Ablaufdatum** (→ Art. 16), wenn der Versicherte lebt oder nicht schwer erkrankt ist
- im Falle der Nichtigerklärung des Vertrags wegen **falscher oder unterlassener Angaben bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit** (→ Art. 10)
- im Falle des **Todes des Versicherten**, wenn das Ereignis durch das **vorsätzliche Fehlverhalten** des Versicherungsnehmers oder des Begünstigten verursacht wurde (→ Art. 9).

Die Zusatzversicherungen gelten nur, wenn sie in der Police enthalten sind.

Art. 4 „Tutela Salute" - Versicherung im Falle schwerer Krankheit

Bei Unterzeichnung des Vertrags kann der Versicherungsnehmer die Hauptleistung durch die Zusatzversicherung „Tutela Salute" für den Fall schwerer Krankheit des Versicherten ergänzen.

Im Falle einer der folgenden schweren Krankheiten:

(1) Die Nutzungsbedingungen für das Treueprogramm „Più Generali" sind unter www.generali.it. abrufbar.

- Krebs
- Aortenchirurgie
- Herzklappenchirurgie
- Koronararterien-Bypass-Chirurgie
- Ictus
- akutes Koronarsyndrom
- Niereninsuffizienz
- Transplantation von wichtigen Organen

die nach Beginn des Inkrafttretens des Vertrags oder seiner eventuellen Reaktivierung auftreten, bezahlt Generali Italia das vom Versicherungsnehmer gewählte versicherte Kapital von 10.000 €, 20.000 €, 30.000 € und 40.000 € (maximal versicherbares Kapital, auch unter Berücksichtigung eventueller anderer „Scegli col cuore - Per chi ami“-Policen mit Zusatzversicherung „Tutela Salute“ mit demselben Versicherten). Das versicherte Kapital darf in keinem Fall das versicherte Kapital der Hauptleistung übersteigen. Der Begünstigte dieser Zusatzversicherung ist mit dem Versicherten identisch.

Das **Auftreten** der Krankheit wird wie folgt festgelegt:

- das Datum der Diagnose, bei Krebs und akutem Koronarsyndrom
- das Datum der Operation, bei Aorten-, Herzklappen- und Koronararterien-Bypass-Chirurgie
- das Datum des akuten Auftretens, bei einem Ictus
- das Datum des Beginns einer regelmäßigen chronischen Dialyse, bei Niereninsuffizienz
- das Datum der Transplantation oder das Datum der Aufnahme in die offizielle Warteliste, bei Transplantation von wichtigen Organen.

Die Versicherung gilt unabhängig von der Ursache der schweren Krankheit, wenn diese nach Vertragsabschluss auftritt, ohne territoriale Begrenzung und ohne Berücksichtigung von Änderungen im Beruf des Versicherten.

Nach der Auszahlung des versicherten Kapitals im Falle einer schweren Krankheit werden keine weiteren Leistungen bezahlt, wenn eine andere schwere Krankheit diagnostiziert wird und die entsprechende Versicherung erlischt.

Krebs

Vorhandensein eines bösartigen Tumors, gekennzeichnet durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung bösartiger Zellen mit Invasion und Zerstörung von normalem Gewebe.

Die Krebsdiagnose muss von dem zuständigen Facharzt bestätigt und durch eine histologische Untersuchung oder bestimmte Befunde belegt werden.

Aortenchirurgie

Operation bei Erkrankungen der Aorta durch Thorakotomie oder Laparotomie mit Rekonstruktion oder Entfernung der erkrankten Aorta und deren Ersatz durch eine Prothese. Mit Aorta ist die Brust- und Bauchaorta gemeint, nicht aber deren Äste. Die Versicherungsschutzart erstreckt sich auch auf Aortenoperationen, die ausschließlich mit endovaskulären Techniken durchgeführt werden.

Herzklappenchirurgie

Chirurgischer Eingriff zum Ersatz oder zur Reparatur einer oder mehrerer Herzklappen aufgrund einer Funktionsstörung oder Anomalie dieser Klappen.

Die Diagnose von Herzklappenanomalien muss durch eine Katheteruntersuchung oder ein Echokardiogramm gestellt werden, und ein Kardiologe muss eine Operation für erforderlich erachten.

Koronararterien-Bypass-Chirurgie

Koronararterien-Bypass-Operation zur Korrektur oder Behandlung einer koronaren Herzkrankheit.

Ictus

Akutes Auftreten eines fokalen neurologischen Defizits aufgrund eines cerebrovaskulären Insults, einschließlich eines Hirngewebsinfarkts, einer Blutung aus einem intrakraniellen Gefäß oder einer Embolie aus einer extrakraniellen Quelle, der mit allen folgenden Symptomen einhergeht:

- Dauer von Symptomen/Anzeichen länger als 24 Stunden
- dauerhafter Verlust von motorischen und sensorischen Funktionen oder Verlust der Sprache
- dauerhafter neurologischer Schaden.

Ein Facharzt für Neurologie muss nach einem Zeitraum von mindestens 180 Tagen nach dem Ereignis den Nachweis eines dauerhaften neurologischen Schadens bestätigen. Die neurologischen Schäden müssen durch bildgebende Verfahren wie CT oder MRT bestätigt werden.

Eine **dauerhafter neurologischer Schaden** liegt vor, wenn der Versicherte 180 Tage nach der ersten Diagnose des Ictus mindestens einen der folgenden irreversiblen Zustände aufweist, die von einem Neurologen bestätigt wurden:

- vollständiger und dauerhafter Verlust des Gebrauchs von zwei oder mehr Gliedmaßen
- organische oder funktionelle Kau- und Schluckstörungen, die den Versicherten daran hindern, feste Nahrung zu sich zu nehmen, ausgenommen zahnmedizinische Ursachen
- dauerhafte Unfähigkeit, mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens ohne Hilfe durchzuführen:
  - Baden oder Duschen
  - An- und Auskleiden
  - Toilettengang und Aufrechterhaltung ein angemessenen Maßes an Körperpflege
  - willentliche Kontrolle der Darm- und Harnfunktionen
  - hinsetzen und vom Stuhl aufstehen, sich hinlegen und aus dem Bett aufstehen
  - Trinken oder Essen von bereits zubereiteten Speisen

Akutes Koronarsyndrom

Definiert auf der Grundlage des dokumentierten Nachweises einer Myokardnekrose im Zusammenhang mit einer Ischämie.

Bei den diagnostischen Abklärungen muss ein signifikanter Anstieg der biochemischen Herzmarker (insbesondere Troponin T/I) zusammen mit einem oder mehreren der folgenden Faktoren festgestellt werden:

- Symptome einer Ischämie
- elektrokardiografische Veränderungen, die für eine Myokardischämie (STEMI, NSTEMI) typisch sind, T-Welle oder Auftreten eines kompletten Linksschenkelblocks
- Auftreten einer Q-Welle
- Feststellung neuer Veränderungen in der ventrikulären parietalen Kinetik beim kardialen Echo-Farbdoppler
- Feststellung einer Koronarthrombose bei der Untersuchung der Koronararterien.

Die Diagnose muss von einem Facharzt für Kardiologie gestellt werden, der den klinisch-instrumentellen Verlauf durch einen ausführlichen Bericht mit entsprechender Dokumentation bescheinigt.

Niereninsuffizienz

Endstadium der Niereninsuffizienz, welche sich als chronische, irreversible Insuffizienz beider Nieren darstellt, in deren Folge eine regelmäßige chronische Dialyse eingeleitet wird.

Transplantation von wichtigen Organen

Erhalt einer Mensch-zu-Mensch-Transplantation (oder Aufnahme in eine offizielle Warteliste für) von:

- Knochenmark unter Verwendung von hämatopoetischen Stammzellen mit vorheriger vollständiger Knochenmarkentfernung, oder
- eines der folgenden Organe: Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Dünndarm (Zwölffingerdarm, Leerdarm, Krummdarm) aufgrund einer totalen und irreversiblen Organfunktionsstörung.

Die Erforderlichkeit der Transplantation muss von einem spezialisierten Chirurgen bescheinigt werden.

Für Ausschlüsse im Zusammenhang mit einzelnen Krankheiten siehe Art. 9.

Meldung und Beurteilung der schweren Krankheit

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Generali Italia innerhalb von 3 Monaten ab den Datum des Auftretens der schweren Krankheit eine entsprechende Meldung mit den in Artikel 11 vorgesehenen Unterlagen zukommen zu lassen, da er sonst seiner Ansprüche verlustig geht.

Es ist zu beachten, dass Generali Italia die Meldung unter der Bedingung anerkennt, dass der Versicherte zum Zeitpunkt der Vorlage der Meldung noch am Leben ist; ist der Versicherte bereits verstorben, erkennt Generali Italia die Meldung nur an, wenn die Erben nachweisen, dass die Krankheit in den letzten 30 Tagen vor dem Todestag aufgetreten ist.

Ab dem Datum des Zugangs der vollständigen Unterlagen - **Datum der Meldung** - beginnt die Frist für die Beurteilung durch Generali Italia, die in jedem Fall 30 Tage nicht überschreiten darf.

Wird nach Ablauf dieser Frist das Auftreten einer der vorstehend genannten schweren Krankheiten anerkannt, werden ab diesem Zeitpunkt die gesetzliche Zinsen fällig.

