

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN DER POLICE

GESETZLICHE REGELUNG

VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT UND KONTROLLBEHÖRDE FÜR DIE AKTIVITÄT

Zurich Insurance Public Limited Company ist eine in Irland registrierte Versicherungsgesellschaft, mit der Gesellschaftsnummer 13460, und mit Gesellschaftssitz in Zurich House, Ballsbridge Park, Dublin 4, Irland. Sie wird von der Central Bank of Ireland beaufsichtigt und registriert und ist dazu berechtigt, in Spanien mit dem Recht einer Niederlassung über ihre Filiale Zurich Insurance plc, Sucursal en España, tätig zu sein.

Zurich Insurance plc, Sucursal en España, mit der Steueridentifikationsnummer (NIF) W0072130H, und mit Gesellschaftssitz in der Straße Agustín de Foxá, Nr. 27, 28036 Madrid ist in das Verwaltungsregister der Generaldirektion für Versicherungen und Pensionsfonds (Registro administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones) mit der Nummer E0189 eingetragen.

In Anwendung des Artikels 123 des Königlichen Erlasses 1060 vom 20. November 2015 über die Verordnungen, Aufsicht und Solvenz von Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen wird festgelegt, dass die spanischen Vorschriften über die Liquidation von Versicherungsunternehmen nicht angewendet werden, sondern die irischen Vorschriften.

Anwendbare Gesetzgebung

- Gesetz 50/80 über Versicherungsverträge vom 8. Oktober.
- Gesetz 20 vom 14. Juli 2015 über die Verordnungen, Aufsicht und Solvenz von Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen.
- Gesetz 7 vom 29. Oktober 2004 über die Regulierung des Rechtstatuts für das Konsortium für die Rückversicherung.
- Jegliche andere Vorschrift, die während der Gültigkeit der Police anwendbar sein kann.

Beschwerden und Reklamationen

Beschwerden und Reklamationen können gemäß dem Verfahren, das in den von der Gesellschaft festgelegten und auf unserer Website www.zurich.es/defensacliente verfügbaren Vorschriften für die Verteidigung des Kunden festgelegt ist, an den Kundendienst der Gesellschaft gerichtet werden. Diese Vorschrift entspricht den Anforderungen des Ministerialerlasses ECO 734/2004 und den Vorschriften, die diese ersetzen oder ändern.

Der Dienst zur Verteidigung des Kunden, der in der genannten Vorschrift geregelt wird, wird innerhalb der Höchstfrist, die in dieser Vorschrift angegeben ist, ab dem Tag der Vorlage der Beschwerde oder Reklamation einen Beschluss fällen. Der Beschwerdeführer kann sich ab dem Zeitpunkt des Ablaufens dieser Frist gegebenenfalls an die Beschwerdestelle dieser Generaldirektion für Versicherungen und Pensionsfonds wenden.

Schutz von personenbezogenen Daten

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung: Zurich Insurance plc, Sucursal en España

Für physische Personen

Zweck der Datenverarbeitung:

- Zu den Zwecken der Vertragsbearbeitung: Personenbezogene Daten werden in die Dateien der Zurich Insurance plc, Sucursal en España, und ihrer Muttergesellschaft Zurich Insurance plc aufgenommen, und sie werden zu den Zwecken des Vertragsabschluss, der Vollendung, der Aufrechterhaltung und der Kontrolle des Versicherungsvertrages sowie zur Durchführung statistischer Studien, Qualitäts- oder technischer Analysen, gegebenenfalls zur Verwaltung der Mit- und Rückversicherung sowie seitens der Muttergesellschaft für die Datenverarbeitung zur Verhinderung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung verwendet.

Aktivlegitimation: Die Ausführung des Vertrages und der Versicherungsvorschriften, insbesondere des Gesetzes über Versicherungsverträge, des Gesetzes über Verordnungen, Aufsicht und Solvenz von Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen sowie der Vorschriften zur Verhinderung der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung.