Ab dem Zeitpunkt der Meldung einer schweren Krankheit wird die Zahlung der geschuldeten Prämienraten im Rahmen der spezifischen Deckung ausgesetzt.

Wird das Auftreten der schweren Krankheit nicht anerkannt, werden die Zahlungen reaktiviert und der Versicherungsnehmer bezahlt die ggfs. ausgesetzten Prämienraten ohne Zinsen, worüber ihn Generali Italia informiert.

Für die Beurteilung muss der Versicherte Generali Italia alle von ihr für notwendig erachteten Untersuchungen und ärztlichen Untersuchungen gestatten und gleichzeitig die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht entbinden.

Art. 5 „Tutela Plus“ - Temporäre Versicherung für den nicht vorsätzlich herbeigeführten Todesfall mit Verdoppelung bei Todesfall durch einen Straßenverkehrsunfall mit konstantem Kapital und konstanter Jahresprämie (ACMA-IS)

Bei Unterzeichnung des Vertrags kann der Versicherungsnehmer die Hauptleistung durch die Zusatzversicherung „Tutela Plus“ mit konstantem Kapital und konstanter Jahresprämie für den Todesfall des Versicherten infolge einer Unfallverletzung ergänzen.

Stirbt der Versicherte innerhalb der Ablauffrist der Versicherung „Tutela Plus” (→ Art. 16) **als unmittelbare und ausschließliche Folge von objektiv feststellbaren Verletzungen durch eine von außen kommende nicht vorsätzlich herbeigeführte Ursache (Unfallverletzung)**, die nach der Aktivierung (oder Reaktivierung) der Zusatzversicherung eingetreten ist, bezahlt Generali Italia dem Begünstigten das in der Police angegebene Zusatzkapital, das während der gesamten Laufzeit des Vertrags konstant bleibt. Als Unfallverletzung gilt ein Ereignis, das auf eine zufällige, plötzliche, gewaltsame und von außen kommende Ursache zurückzuführen ist und zu objektiv feststellbaren körperlichen Verletzungen führt, die den Tod zur Folge haben.

Das Zusatzkapital „Tutela Plus” wird verdoppelt, wenn der Tod des Versicherten durch Unfallverletzung infolge Straßenverkehrsunfall eingetreten ist.

Die Mindesthöhe des zusätzlich versicherbaren Kapitals beträgt 5.000 €, der Höchstbetrag entspricht dem versicherten Kapital der Hauptleistung mit einer Obergrenze von 500.000 €.

Die für die Hauptversicherung vorgesehenen Bestimmungen sind anwendbar, soweit sie mit den Ausschlüssen, Einschränkungen und anderen besonderen Bestimmungen der Zusatzversicherung vereinbar sind und soweit nicht von ihnen abgewichen wird (→ Art. 8, 9, 11, 12, 16 und 20).

Art. 6 „Tutela Family Care“ - Temporäre Versicherung für den nicht vorsätzlich herbeigeführten Todesfall mit konstantem Kapital und konstanter Jahresprämie (Tod des Versicherten und eines mit ihm zusammenlebenden Familienmitglieds infolge derselben Unfallverletzung)

Bei Unterzeichnung des Vertrags kann der Versicherungsnehmer die Hauptleistung durch die Zusatzversicherung „Tutela Family Care“ mit konstantem Kapital und konstanter Jahresprämie für den Fall des Unfallverletzungstodes des Versicherten und mindestens eines Familienmitglieds, mit dem er in häuslicher Gemeinschaft lebt (eine Person, die zum Zeitpunkt des Ereignisses zum selben Haushalt gehört), ergänzen. Die Versicherung „Tutela Family Care“ ist **den Mitgliedern des Treueprogramms „Più Generali“**(2) vorbehalten.

Stirbt der Versicherte und mindestens ein Familienmitglied, mit dem er in häuslicher Gemeinschaft lebt, vor Ablauf der Versicherung „Tutela Family Care“ (→ art. 16), **als unmittelbare und ausschließliche Folge von objektiv feststellbaren Verletzungen, die auf dieselbe von außen kommende nicht vorsätzlich herbeigeführte Ursache (Unfallverletzung)** zurückzuführen sind, und nach der Aktivierung (oder Reaktivierung) der Zusatzversicherung eintritt, bezahlt Generali Italia dem Begünstigten das in der Police angegebene Zusatzkapital „Tutela Family Care“, das während der gesamten Laufzeit des Vertrags konstant bleibt. Als Unfallverletzung gilt ein Ereignis, das auf eine zufällige, plötzliche, gewaltsame und von außen kommende Ursache zurückzuführen ist und zu objektiv feststellbaren körperlichen Verletzungen führt, die den Tod zur Folge haben.

Die Mindesthöhe des zusätzlich versicherbaren Kapitals beträgt 5.000 €, der Höchstbetrag entspricht dem versicherten Kapital der Hauptleistung mit einer Obergrenze von 250.000 €.

Die für die Hauptversicherung vorgesehenen Bestimmungen sind anwendbar, soweit sie mit den Ausschlüssen, Einschränkungen und anderen besonderen Bestimmungen der Zusatzversicherung vereinbar sind und soweit nicht von ihnen abgewichen wird (→ Art. 8, 9, 11, 12, 16 und 20).

SERVICES IN DEN BEREICHEN PRÄVENTION UND GESUNDHEIT

Art. 7 W Benessere - Zugang zum Netzwerk der vertragsgebundenen medizinischen Einrichtungen

Der Versicherungsnehmer als natürliche Person kann Zugang zum Netzwerk der vertragsgebundenen medizinischen Einrichtungen erhalten (→ Begriffsbestimmungen), um medizinische Untersuchungen und diagnostische Tests zu ermäßigten Tarifen in Anspruch zu nehmen.

Der Service kann unter der Voraussetzung aktiviert werden, dass die Prämien regelmäßig bezahlt werden.

Der Versicherungsnehmer kann im Kundenbereich auf der Wenseite www.generali.it oder in der App MyGenerali App die Funktion „Suche nach Gesundheitseinrichtungen“ nutzen und eine Liste der vertragsgebundenen Einrichtungen einsehen, wobei er auswählen kann zwischen:

- Art der medizinischen Einrichtung (z. B. Gesundheitseinrichtungen, Zahnarztpraxen);
- Adresse;
- Spezialisierungsschwerpunkt (z. B. Gynäkologie).

Die Liste der vertragsgebundenen medizinischen Einrichtungen ist abrufbar auch unter www.generali.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche.

Sobald der Versicherungsnehmer die für ihn interessante medizinische Einrichtung innerhalb des Netzwerks ausfindig gemacht hat, kann er den Besuch selbst buchen, indem er sich direkt an die ausgewählte medizinische Einrichtung wendet. Um in den Genuss der ermäßigten Tarife zu kommen, ist es erforderlich, sich bei der Buchung oder Erbringung der gewählten Gesundheitsdienstleistung immer auszuweisen, indem der Struktur des Netzwerks die eigene Card (→ Begriffsbestimmungen) vorgelegt wird (verfügbar im Kundenbereich der Webseite www.generali.it oder über die App MyGenerali) zusammen mit einem gültigen Ausweisdokument.

Der Versicherungsnehmer kann Gesundheitsleistungen (Facharztuntersuchungen und diagnostische Tests) 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche online buchen.

(2) Siehe Fußnote 1.

Bei der Online-Buchung hat der Versicherungsnehmer folgendes zu tun:

- die zu erbringende Leistung auswählen
- die vertragsgebundene medizinische Einrichtung auswählen
- den Antrag einreichen.

Alternativ oder in allen Fällen, in denen die vertragsgebundene medizinische Einrichtung nicht online gebucht werden kann, kann der Versicherungsnehmer die Einrichtung direkt kontaktieren.

Einschränkungen des Services

Folgende Leistungen sich vom Service ausgeschlossen:

- im Rahmen einer Einweisung erbrachte Leistungen
- in nicht vertragsgebundenen medizinischen Einrichtungen erbrachte Leistungen.

Das vertragsgebundene Netzwerk und die Liste der im Service enthaltenen Leistungen werden regelmäßig aktualisiert. Die entsprechenden genaueren Angaben werden im Kundenbereich der Webseite www.generali.it oder in der App MyGenerali bereitgestellt.

Es wird darauf hingewiesen, dass Generali Italia in keiner Weise an Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsfürsorge oder an Dienstleistungen medizinischer Art beteiligt ist und dies auch in Zukunft nicht sein wird, da sie sich darauf beschränkt, nur Tätigkeiten zugunsten des Versicherungsnehmers auszuführen, die, sofern vorgesehen, organisatorischer Art sind und den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ermöglichen.

Insbesondere wird anerkannt, dass zwischen dem Versicherungsnehmer und der vertragsgebundenen medizinischen Einrichtung des Netzwerks, den einzelnen Ärzten und den Fachleuten im Allgemeinen, die an der Erbringung der einzelnen Leistungen beteiligt sind, eine autonome und unabhängige Beziehung entsteht, die als „Arzt-Patient“ oder auf jeden Fall als „Fachmann-Patient“ qualifiziert wird, ohne dass Generali Italia eingreift. Folglich ist das Netzwerk oder der einzelne Fachmann gegenüber dem Versicherungsnehmer allein für die Erbringung der medizinischen oder beruflichen Leistungen verantwortlich.

Generali Italia übernimmt gegenüber dem Versicherungsnehmer keinerlei Haftung für die fehlerhafte oder teilweise Erbringung von Leistungen durch dritte Partner, das Netzwerk oder Ärzte und Fachleute im Allgemeinen. Generali Italia haftet daher, beispielsweise genannt und nicht als abschließende Aufzählung zu verstehen, nicht für jegliche Art von medizinischen oder professionellen Dienstleistungen, für den Gebrauch oder die Fehlfunktion von medizinischen Geräten oder Gesundheitsinstrumenten im Allgemeinen oder von Arzneimitteln oder kosmetischen oder ähnlichen Produkten, für diagnostische Leistungen oder deren Auswertung, für das Nichterscheinen oder die Ablösung eines Arztes oder anderen medizinischen Personals, für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen durch den Versicherungsnehmer. Zur weiteren Klarstellung: Generali Italia kann nicht für Schäden oder Unannehmlichkeiten haftbar gemacht werden, die der Versicherungsnehmer oder ein Dritter im Zusammenhang mit den von der Gesundheitsstruktur des Netzwerks oder von Ärzten und Fachleuten im Allgemeinen erbrachten Leistungen (einschließlich der Verschreibung oder des Verkaufs von Arzneimitteln) erleidet, noch für die Folgen dieser Leistungen.

WAS IST NICHT VERSICHERT?

Art. 8 Nicht versicherbare Personen

Hauptversicherung

Nicht versicherbar sind Personen, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Vertrags noch keine 18 Jahre alt sind oder die 78 Jahre und 6 Monate alt oder älter sind.

Zusatzversicherungen

Nicht versicherbar sind Personen, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Vertrags noch keine 18 Jahre alt sind oder die 68 Jahre und 6 Monate alt oder älter sind.

GIBT ES DECKUNGSBESCHRÄNKUNGEN?

Art. 9 Ausschlüsse und Einschränkungen

Hauptversicherung

Die Versicherung gilt für jede Todesursache, vorbehaltlich der folgenden Ausschlüsse und Einschränkungen.

Ausschlüsse

Von der Versicherung ausgeschlossen ist der Tod, welcher verursacht ist durch:

- vorsätzliche Straftat des Versicherungsnehmers oder des Begünstigten
- Beteiligung des Versicherten an vorsätzlichen Straftaten
- aktive Teilnahme des Versicherten an erklärten oder nicht erklärten Kriegshandlungen, Bürgerkrieg, terroristischen Handlungen, Revolution, Volksaufstand, militärischen Operationen
- die nicht aktive Teilnahme des Versicherten an erklärten oder nicht erklärten Kriegshandlungen oder am Bürgerkrieg, wenn
  - Aufenthalt des Versicherten in dem bereits von den Kriegshandlungen betroffenen Gebiet und Eintritt des Todes 14 Tage nach Beginn der Feindseligkeiten
  - Reisen des Versicherten in ein Land, in dem zum Zeitpunkt seiner Ankunft bereits eine Kriegssituation oder ähnliches herrscht
- Ereignisse, die durch Nuklearwaffen, Nuklearunfälle oder die Exposition gegenüber der entsprechenden Strahlung verursacht werden
- Führen von Fahrzeugen und Wasserfahrzeugen ohne spezifischen Führerschein; die Versicherung ist aktiv, wenn der Führerschein nicht länger als 6 Monate abgelaufen ist
- Flugverkehrsunfälle, wenn sich der Versicherte an Bord eines nicht zum Fliegen zugelassenen Fortbewegungsmittels oder mit einem Piloten ohne spezifische Lizenz befindet
- Selbstmord, wenn er in den ersten 2 Jahren der Versicherung oder in den ersten 12 Monaten nach einer Reaktivierung erfolgt
- Ausübung von gefährlichen sportlichen Aktivitäten, die bei Unterzeichnung des Versicherungsantrags (→ Begriffsbestimmungen) oder später nicht als ausgeübt angegeben werden, wie Bergsteigen und Skibergsteigen, sowohl allein als auch mit außereuropäischen Expeditionen; Eisklettern; Höhlenklettern; Luftsportarten (wie Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Drachenfliegen, Ultraleichtflug, Segelfliegen, Kunstflug); Motorsport (z. B. Autorennen, Motorradfahren und Motorbootfahren); Wassersport (z. B. Tauchen); Hochseesegeln; Boxen und andere Formen des Profiboxens sowie jegliche Form von Extremsport (z. B. Basejumping, Rooftopping, Parkour). **Beim Ausfüllen des Fragebogens für den Antrag „Smart“ (→ Art. 10) fehlt die Angabe der ausgeübten sportlichen Aktivitäten sowie auch bei der Unterzeichnung des Versicherungsantrags wie auch später; daher gilt die Versicherung bei einem durch die Ausübung gefährlicher sportlicher Aktivitäten verursachten Todesfall nicht**. Beim Ausfüllen des Fragebogens für den Antrag „Standard“ (→ Art. 10) ist es möglich -bei Unterzeichnung oder später- die Ausübung gefährlicher Aktivitäten anzugeben; folglich gilt die Versicherung bei einem Todesfall, der durch die Ausübung gefährlicher sportlicher Aktivitäten verursacht wird, nur dann, wenn dies Generali Italia mitgeteilt und in den Versicherungsschutz aufgenommen wird, eventuell mit einer Erhöhung der zu bezahlenden Prämie.
- Ausübung von beruflichen Aktivitäten, die bei Unterzeichnung des Versicherungsantrags nicht angegeben wurden und die den Versicherten besonderen Risiken aussetzen, wie z. B.: Arbeiten in Nichtlinienflugzeugen[3]; Arbeiten auf Plattformen, Gerüsten, Gerüsten, Dächern; Fahrer von Fahrzeugen mit einer Tragfähigkeit von mehr als 35 Doppelzentnern; Kontakt mit Sprengstoffen; Arbeiten im Bergbau; Unterwasserarbeiten. **Beim Ausfüllen des Fragebogens für den Antrag „Smart“ (→ Art. 10) fehlt die Angabe der ausgeübten beruflichen Aktivitäten sowie auch bei Unterzeichnung des Versicherungsantrags wie auch später; daher gilt die Versicherung bei einem durch die Ausübung beruflicher Aktivitäten verursachten Todesfall nicht, die den Versicherten besonderen Risiken aussetzen**. Beim Ausfüllen des Fragebogens für den Antrag „Standard“ (→ Art. 10) ist es möglich -bei Unterzeichnung- die Ausübung beruflicher Aktivitäten die den Versicherten besonderen Risiken aus-

(3) Nichtlinienflüge sind definiert als Flüge, die nicht von einer eingetragenen Fluggesellschaft durchgeführt werden, wie z. B. Privat- oder Geschäftsflugzeuge mit einem Luftverkehrsbetreiberzeugnis, Flüge auf Bohrinseln, Lufttaxidienste, Luftfrachttransport usw.

setzen, anzugeben; folglich gilt die Versicherung bei einem Todesfall, der durch die Ausübung derartiger beruflicher Aktivitäten verursacht wird, nur dann, wenn dies Generali Italia mitgeteilt und in den Versicherungsschutz aufgenommen wird, eventuell mit einer Erhöhung der zu bezahlenden Prämie.

Bei einer vorsätzlichen Straftat des Versicherungsnehmers oder des Begünstigten wird keine Leistung erbracht; in allen anderen Fällen bezahlt Generali Italia anstelle der versicherten Leistung eine Leistung in Höhe der Summe der bezahlten Prämien abzüglich der Gebühren (→ Art. 20).

Einschränkungen

Die Versicherung gilt, wenn sich der Versicherte einer ärztlichen Untersuchung und den von Generali Italia verlangten zusätzlichen medizinischen Abklärungen unterzogen hat.

Der Versicherte **kann auf eine ärztliche Untersuchung verzichten**, wenn er jünger als 65 Jahre und 6 Monate alt ist und das beantragte versicherte Kapital, das zu dem versicherten Kapital anderer Kapitallebensversicherungen für den Todesfall hinzukommt, die zuvor bei Generali Italia ohne ärztliche Untersuchung für denselben Versicherten abgeschlossen wurden, 600.000 € oder weniger beträgt, sofern ein Fragebogen für den Antrag ausgefüllt wird (→ Art. 10); auf der Grundlage der Antworten in dem Fragebogen kann Generali Italia gleichwohl eine ärztliche Untersuchung verlangen.

Bei Fehlen einer ärztlichen Untersuchung ist die Versicherung für eine **Karenzzeit** von **6 Monaten** ab Vertragsbeginn ausgeschlossen, es sei denn, der Tod tritt ein als unmittelbare Folge von:

- einer der folgenden akuten Infektionskrankheiten, die nach dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes auftreten: Typhus, Paratyphus, Tetanus, Diphtherie, Scharlach, Masern, epidemische Hirnhautentzündung, Lungenentzündung, epidemische Enzephalitis, Kindbettfieber, Typhusexantheme, Virushepatitis A, B und C, Leptospirose, Gelbsucht, Cholera, Brucellose, bazilläre Dysenterie, Salmonellose, Botulismus, infektiöse Mononukleose, epidemische Parotitis, Tollwut, Keuchhusten, Röteln, generalisierte Vaccinia, postvakzinale Enzephalitis; sowie anaphylaktischer Schock, der nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes auftritt;
- einer Unfallverletzung, die sich nach Beginn des Versicherungsschutzes ereignet, es sei denn, dies ist in den Ausschlüssen angegeben; eine Unfallverletzung ist definiert als ein Ereignis, das auf eine zufällige, plötzliche, gewaltsame und von außen kommende Ursache zurückzuführen ist und objektiv feststellbaren Körperverletzungen führt, die den Tod zur Folge haben.