- Zu den Zwecken der Bekämpfung von Betrug: Diese Daten werden zur Betrugsbekämpfung verwendet.

Aktivlegitimation: Rechtmäßiges Interesse.

- Zu den Zwecken der Preisanpassung: Um dem Kunden vor Abschluss der Versicherung den Preis anbieten zu können, der sich am besten für sein Profil eignet, kann der Versicherer die Datei Asnef konsultieren, deren Inhaber und

Verantwortlicher Asnef-Equifax, Servicios de Información sobre la Solvencia y Crédito, S.L. (Asnef-Equifax, Solvency and Credit Information Services, S.L.) ist.

Aktivlegitimation: Legitimes Interesse basierend auf den Regelungen für Systeme der Kreditinformation.

Ebenso kann die Versicherungsgesellschaft Ihre Daten verarbeiten, es sei denn, Sie haben dieser Verarbeitung widersprochen.

- Zu dem Zweck, Ihnen kommerzielle Mitteilungen auf elektronischem Wege, einschließlich SMS, E-Mail oder gleichwertigen Kommunikationsmitteln zu senden, die Angeboten, Werbezwecken und zum Vertragsabschluss für Waren und Dienstleistungen der Versicherungsgesellschaft und anderen Dienstleistungen dienen, die die in der abgeschlossenen Versicherung enthaltenen Dienstleistungen ergänzen (wie Manitas en casa, Computerassistenten usw.)

- Zum Zwecke der Zusendung von Werbematerial auf Papier und für Werbetelefonate, sowohl für eigene Produkte als auch für Versicherungen und Pensionen der Versicherungsgruppe, d.h. Zurich Vida oder anderer Unternehmen, die rechtlich mit den Vorstehenden verbunden sind, so wie diese in www.zurich.es/rgpd genannt sind.

- Zu dem Zwecke, Profile sowohl mit den von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten als auch mit den Daten zu erstellen, die sich aus den Informationen ergeben, die durch den Gebrauch und die Verwaltung der unter Vertrag genommenen Produkte erhalten wurden.

Aktivlegitimation: Legitimes Interesse und Widerspruchsrecht.

Sie können jederzeit den genannten Datenverarbeitungen widersprechen.

Ebenso kann der Versicherer, falls Sie Ihre Einwilligung erteilt hat, die Daten zu folgenden Zwecken verarbeiten:

- Zu dem Zweck, Ihnen kommerzielle Mitteilungen auf elektronischem Wege, einschließlich SMS, E-Mail oder gleichwertigen Kommunikationsmitteln zu senden, die Angeboten, Werbezwecken und zum Vertragsabschluss für Waren und Versicherungs- und Pensionsdienstleistungen von anderen Gesellschaften der Gruppe, d.h. Zurich Vida oder anderer Unternehmen dienen, die rechtlich mit den Vorstehenden verbunden sind, so wie diese in www.zurich.es/rgpd genannt sind.

- Zum Zwecke der Erstellung oder Segmentierung von Profilen zu kommerziellen Zwecken auf der Grundlage eigener Daten und der Daten Dritter (einschließlich der Versicherungsgesellschaften der Gruppe).

- Zum Zwecke der Übermittlung Ihrer Daten und gegebenenfalls der erhaltenen Profile an die Gesellschaften der Gruppe Zurich, die dem Versicherungs- und Pensionssektor angehören, und zwar für den Versand von kommerziellen Mitteilungen zu ihren eigenen Produkten und Dienstleistungen über jegliches (elektronische und nicht-elektronische) Mittel.

Aktivlegitimation: Ausdrückliches Einverständnis.