Während der Karenzzeit bezahlt die Generali Italia im Fall des Todes nur die Summe der einbezahlten Prämien abzüglich der Gebühren.

Zusatzversicherung „Tutela Salute“

Ausschlüsse

Ausgenommen von der Versicherung „Tutela Salute” sind:

- Aortenchirurgie
- Herzklappenchirurgie
- Koronararterien-Bypass-Chirurgie
- Dialyse bei Niereninsuffizienz
- Transplantation von wichtigen Organen

wenn diese Eingriffe infolge von angeborenen Anomalien, Unfallverletzungsfolgen oder Krankheiten durchgeführt werden, die vor dem Inkrafttreten der Versicherung oder ihrer möglichen Reaktivierung zu Symptomen, Behandlungen, Untersuchungen, Diagnosen geführt haben.

Darüber hinaus gelten die folgenden Ausschlüsse für einzelne Krankheiten.

Krebs

Die folgenden Tumore sind **ausgeschlossen**:

- Tumore, die die Merkmale eines Carcinoma in situ aufweisen (einschließlich Dysplasie des Gebärmutterhalses CIN-1, CIN-2 und CIN-3) oder die histologisch als prämaligne oder nicht-invasive Tumore bezeichnet werden

– jeglicher Hautkrebs, einschließlich Hyperkeratosen, Basalzellkarzinome, Plattenepithelkarzinome und Melanome im Stadium IA oder niedriger in der TNM-Klassifikation (maximale Dicke ≤ 1,0 mm, ohne Ulzerationen) gemäß der neuen Klassifikation des American Joint Committee of Cancer von 2002, ohne Metastasen
– nicht lebensbedrohliche Tumore, wie z.B. Prostatatumore, die histologisch in der TNM-Klassifikation als T1(a) oder T1(b), nicht aber als T1(c) beschrieben werden oder in einer anderen Klassifikation ein gleiches oder niedrigeres Stadium aufweisen, chronische lymphatische Leukämie im Stadium unter RAI 1, Morbus Hodgkin im Stadium 1.

Aortenchirurgie

Operationen infolge einer traumatischen Aortenverletzung sind **ausgeschlossen**.

Herzklappenchirurgie

Der Ersatz von Herzklappenprothesen ist **ausgeschlossen**.

Koronararterien-Bypass-Chirurgie

Angioplastie, Implantation eines Stents oder andere perkutane oder nicht-chirurgische Verfahren sind **ausgeschlossen**.

Ictus

Von der Versicherungsschutzart für Ictus sind **ausgeschlossen**:

– transitorische ischämische Attacken
– Schlaganfälle, die nur zu Veränderungen des Gedächtnisses oder der Persönlichkeit führen
– Gehirnsymptome aufgrund von Migräne
– Hirnverletzungen infolge von Trauma oder Hypoxie
– eine ischämische Gefäßerkrankung, die das Auge, den Sehnerv oder das Gleichgewichtssystem betrifft.

Akutes Koronarsyndrom

Von der Versicherungsschutzart sind **ausgeschlossen**:

– stabile Angina pectoris
– instabile Angina
– Betäubungsmittelinduziertes Koronarsyndrom
– Takotsubo-Syndrom.

Niereninsuffizienz

Formen, bei denen keine regelmäßige chronische Dialyse erforderlich ist, sind ausgeschlossen.

Transplantation von wichtigen Organen

Die Transplantation von anderen Organen, Teilen von Organen oder anderen Geweben oder Zellen ist von der Versicherungsschutzart **ausgeschlossen**.

Einschränkungen

Unterzieht sich der Versicherte keiner ärztlichen Untersuchung (in den gleichen in den Einschränkungen der Hauptversicherung vorgesehenen Fällen), ist die Zusatzversicherung während einer **Karenzzeit** von **6 Monaten** ab Inkrafttreten des Vertrags ausgeschlossen.

Die Karenzzeit entfällt, so dass die Zusatzversicherung auch dann gewährt wird im Falle, dass das Auftreten der schweren Krankheit die unmittelbare und ausschließliche Folge einer Unfallverletzung ist, der sich nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes ereignet hat. Als Unfallverletzung gilt ein Ereignis, das auf eine zufällige, plötzliche, gewaltsame und von außen kommende Ursache zurückzuführen ist und zu objektiv feststellbaren körperlichen Verletzungen führt, die das Auftreten der schweren Krankheit zur Folge haben.

Zusatzversicherung „Tutela Plus“ (ACMA-IS)

Ausschlüsse

Zusätzlich zu den für die Hauptversicherung vorgesehenen Ausschlüssen ist der Tod aufgrund von Verletzungen ausgeschlossen, die entstanden sind durch:

– nukleare oder chemische Verseuchung, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen;
– Zustand der Trunkenheit, des Rausches durch den Missbrauch von Psychopharmaka und des Konsums von narkotischen oder halluzinogenen Substanzen oder eines anderweitig veränderten psychophysischen Zustands.

Auch ausgeschlossen ist der Tod:
– aufgrund Malaria, Vergiftungen, Infektionen, die nicht ausschließlich durch die durch eine Unfallverletzung erlittenen Verletzungen verursacht wurden;
– aufgrund von Folgen von Operationen und Behandlungen, die aufgrund der durch die Unfallverletzung erlittenen Verletzungen nicht erforderlich waren.

Einschränkungen

Die Zusatzversicherung gilt nicht, wenn:
– die Verletzungen die körperlichen oder pathologischen Zustände des Versicherten oder deren Entwicklung beeinträchtigt haben, unabhängig davon, ob sie bereits bestanden oder neu entstanden sind;
– der Tod ein Jahr nach dem Tag der Verletzungen eintritt.

Zusatzversicherung „Tutela Family Care"

Ausschlüsse

Es gelten die Bestimmungen der Hauptversicherung und der Zusatzversicherung „Tutela Plus", sofern diese miteinander vereinbar sind.

Einschränkungen

Es gelten die Bestimmungen der Zusatzversicherung „Tutela Plus".

WELCHE VERPFLICHTUNGEN HABE ICH? WELCHE VERPFLICHTUNGEN HAT DAS UNTERNEHMEN?

Art. 10 Gesundheitsangaben und medizinische Untersuchungen

Voraussetzung für die Unterzeichnung des Vertrags ist die vorherige Erklärung des Versicherten, dass er Nichtraucher oder Raucher ist, sowie das Ausfüllen eines **Antragsfragebogens** durch den Versicherten, bei dem es sich handeln kann um:
– **„Smart"**, bestehend aus einer einzigen Frage zum Gesundheitszustand, wenn **alle folgenden Bedingungen erfüllt sind**:
  • der Versicherte ist nicht älter als 65 Jahre und 6 Monate
  • das beantragte versicherte Kapital, das zu dem versicherten Kapital eventueller anderer temporärer Policen für den Todesfall hinzukommt, die zuvor bei Generali Italia mit dem Fragebogen „Smart" für denselben Versicherten abgeschlossen wurden, 120.000 € oder weniger beträgt
  • das beantragte versicherte Kapital, das zu dem versicherten Kapital eventueller anderer temporärer Policen für den Todesfall hinzukommt, die zuvor bei Generali Italia ohne ärztliche Untersuchung mit demselben Versicherten abgeschlossen wurden, 600.000 € oder weniger beträgt
  • die Laufzeit der Versicherung weniger als oder 10 Jahre beträgt.
– **„Standard",** bestehend aus Fragen zum Gesundheitszustand, zu den Lebensgewohnheiten und zu eventuellen gefährlichen sportlichen und/oder beruflichen Aktivitäten des Versicherten, wenn **einer der folgenden Fälle eintritt**:
  • die vorstehend genannten Bedingungen für das Ausfüllen des Fragebogens „Smart" sind nicht erfüllt
  • auf der Grundlage der Antworten auf den Fragebogen „Smart" fordert Generali Italia das Ausfüllen des Fragebogens „Standard" an
  • der Versicherte ersucht um das Ausfüllen des Fragebogens „Standard", um die Ausübung gefährlicher sportlicher und/oder beruflicher Aktivitäten anzugeben, die ihn besonderen Risiken aussetzen; dies im Hinblick auf eine Bewertung der Risikoübernahme durch Generali Italia (wodurch sich die geschuldete Prämie erhöhen oder unverändert bleiben kann, wobei sie die angegebene Aktivität möglicherweise vom Versicherungsschutz ausschließt).