Empfänger: Ihre Daten können den Behörden, an die der Versicherer gesetzlich zur Meldung verpflichtet ist, einschließlich Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, übermittelt werden, falls diese das beantragen. Auf die gleiche Weise können bei der Ausführung des Vertrags Ihre persönlichen Daten an Gesellschaften der Rückversicherung, Mitversicherung und an die übrigen Teilnehmer an der Ausführung des Vertrags selbst übermittelt werden, beispielsweise an Werkstätten, Sachverständige und andere Dienstleister. Ebenso werden sie den Gesellschaften der Gruppe und dritten Körperschaften mitgeteilt, falls Sie dieser Datenüberlassung ausdrücklich zugestimmt haben oder falls diese sich auf ein legitimes Interesse oder auf eine gesetzliche Verpflichtung stützt.

Für juristische Personen

Zweck und Empfänger der Datenverarbeitung:

- Der Vertreter (physische Person) des VERSICHERUNGSNEHMERS wird durch die vorliegende Klausel darüber informiert, dass seine personenbezogenen Daten, die für die Ausführung des Versicherungsvertrags zur Verfügung gestellt wurden, von der Versicherungsgesellschaft verarbeitet werden, um die Vertragsbeziehung zu verwalten, und dass die rechtliche Grundlage der genannten Datenverarbeitung der Versicherungsvertrag ist.

Die personenbezogenen Daten, die erfasst werden, werden solange gespeichert, wie der genannte Versicherungsvertrag Gültigkeit hat. Nach Erlöschen dieser Vertragsbeziehung bleiben sie während der in der anwendbaren Gesetzgebung festgelegten Verjährungsfrist gesperrt.

- Die Empfänger der personenbezogenen Daten sind die Unternehmen der Gruppe der Versicherungsgesellschaft, die aus Gründen der internen Organisation intervenieren müssen, oder die Lieferanten, die gegebenenfalls beauftragt wurden.

- Gegebenenfalls garantiert der VERSICHERUNGSNEHMER der Versicherungsgesellschaft in Bezug auf jegliche anderen personenbezogenen Daten, die ihm bei der Ausführung des Versicherungsvertrages mitgeteilt wurden, dass er die interessierte Partei (ob Versicherter, Begünstigter oder eine andere Person) vor dieser Mitteilung über die Verarbeitung ihrer

Daten entsprechend der in dieser Klausel festgelegten Bedingungen informiert hat, und dass er alle anderen erforderlichen Voraussetzungen erfüllt hat, um die rechtmäßige Übermittlung deren personenbezogenen Daten an die Versicherungsgesellschaft gemäß den geltenden Vorschriften zu ermöglichen.

Die rechtliche Grundlage für die genannte Datenverarbeitung ist die Ausführung des Vertrags oder die Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen aus den Vorschriften über die Organisation, Aufsicht und Solvenz von Versicherungsunternehmen und den Vorschriften über den Versicherungsvertrag.

Personenbezogene Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, dies geschieht gegebenenfalls zur Erfüllung von Verpflichtungen, die sich aus den geltenden Vorschriften ergeben.

Ebenso kann die Versicherungsgesellschaft, wenn die entsprechenden Mechanismen aktiviert sind, gegebenenfalls für diese anderen an der Versicherung beteiligten Personen, falls der VERSICHERUNGSNEHMER eine juristische Person ist, in den oben genannten Fällen deren Zustimmung oder Ablehnung verlangen.

Rechte und zusätzliche Informationen

Rechte: Der Inhaber der Daten (im Fall einer natürlichen Person) und die interessierte Person und der Vertreter (im Falle einer juristischen Person) haben das Recht auf den Zugriff, die Berichtigung und das Löschen der Daten sowie andere Rechte, die in den „Zusätzlichen Informationen“ enthalten sind.

Zusätzliche Informationen: Sie können die zusätzlichen Informationen unter www.zurich.es/rgpd einsehen.

Besonderheiten bei Beschwerden und Reklamationen von Autonomen Gemeinschaften

Zurich verfügt neben den Filialen in den verschiedenen Autonomen Gemeinschaften über eine physische Adresse für alle Verbraucher und Nutzer, diese ist Via Augusta, 200, Barcelona. Dort werden Sie bei jeder Beschwerde oder Reklamation bezüglich Ihrer Versicherung betreut. Ebenso steht eine kostenlose Rufnummer für Beschwerden und Reklamationen für alle Verbraucher und Nutzer zur Verfügung, das ist die 900 110 770.