Der Versicherte **muss** sich auch einer **ärztlichen Untersuchung** unterziehen, wenn **einer der folgenden Fälle vorliegt**:

– der Versicherte ist 65 Jahre und 6 Monate alt oder älter; in diesem Fall kann der Versicherte mit einem beantragten versicherten Kapital von mehr als 120.000 € und weniger als oder 600.000 € (unter Berücksichtigung des versicherten Kapitals eventueller anderer temporärer Policen für den Todesfall, die zuvor bei Generali Italia ohne ärztliche Untersuchung für denselben Versicherten abgeschlossen wurden), zusätzlich zur ärztlichen Untersuchung weitere medizinische Abklärungen beantragen, um Zugang zu einer Ermäßigung der Prämie zu haben

– das beantragte versicherte Kapital, das zu dem versicherten Kapital eventueller anderer temporärer Policen für den Todesfall hinzukommt, die zuvor bei Generali Italia ohne ärztliche Untersuchung für denselben Versicherten abgeschlossen wurden, beträgt mehr als 600.000 Euro; in diesem Fall muss sich der Versicherte zusätzlich zur ärztlichen Untersuchung weiteren medizinischen Abklärungen unterziehen

– der Versicherte, der jünger als 65 Jahre und 6 Monate ist und ein beantragtes versichertes Kapital von mehr als 120.000 € und weniger als oder 600.000 € hat (unter Berücksichtigung des versicherten Kapitals anderer vorübergehender Policen für den Todesfall, die zuvor bei Generali Italia ohne ärztliche Untersuchung für denselben Versicherten abgeschlossen wurden), beantragt eine ärztliche Untersuchung und weitere medizinische Abklärungen, um Zugang zu einer Ermäßigung der Prämie zu erhalten.

Damit Generali Italia das Risiko zutreffend beurteilen kann, müssen die Angaben des Versicherungsnehmers und des Versicherten **wahrheitsgemäß, genau und vollständig** sein.

Im Falle unrichtiger Angaben oder eines Verschweigens von Tatsachen, bei denen Generali Italia ihre Zustimmung zum Vertragsabschluss nicht oder nicht zu denselben Bedingungen erteilt hätte, wenn sie Kenntnis über den wahren Sachverhalt gehabt hätte, ist Generali Italia berechtigt:

a. wenn Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt[(4)]:
   1. innerhalb von 3 Monaten nach dem Tag, an dem sie von der Unrichtigkeit der Angaben oder dem Verschweigen Kenntnis erlangt hat, den Vertrag für nichtig zu erklären;
   2. jegliche Auszahlung zu verweigern, wenn der Tod vor Ablauf der vorgenannten Frist eintritt;

b. wenn kein Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt[(5)]:
   1. innerhalb von 3 Monaten ab dem Tag, an dem sie von der Unrichtigkeit der Angaben oder dem Verschweigen Kenntnis erlangt hat, vom Vertrag zurückzutreten;
   2. die Leistungen im Verhältnis der Differenz zwischen der vereinbarten Prämie und der Prämie, die bei Kenntnis des wahren Sachverhalts angewendet worden wären, zu kürzen, im Falle, dass der Tod eintritt, bevor Generali Italia den wahren Sachverhalt kennt oder ihre Absicht erklärt hat, vom Vertrag zurückzutreten.

Wenn der Versicherte zum Zeitpunkt der Unterzeichnung angegeben hat, Nichtraucher zu sein, und dann mit dem Rauchen beginnt oder wieder damit anfängt, und sei es auch nur sporadisch, muss er oder der Versicherungsnehmer Generali Italia hierüber unverzüglich schriftlich informieren.

Wenn der Versicherte zum Zeitpunkt der Unterzeichnung angegeben hat, Nichtraucher zu sein, prüft Generali Italia im Fall des Todes den Nichtraucherstatus des Versicherten, der Generali Italia zuvor alle von ihr für notwendig erachteten Ermittlungen gestatten muss und die Ärzte, die ihn untersucht und behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht entbinden muss. Im Falle des Todes, nach dem Generali Italia den Raucherstatus des Versicherten feststellt, ohne darüber informiert worden zu sein, oder im Fall des Todes, bevor Generali Italia, nachdem sie über den neuen Raucherstatus informiert wurde, ihre Absicht erklärt hat, vom Vertrag zurückzutreten, wird die Leistung, wie unter vorstehendem Punkt b.2. beschrieben, gekürzt.

Wenn der Versicherte neue gefährliche sportliche Aktivitäten beginnt, die bei der Unterzeichnung des Versicherungsantrags mit dem Fragebogen „Standard“ nicht angegeben wurden, muss er oder der Versicherungsnehmer Generali Italia hierüber unverzüglich schriftlich informieren. Letztere teilt dem Versicherungsnehmer mit, ob sie beabsichtigt, die geschuldete Prämie zu erhöhen oder sie unverändert zu lassen, wobei sie die gemeldete Aktivität möglicherweise vom Versicherungsschutz ausschließt.

(4) Artikel 1892 italienisches Zivilgesetzbuch.
(5) Artikel 1893 italienisches Zivilgesetzbuch.

Beim Ausfüllen des Fragebogens für den Antrag „Smart“ fehlt die Angabe der ausgeübten sportlichen Aktivität sowie auch bei Unterzeichnung des Versicherungsantrags wie auch später; daher gilt die Versicherung bei einem durch die Ausübung gefährlicher sportlicher Aktivitäten verursachten Todesfall nicht.

Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, eine Mitteilung zu machen, wenn sich der Beruf des Versicherten ändert und sich dadurch das von Generali Italia übernommene Risiko vergrößert, das während der Laufzeit des Vertrags aufgetreten sein könnte, und zwar abweichend von Artikel 1926 des italienischen Zivilgesetzbuchs. Im Falle des Todes, der durch die Ausübung eines gefährlichen Berufs nach Unterzeichnung des Versicherungsantrags verursacht wurde, gilt die Versicherung, sofern der Versicherte bei der Unterzeichnung den Fragebogen des Antrags „Standard“ ausgefüllt hat.

Die falsche Angabe des Alters des Versicherten führt zu einer Anpassung der Prämien oder Leistungen, d. h. zu deren Neuberechnung auf der Grundlage des richtigen Alters, oder zu einer möglichen Aufhebung des Vertrags.

Der Vertrag unterliegt den in Italien geltenden Versicherungssteuern auf der Grundlage der vom Versicherungsnehmer bei der Unterzeichnung abgegebenen Erklärung über seinen Wohnort/sein Domizil bzw. seinen Wohnsitz in Italien.

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, Generali Italia innerhalb von 30 Tagen über jede Verlegung seines Wohnortes, seines Domizils oder seines Wonsitzes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union zu informieren. Im Falle der Nichterfüllung haftet der Versicherungsnehmer für alle Schäden, die Generali Italia entstehen, z.B. durch Steuerstreitigkeiten durch den Staat des neuen Wohnortes/Domizils.

Die Versicherung gilt, wenn sich der Versicherte einer ärztlichen Untersuchung und den von Generali Italia verlangten zusätzlichen Gesundheitsuntersuchungen unterzogen hat, mit Ausnahme der in Art. 9 (Einschränkungen der Hauptversicherung und der Zusatzversicherung „Tutela Salute“) genannten Fälle.

Art. 11 Anträge auf Auszahlung an Generali Italia

Erforderliche Unterlagen für Auszahlungen aufgrund Todesfalls

Die **Anträge für Auszahlungen aufgrund Tod des Versicherten** sind schriftlich an die Generali Italia(6) oder an die Agentur, der der Vertrag zugewiesen ist, zu richten; dem Antrag beizufügen sind Unterlagen, die zur Überprüfung der Zahlungspflicht und zur Identifizierung der Begünstigten erforderlich sind:

- Personalausweis und ital. Steuernummer des Antragstellers (falls noch nicht vorgelegt oder abgelaufen)
- Sterbeurkunde oder, wenn es sich bei den Begünstigten um die Erben handelt, eine von einem Erben unterzeichnete Eigenerklärung über den Tod des Versicherten(7)
- Bericht des behandelnden Arztes über die Ursachen und Umstände des Todes sowie über den Gesundheitszustand und die Lebensweise des Versicherten(8) und weitere Unterlagen, die von Generali Italia angefordert werden können, wenn im konkreten Fall besondere Untersuchungen erforderlich sind, wie z. B.:
  - Krankenakten über Krankenhausaufenthalte für einen Zeitraum, der mit dem normalen Verlauf der vom behandelnden Arzt festgestellten Pathologie in Einklang steht
  - klinische Untersuchungen
  - Bericht des medizinischen Rettungsdienstes (z.B. 118)
  - Autopsiebericht, falls eine Autopsie durchgeführt wurde
  - wenn der Tod auf eine andere Ursache als eine Krankheit zurückzuführen ist: Bericht der zuständigen Behörde, die am Ort des Geschehens eingetroffen ist, und, im Falle eines Strafverfahrens, eine Kopie der wichtigsten Schriftstücke
- eidesstattliche Erklärung(9) aus der sich ergibt:
  - ob der Versicherungsnehmer, wenn er auch der Versicherte ist, ein Testament hinterlassen hat oder nicht

(6) Die Mitteilung ist zu richten an Generali Italia S.p.A., Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto (TV).
(7) Die Eigenerklärung muss die Genehmigung für Generali Italia enthalten, die entsprechenden Überprüfungen bei der öffentlichen Verwaltung durchzuführen.
(8) Es kann ein von Generali Italia zur Verfügung gestelltes Formular verwendet werden.
(9) Abgefasst in Übereinstimmung mit Art. 21 c. 2 des Präsidialdekrets 445/2000, d.h. mit einer amtlich beglaubigten Unterschrift.

- dass das veröffentlichte Testament das letzte und gültige Testament ist und nicht angefochten wurde
- wer die gesetzlichen und testamentarischen Erben des Versicherungsnehmers sind, wenn die Begünstigten im Fall des Todes allgemein angegeben sind

– beglaubigte Abschrift des Protokolls über die Veröffentlichung des eigenhändigen Testaments oder der Urkunde über die Eintragung des veröffentlichten Testaments.

Nur für die Zusatzversicherung „Tutela Family Care“ sind darüber hinaus auch erforderlich:

– Sterbeurkunde des Familienmitglieds, das nicht der Versicherte ist, oder, wenn die Begünstigten die Erben sind, eine von einem Erben unterzeichnete Eigenerklärung über den Tod des Familienmitglieds[10]
– Eigenerklärung über den Familienstand am Tag des Ereignisses[11]
– Unterlagen, die belegen, dass der Tod des Versicherten und des Familienmitglieds durch dasselbe nicht vorsätzlich herbeigeführte Ereignis verursacht wurde, z. B.: Bericht des medizinischen Rettungsdienstes (z. B. 118), Autopsiebericht, sofern eine Autopsie durchgeführt wurde, Bericht der zuständigen Behörde, die am Ort des Geschehens eingetroffen ist, und im Falle eines Strafverfahrens Kopien der wichtigsten Schriftstücke.

Erforderliche Unterlagen für Auszahlungen bei schwerer Krankheit

Die **Anträge auf Auszahlung bei schwerer Krankheit des Versicherten** sind schriftlich an Generali Italia[12] oder an die Agentur, der der Vertrag zugewiesen ist, zu richten, wobei die zur Überprüfung der Leistungspflicht erforderlichen Unterlagen beizufügen sind:

– Personalausweis und ital. Steuernummer des Antragstellers (falls noch nicht vorgelegt oder abgelaufen)
– Entlassungsbrief des Krankenhauses oder ein Attest eines Facharztes, aus dem die Diagnose der Krankheit, das Datum des Auftretens, der zufällige oder pathologische Ursprung und die entsprechenden klinischen und instruktiven Informationen hervorgehen, um die Krankheit in den Kreis der von der Versicherung umfassten Krankheiten einzustufen
– weitere Unterlagen, die von Generali Italia ggfs. angefordert werden können, wenn der konkrete Fall besondere Ermittlungserfordernisse aufweist, wie z. B.:
  - eine Kopie der Krankenakte über den Krankenhausaufenthalt, bei dem die Krankheit diagnostiziert wurde
  - klinische und/oder instrumentelle Untersuchungen
  - Bericht des medizinischen Rettungsdienstes (z. B. 118).

Für alle Zahlungen

Generali Italia behält sich das Recht vor, die vom Versicherten zur Begründung seines Antrags auf Auszahlung vorgelegten Unterlagen, auch wenn sie nicht medizinischer Natur sind, nicht zu akzeptieren, die von Ärzten, Gesundheitseinrichtungen oder Behörden eines Staates ausgestellt wurden, in dem Generali Italia weder im Rahmen der Niederlassungsregelung noch im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs zur Ausübung der Versicherungstätigkeit zugelassen ist und in dem es keine italienische diplomatische oder konsularische Vertretung gibt: dies, um Dokumente zu erhalten die in Italien Rechtskraft besitzen - gemäß den Bestimmungen der italienischen Gesetzgebung und der europäischen und internationalen Vorschriften, die zum Zeitpunkt der Meldung des Todes/ der schweren Krankheit in Kraft sind- und um die Echtheit und Gültigkeit dieser Urkunden und Unterlagen sowie die Ordnungsmäßigkeit der Genehmigungen und Zulassungen derjenigen Personen/Einrichtungen zu gewährleisten, die sie ausgestellt/erteilt haben. In solchen Fällen kann Generali Italia die in den Versicherungsbedingungen vorgesehene Leistung nicht erbringen.

Informationen über die Einreichung von Anträgen finden Sie unter www.generali.it und in den Agenturen.

Generali Italia leistet die Auszahlung innerhalb von 30 Tagen nach Zugang der vollständigen Unterlagen; nach Ablauf dieser Frist sind Zinsen in gesetzlicher Höhe geschuldet.

(10) Siehe Fußnote 7.
(11) Siehe Fußnote 7.
(12) Siehe Fußnote 6.

WANN UND WIE MUSS ICH BEZAHLEN?

Art. 12 Prämienzahlungsplan

„Scegli col cuore – Per chi ami" sieht für die **Hauptversicherung** (→ Art. 2) eine Reihe von **Jahresprämien in konstanter Höhe** vor, die erste bei Vertragsabschluss und die folgenden bei jeder jährlichen Erneuerung (→ Begriffsbestimmungen) vor dem Ablauf der Versicherung oder dem Tod des Versicherten.

Die Prämie wird in Abhängigkeit von der Höhe des versicherten Kapitals, der Laufzeit des Vertrags (→ Art. 16), dem Nichtraucher- oder Raucherstatus, dem Alter des Versicherten, seinem Gesundheitszustand, seinen ausgeübten sportlichen und beruflichen Aktivitäten sowie seinem Lebensstil festgelegt, wenn eine Angabe vorgesehen ist (→ Art. 10).

Für **fakultative Zusatzversicherungen** (→ Art. 4, 5 und 6) hat der Versicherungsnehmer die entsprechenden **Jahresprämien in konstanter Höhe** (in der Police angegeben) zusammen mit und in gleicher Weise wie die Jahresprämien für die Hauptversicherung zu bezahlen.

Die Prämie für die Zusatzversicherungen „Tutela Plus" und „Tutela Family Care" wird in Abhängigkeit von der Höhe des jeweiligen versicherten Kapitals festgelegt. Die Prämie für die Zusatzversicherung „Tutela Plus" ist für Kunden, die im Programm „Più Generali"[13]. eingeschrieben sind, bei gleichem versicherten Kapital niedriger.

Die Prämie für die Zusatzversicherung „Tutela Salute" wird in Abhängigkeit von der Höhe des jeweiligen versicherten Kapitals, des Alters des Versicherten und der Laufzeit der Versicherung festgelegt (→ Art. 16).

Die Prämien für die Zusatzversicherungen dürfen insgesamt 50 % der Jahresprämie nicht überschreiten, die sich aus dem Teil für die Hauptversicherung und dem Teil für die Zusatzversicherungen zusammensetzt.

Die Prämien können gemäß der vom Versicherungsnehmer gewählten **Ratenregelung** (jährlich, halbjährlich oder monatlich) mit dem vorgesehenen Zuschlag für die Ratenstückelung bezahlt werden (→ Art. 20). Die erste Jahresprämie ist, auch wenn sie in mehrere Raten gestückelt ist, **in voller Höhe geschuldet**.

Für die Prämien gelten die in Art. 20 genannten Kosten.

Die Prämie enthält die Steuer, wenn die Zusatzversicherungen „Tutela Plus" und/oder „Tutela Family Care" abgeschlossen wurden.

Art. 13 Modalitäten der Prämienzahlung

Der Versicherungsnehmer kann die Prämien an die zuständige Agentur oder an Generali Italia bezahlen durch eines der folgenden Zahlungsmittel:

- P.O.S. oder andere verfügbare elektronische Zahlungsmittel in der Agentur, im Kundenbereich (über die Webseite www.generali.it oder die App MyGenerali) für die Folgeprämien (bei Verträgen mit Jahresprämie) oder über einen vom Vermittler übermittelten Link
- Postzahlschein, ausgestellt auf Generali Italia oder auf den Vermittler, ausdrücklich in dieser Eigenschaft, auf ein spezielles Postgirokonto[14]
- einen nicht übertragbaren Barscheck, der auf die Generali Italia oder auf den Vermittler, ausdrücklich in dieser Eigenschaft, ausgestellt ist
- einen nicht übertragbaren Bank- oder Postscheck[15], der auf die Generali Italia oder den Vermittler, ausdrücklich in dieser Eigenschaft, ausgestellt ist
- Banküberweisung auf ein Girokonto, das auf die Generali Italia lautet, oder auf ein entsprechendes Konto des Vermittlers[16]
- Dauerauftrag für die Abbuchung vom Girokonto (Sepa Direct Debit), die **für halbjährliche oder**

(13) Siehe Fußnote 1.
(14) Hierbei handelt es sich um das in Artikel 117 „Vermögenstrennung" des italienischen Gesetzesdekrets 209/2005 - Versicherungsgesetzbuch sowie in Artikel 63 „Verpflichtung zur Vermögenstrennung" der IVASS-Verordnung 40/2018 vorgesehene getrennte Konto, das der Vermittler für den Einzug von Versicherungsprämien führt.
(15) Bei Bank- und/oder Postschecks ist der Vermittler unter Beachtung des Grundsatzes von Treu und Glauben berechtigt, die Zahlung der Prämie auch auf eine andere der vorgesehenen Arten zu verlangen.
(16) Siehe Fußnote 14.

monatliche Prämienzahlungen obligatorisch ist; im Falle einer Änderung des Vertragsverhältnisses, für das das SDD-Verfahren gilt, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, Generali Italia unverzüglich zu informieren
- andere, von den Bank- oder Postdiensten angebotene, Art und Weise
- Zahlung der anderen Police(n) durch Generali Italia zum selben Zeitpunkt.