Anwendung einer internationalen öffentlichen Verfügung

Unbeschadet der Bestimmungen dieses Vertrags muss die Versicherungsgesellschaft keine Zahlungen oder Dienstleistungen an jeglichen der Versicherten oder Dritte erbringen, wenn eine solche Deckung, Zahlung, Dienstleistung oder Leistung sowie eine andere Geschäftstätigkeit oder Tätigkeit des Versicherten gegen Gesetze oder Vorschriften des Handels, ein Handelsembargo oder Wirtschaftssanktionen verstößt, die von einer internationalen, öffentlichen Verfügung betroffen sind.

Ebenso fallen für die Versicherungsgesellschaft keine Verzugszinsen an, falls sie möglicherweise zur Erfüllung der Formalitäten, die in solchen Verfügungen vorgeschrieben sind, die Höchstfrist überschreitet, die für bestimmte Verpflichtungen festgelegt ist.

DEFINITIONEN

Versicherer (Versicherungsgesellschaft): Zurich Insurance plc, Sucursal en España, die mittels des Einzugs einer Versicherungsprämie die Deckung der Risiken übernimmt, die Gegenstand dieses Vertrags sind, und die die Leistungen garantiert, die den Vertragsbedingungen entsprechen.

Versicherungsnehmer: Physische oder juristische Person, die zusammen mit dem Versicherer einen Vertrag abschließt, und für die sich aus diesem Vertrag Verpflichtungen ergeben.

Versicherter: Jede der physischen Personen, die zu einer versicherbaren Gruppe gehört, und die die Bedingungen für den Einschluss in die Versicherung erfüllt und in der Auflistung der Personen enthalten ist, die in die Versicherung eingeschlossen sind. Diese Gesamtheit der Versicherten bildet die versicherte Gruppe. Im Fall von Geschäftsreisen sind mit der Zustimmung des Versicherungsnehmers ein versicherter Begleiter und begleitende Kinder eingeschlossen.

Anspruchsberechtigte: Der Anspruch auf Entschädigung bei permanenter Invalidität ist persönlich und daher nicht auf die Erben übertragbar.

Falls die ausdrückliche Benennung der „Begünstigten“ fehlt, so ist die folgende Reihenfolge anwendbar: Ehepartner und Kinder zu gleichen Teilen, falls diese nicht vorhanden sind, Vorfahren und Nachfahren ersten Grades, und falls diese nicht vorhanden sind, jeglicher andere rechtmäßige Erbe.

Die „Begünstigten“ müssen ausdrücklich nachweisen, dass sie die rechtmäßigen Erben sind, falls ihre Benennung nicht ausdrücklich erfolgt ist.

Stirbt die versicherte Person nach Zahlung der Entschädigung für die permanente Invalidität infolge des Unfalls, der diese verursacht hat, zahlt der Versicherer an die benannten „Begünstigten“ oder, falls diese nicht vorhanden sind, an die Erben die Differenz zwischen der bereits gezahlten und der im Todesfalle festgelegten Entschädigung, wenn diese höher ist. Ist diese niedriger, verlangt der Versicherer keine Rückzahlung der Differenz.

Im Falle jeglicher anderen Leistung ist der Begünstigte die versicherte Person selbst, sofern dies nicht ausdrücklich anders vereinbart wurde.

Es wird daher ausdrücklich vereinbart, dass der Versicherungsnehmer auf die Befugnis verzichtet, einen Begünstigten für den Bezug der Leistungen aus dieser Police zu benennen.

Unfall: Jede körperliche Verletzung, die sich aus einer gewaltsamen, plötzlichen, und äußeren Ursache ergibt, die nicht absichtlich von dem Versicherten herbeigeführt wurde.