Die Prämien können nicht in bar bezahlt werden.

In allen Fällen wird eine Quittung für die Zahlung ausgestellt.

Der Nachweis über die geleisteten Zahlungen wird auch im Einheitlichen Rechnungslegungsdokument [ital.: Documento Unico di Rendicontazione] für den jeweiligen Berichtszeitraum aufgeführt.

Art. 14 Unterbrechung des Prämienzahlungsplans: Aufhebung

Wird auch nur eine einzige Prämienrate 30 Tage nach dem für die Zahlung festgesetzten Termin nicht bezahlt, wird der Vertrag gekündigt und **die bezahlten Prämien werden von Generali Italia vereinnahmt**.

Zur Begründung der Nichtzahlung der Prämie kann sich der Versicherungsnehmer in keinem Fall darauf berufen, dass Generali Italia ihm keine Fälligkeitsmitteilungen geschickt oder die Prämie nicht bei ihm zu Hause eingezogen hat, auch wenn dies bei früheren Prämien der Fall war.

Art. 15 Wiederaufnahme des Prämienzahlungsplans: Reaktivierung

Im Falle einer Unterbrechung der Prämienzahlungen **kann der Vertrag innerhalb eines Jahres nach** Fälligkeit der ersten nicht bezahlten Rate reaktiviert werden.

Eine Reaktivierung ist nur möglich:
- nachdem die rückständigen Beiträge bezahlt wurden
- auf ausdrücklichen schriftlichen Antrag des Versicherungsnehmers und mit schriftlicher Zustimmung von Generali Italia, die neue medizinische Abklärungen anfordern und in Ansehung des Ergebnisses dieser entscheiden kann.

Die Zusatzversicherung „Tutela Salute" kann nicht reaktiviert werden im Falle, dass während des Zeitraums der Unterbrechung der Prämienzahlung eine vom Versicherungsschutz umfasste schwere Krankheit auftritt.

Durch die Reaktivierung des Vertrags werden (mit Wirkung ab 24:00 Uhr desjenigen Tages, an dem die Zahlung des geschuldeten Betrags erfolgt) die vertraglichen Werte der Leistungen wiederhergestellt, als ob die Unterbrechung des Prämienzahlungsplans nicht stattgefunden hätte.

WANN BEGINNT UND ENDET DIE DECKUNG?

Art. 16 Laufzeit

Die Laufzeit des Vertrags wird vom Versicherungsnehmer zwischen mindestens 2 und höchstens 25 Versicherungsjahren gewählt (→ Begriffsbestimmungen). Das Alter des Versicherten bei Fälligkeit muss auf jeden Fall weniger als 80 Jahre und 6 Monate betragen.

Die Laufzeit der fakultativen Zusatzversicherung entspricht der Vertragsdauer, mit Ausnahme der vorzeitigen Auflösung beginnend ab der jährlichen Erneuerung vor dem 70. Lebensjahr und 6 Monaten des Versicherten.

Der Service W Benessere wird für eine Dauer von 2 Jahren ab dem in der Police angegebenen Datum des Inkrafttretens gewährt. Der Service wird stillschweigend in 2 Jahren um jeweils 2 Jahre verlängert, spätestens jedoch bis zum Ablauf des Vertrages. Generali Italia benachrichtigt den Versicherungsnehmer mit einer Frist von mindestens 30 Tagen über den Kundenbereich der Webseite www.generali.it oder über die App MyGenerali oder über andere von der jeweils geltenden Bestimmungen vorgesehene Kommunikationsmittel über die Beendigung des Services.

Art. 17 Abschluss und Inkrafttreten des Vertrags

Abschluss des Vertrags

Der Vertrag kommt zustande, wenn Generali Italia dem Versicherungsnehmer die Police ausgestellt oder ihm die schriftliche Zustimmung zum Versicherungsantrag übermittelt hat.

Inkrafttreten

Der Vertrag tritt, sofern die Prämie bezahlt wurde, um 24:00 Uhr des in der Police angegebenen Datums des Beginns (→ Begriffsbestimmungen) in Kraft, das mit dem Vertragsabschluss zusammenfällt oder diesem folgt.

Wird die Prämie nach diesem Zeitpunkt bezahlt, tritt der Vertrag um 24:00 Uhr des Zahlungstages in Kraft.

Im Falle der Zahlung per P.O.S., Scheck oder Banküberweisung gilt die Prämie an dem Tag als bezahlt, an dem sie tatsächlich auf dem auf Generali Italia lautenden Girokonto oder auf dem entsprechenden Konto des Vermittlers gutgeschrieben wird.

Im Falle der Zahlung per Einzahlungsschein vom Postgirokonto gilt die Prämie als an dem von der Post gestempelten Datum als bezahlt.

Im Falle der Zahlung per SEPA-Lastschrift (SDD) gelten die Prämien vorbehaltlich des erfolgreichen Abschlusses der Abbuchungen an dem Tag als bezahlt, der in der Police für die Zahlung sowohl der ersten und der folgenden Prämienraten angegeben ist.

WIE KANN ICH VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN?

Art. 18 Rücktritt

Der Versicherungsnehmer kann **innerhalb von 30 Tagen** nach Vertragsabschluss durch ein Einschreiben an Generali Italia[17] oder an die Agentur, der der Vertrag zugewiesen ist, zurücktreten.

Ab dem Tag des Zugangs des Einschreibens sind der Versicherungsnehmer und Generali Italia von allen vertraglichen Verpflichtungen befreit. Generali Italia erstattet dem Versicherungsnehmer die bezahlten Prämien, abzüglich:

- eventueller Steuern
- des Teils, der sich auf das während der Laufzeit des Vertrags eingegangene Risiko bezieht
- Kosten für die Ausstellung des Vertrags, die im Antrag und in der Police angegeben sind.

Die Rückerstattung erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach Zugangs des Einschreibens mit der Mitteilung des Rücktritt (→ Begriffsbestimmungen), nachdem der Versicherungsnehmer den Originalvertrag mit allen Anlagen eingereicht hat.

SIND RÜCKKÄUFE UND ERMÄSSIGUNGEN VORGESEHEN? ☐ JA ☑ NEIN

Art. 19 Rückkauf und Ermässigung

Es gibt keine Rückkaufs- und Ermäßigungswerte.

Im Falle einer Unterbrechung der Prämienzahlung kann der Vertrag reaktiviert werden (→ Art. 14 und 15).

(17) Siehe Fußnote 6.

WELCHE KOSTEN KOMMEN AUF MICH ZU?

Art. 20 Kosten

Gebühren	
der Ausstellung	10 €
der Ersetzung[18]	10 €
des Empfangs (für die auf die erste Prämie folgenden Prämienraten)	3,50 € 0,50 € (für die Zahlungsmethode SDD)

Belastungen		
Festbetrag	Nicht vorgesehen.	
Prozentuale Kosten	15,0 % (mit einem Mindestbetrag von 60 €)	Für die Hauptversicherung
	15,0 %	Für die fakultative Zusatzversicherung „Tutela Salute”
	12,0 %	Für die fakultative Zusatzversicherung „Tutela Plus”
	18,0 %	Für die fakultative Zusatzversicherung „Tutela Family Care“

Die prozentualen Kosten werden auf die Prämie abzüglich der Ausstellungs- oder Empfangsgebühren angewandt.

Zuschlag für die Ratenstückelung	
Halbjährlich und monatlich	1,0 %

Ist eine vorherige Überprüfung des Gesundheitszustands des Versicherten durch eine ärztliche Untersuchung erforderlich, so gehen die Kosten hierfür - in Höhe des Honorars des Arztes oder der Einrichtung, an die der Versicherte überwiesen wurde - zu Kostenlasten des Versicherungsnehmers.

SONSTIGE FÜR DEN VERTRAG GELTENDE BESTIMMUNGEN

Art. 21 Begünstigter

Der Versicherungsnehmer gibt den Begünstigten an; er kann die Angabe jederzeit ändern, indem er sich schriftlich an Generali Italia[19] oder an die Agentur, der der Vertrag zugewiesen ist, wendet, oder durch Testament.

Die Angabe kann nicht geändert werden:

- nachdem der Versicherungsnehmer und der Begünstigte gegenüber Generali Italia schriftlich den Verzicht auf das Widerrufsrecht bzw. die Annahme der Leistung erklärt haben
- nach dem Tod des Versicherungsnehmers
- wenn nach dem Tod des Versicherten der Begünstigte Generali Italia schriftlich mitgeteilt, dass er die Begünstigung in Anspruch nehmen möchte.

In solchen Fällen bedarf jede Änderung, die die Rechte des Begünstigten beeinträchtigt, seiner schriftlichen Zustimmung.

(18) Die Ersetzungsgebühren fallen nur an, wenn der Vertrag als Ersatz für einen oder mehrere Lebensversicherungsverträge abgeschlossen wird (→ Art. 25).
(19) Siehe Fußnote 6.

Eigenes Recht des Begünstigten

Der Begünstigte erwirbt ein eigenes Recht an den Versicherungsleistungen[20]; was ihm nach dem Tod des Versicherten ausbezahlt wird, fällt nicht in den Nachlass.

Bei der Zusatzversicherung „**Tutela Salute**“ für schwere Krankheit ist der **Begünstigte der Versicherte**.

Art. 22 Abtretung, Verpfändung und Belastung

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag auf andere übertragen, ihn verpfänden und die Leistungen belasten, indem er eine Eigenerklärung darüber, dass der Versicherte am Leben ist[21], vorlegt, sofern er nicht der Versicherungsnehmer ist (und im Falle einer Abtretung der Zessionar, d. h. die Person, die durch die Abtretung begünstigt ist). Diese Rechtsakte sind gegenüber Generali Italia nur wirksam, wenn sie in einem Anhang vermerkt sind. Die Abtretung bedarf der Zustimmung von Generali Italia[22]

Im Falle einer Verpfändung oder Belastung ist für jede Transaktion, die die Wirksamkeit der genannten Sicherheiten beeinträchtigt, die schriftliche Zustimmung des Pfandgläubigers (desjenigen, der durch die Verpfändung begünstigt wird) oder des Belastungsgläubigers (desjenigen, der durch die Belastung begünstigt wird) erforderlich.

Art. 23 Unpfändbarkeit und Nichtbeschlagnahmbarkeit

Im Rahmen des Gesetzes[23] können die Beträge, die Generali Italia dem Versicherungsnehmer oder Begünstigten schuldet, nicht gepfändet oder beschlagnahmt werden.

Art. 24 Gerichtsstand

Für Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem Vertrag kann als Gerichtsstand ausschließlich der Wohnsitz, der Wohnort oder das Domizil des Versicherungsnehmers oder des Begünstigten oder ihrer Rechtsnachfolger (d. h. der Person, die ein zuvor von anderen gehaltenes Recht erwirbt) gelten.

Für diese Streitigkeiten kann nach einem Mediationsversuch ein gerichtliches Verfahren eingeleitet werden, indem ein Antrag bei einer Mediationsstelle am Ort des zuständigen Gerichts im Sinne des vorstehenden Absatzes gestellt wird[24].

Schriftliche Anträge für eine Mediation gegenüber Generali Italia sind zu richten an:
Generali Italia S.p.A.
Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto (TV)
generali_mediazione@pec.generaligroup.com

Als Alternative zur Mediation besteht die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann [Arbitro Assicurativo] anzurufen (www.arbitroassicurativo.org).

Art. 25 Ersetzung

Der Vertrag kann in Ersetzung für einen oder mehrere temporäre Versicherungsverträge für den Todesfall abgeschlossen werden, die zuvor bei Generali Italia abgeschlossen wurden und in der Police angegeben sind, mit einer Restvertragslaufzeit von mindestens 6 Monaten.

Nach diesem Vorgang sind die ersetzten Verträge nicht mehr wirksam, und der nicht verbrauchte Teil der Prämie, der sich auf den noch nicht abgelaufenen Versicherungszeitraum bezieht, wird auf den Restbetrag der bei Abschluss des neuen Vertrags bezahlten Prämie angerechnet.

Die in Art. 9 genannten Einschränkungen gelten nur für den Überschuss des versicherten Kapitals, der der Differenz zwischen dem versicherten Kapital des neuen Vertrags und dem gesamten versicherten Kapital der ersetzten Verträge entspricht.

(20) Artikel 1920 italienisches Zivilgesetzbuch.
(21) Siehe Fußnote 7.
(22) Artikel 1406 italienisches Zivilgesetzbuch.
(23) Artikel 1923 italienisches Zivilgesetzbuch.
(24) Artikel 4 und 5 des italienischen Gesetzesdekrets 28/2010, geändert durch das Gesetz 98/2013.

Läuft die Karenzzeit für einen oder mehrere der ersetzten Verträge noch, läuft sie für den neuen Vertrag für dessen Restlaufzeit und für den Teil des versicherten Kapitals weiter, der mit dem des ersetzten Vertrags zusammenfällt.

Art. 26 Klausel zur Unwirksamkeit der Deckung bei internationalen Sanktionen

Generali Italia ist nicht zur Gewährung von Versicherungsschutz und auch nicht zur Zahlung einer Leistung oder zur Anerkennung einer Begünstigung gemäß diesem Vertrag verpflichtet, wenn Generali Italia wegen der Gewährung von Versicherungsschutz, der Zahlung der Leistung oder der Zuerkennung einer Begünstigung Sanktionen ausgesetzt wäre, einschließlich Finanz- oder Handelssanktionen, Verboten oder Beschränkungen, die sich aus Resolutionen der Vereinten Nationen, Gesetzen oder Vorschriften der Europäischen Union, der Vereinigten Staaten von Amerika oder Italiens ergeben.

Art. 27 Verweis auf gesetzliche Regelungen

Für alle hier nicht anders geregelten Angelegenheiten gelten die gesetzlichen Regelungen.

Sommario

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN ..... pag. 3

WAS ist VERSICHERT / WAS SIND DIE LEISTUNGEN? ..... pag. 4

Art. 1 Gegenstand des Vertrags ..... pag. 4

HAUPTVERSICHERUNG ..... pag. 4

Art. 2 Leistung ..... pag. 4

ZUSATZVERSICHERUNGEN (FAKULTATIV) ..... pag. 4

Art. 3 Zusatzversicherungen und gemeinsame Bestimmungen ..... pag. 4

Art. 4 „Tutela Salute" - Versicherung im Falle schwerer Krankheit ..... pag. 4

Art. 5 „Tutela Plus" - Temporäre Versicherung für den nicht vorsätzlich herbeigeführten Todesfall mit Verdoppelung bei Todesfall durch einen Straßenverkehrsunfall mit konstantem Kapital und konstanter Jahresprämie (ACMA-IS) ..... pag. 7

Art. 6 „Tutela Family Care" - Temporäre Versicherung für den nicht vorsätzlich herbeigeführten Todesfall mit konstantem Kapital und konstanter Jahresprämie (Tod des Versicherten und eines mit ihm zusammenlebenden Familienmitglieds infolge derselben Unfallverletzung) ..... pag. 8

SERVICES IN DEN BEREICHEN PRÄVENTION UND GESUNDHEIT ..... pag. 8

Art. 7 W Benessere - Zugang zum Netzwerk der vertragsgebundenen medizinischen Einrichtungen ..... pag. 8

WAS IST NICHT VERSICHERT? ..... pag. 9

Art. 8 Nicht versicherbare Personen ..... pag. 9

GIBT ES DECKUNGSBESCHRÄNKUNGEN? ..... pag. 10

Art. 9 Ausschlüsse und Einschränkungen ..... pag. 10

WELCHE VERPFLICHTUNGEN HABE ICH? WELCHE VERPFLICHTUNGEN HAT DAS UNTERNEHMEN? ..... pag. 13

Art. 10 Gesundheitsangaben und medizinische Untersuchungen ..... pag. 13

Art. 11 Anträge auf Auszahlung an Generali Italia ..... pag. 15

WANN UND WIE MUSS ICH BEZAHLEN? ..... pag. 17

Art. 12 Prämienzahlungsplan ..... pag. 17

Art. 13 Modalitäten der Prämienzahlung ..... pag. 17

Art. 14 Unterbrechung des Prämienzahlungsplans: Aufhebung ..... pag. 18

Art. 15 Wiederaufnahme des Prämienzahlungsplans: Reaktivierung ..... pag. 18

WANN BEGINNT UND ENDET DIE DECKUNG? ..... pag. 18

Art. 16 Laufzeit ..... pag. 18

Art. 17 Abschluss und Inkrafttreten des Vertrags ..... pag. 19

WIE KANN ICH VOM VERTRAG ZURÜCKTRETEN? ..... pag. 19

Art. 18 Rücktritt ..... pag. 19

SIND RÜCKKÄUFE UND ERMÄSSIGUNGEN VORGESEHEN? ☐ JA ☑ NEIN ..... pag. 19

Art. 19 Rückkauf und Ermässigung ..... pag. 19

WELCHE KOSTEN KOMMEN AUF MICH ZU? ..... pag. 20
Art. 20 Kosten ..... pag. 20
SONSTIGE FÜR DEN VERTRAG GELTENDE BESTIMMUNGEN ..... pag. 20
Art. 21 Begünstigter ..... pag. 20
Art. 22 Abtretung, Verpfändung und Belastung ..... pag. 21
Art. 23 Unpfändbarkeit und Nichtbeschlagnahmbarkeit ..... pag. 21
Art. 24 Gerichtsstand ..... pag. 21
Art. 25 Ersetzung ..... pag. 21
Art. 26 Klausel zur Unwirksamkeit der Deckung bei internationalen Sanktionen ..... pag. 22
Art. 27 Verweis auf gesetzliche Regelungen ..... pag. 22

Absichtlich leer gelassene Seite

GENERALI

Diese Übersetzung der Informationen aus dem Italienischen ins Deutsche wurde ist eine Höflichkeitsübersetzung, die nur zu Informationszwecken vorgenommen und hat keine vertragliche Gültigkeit. Im Falle von Unstimmigkeiten oder Auslassungen in der deutschen Übersetzung sind die Vertragsunterlagen in italienischer Sprache maßgebend, für die die auf italienischem Gebiet geltenden Vorschriften Anwendung finden.

Generali Italia S.p.A. – Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 – Tel. 041 5492111 – www.generali.it; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso – Belluno n. 00409920584 – Partita IVA 01333550323 – Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generaliitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.