Verkehrsunfall: Jeder Unfall, in den der Versicherte als folgender Verkehrsteilnehmer verwickelt ist:

- Fußgänger auf öffentlichen Straßen, verursacht durch ein Kraftfahrzeug.
- Fahrer oder Beifahrer eines Landkraftfahrzeuges.
- Benutzer öffentlicher Transportmittel auf dem Landweg, Seeweg oder in der Luft, unter der Bedingung, dass er nicht zum Betriebspersonal desselben gehört und den entsprechenden Fahrschein erworben hat.

Unfall 24 Stunden: Die Deckung gilt während 24 Stunden, und der Versicherte ist sowohl in seinem Privatleben als auch bei der Ausübung seines Berufes versichert (**für die in der Police angegebenen Deckungen werden die 24 Stunden als Aufenthalt während der Reisen betrachtet, für die mit der**

versicherten Karte die Hin- und Rückreise sowie der Aufenthalt bezahlt wurde).

Außerberuflicher Unfall: Alle körperlichen Verletzungen, die der Versicherte in seinem Privatleben erleidet, unter Ausschluss von Arbeitsunfällen und Wegeunfällen.

Schwerer Unfall: Jeder Unfall, der einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hat oder nach Ansicht des medizinischen Personals des Versicherers den Beginn oder die Weiterreise der versicherten Person zum geplanten Zeitpunkt unmöglich macht, oder das Risiko des Todes mit sich bringt.

Arbeitsunfall: Alle körperlichen Verletzungen, die der Versicherte zu den Zwecken oder infolge der für den Versicherungsnehmer ausgeführten Arbeiten erleidet, einschließlich Wegeunfälle.

Begleitperson: Der Ehepartner oder nichteheliche Lebenspartner der versicherten Person.

Deckungsgebiet: Geografisches Gebiet, durch das die Reise, die Gegenstand des Vertrages ist, verläuft und in dem die Vorfälle, zu denen es dort gekommen ist, gedeckt sind. Es wird in den Besonderen Bedingungen der Versicherungspolice genannt. Für die Festlegung der Tarife wird das Land des gewöhnlichen Aufenthalts für die Bestimmung des geographischen Gebiets berücksichtigt.

Karenzzeit: Es handelt sich um den Zeitraum, in dem die Versicherungsdeckung oder irgendeine der anderen Garantien nicht anwendbar ist.

Krankenhauszentrum: Öffentliche oder private Einrichtung, Hospital, Gesundheitszentrum oder Klinik, die berechtigt ist, medizinische Behandlungen von Krankheiten oder körperlichen Verletzungen mit den notwendigen Materialien und Fachkräften sowie Diagnosen, Behandlungen und chirurgische Eingriffe durchzuführen.

Folgende Einrichtungen werden nicht als Krankenhauszentrum betrachtet: Kurhotels, Erholungsheime, Altenheime und ähnliche.

Quarantäne: Vorübergehende Isolierung von Menschen, um die Ausbreitung einer Infektionskrankheit zu verhindern.

Geld: Münzen, Banknoten oder Devisen, Bankschecks, Wechsel, Akkreditive, Gaststättengutscheine, Kredit-, Debit- oder Kundenkreditkarten, Telefonkarten, Zahlungsanweisungen, Reiseschecks, Fahrkarten, Benzincoupons oder andere Coupons mit Geldwert oder Kreditkartenbelege, die der versicherten Person

gehören oder sich unter ihrer Aufsicht oder Kontrolle befinden und deren Zweck ausschließlich die Zahlung von Reisekosten, Verpflegung, Unterkunft und persönlichen Ausgaben ist.

Persönliche Gegenstände: Alle Gegenstände für den persönlichen Gebrauch, die der Versicherte während der Reise bei sich hat, sowie die, die von jedem Transportmittel bereitgestellt wurden, und die sich im Eigentum und unter der Aufsicht und Kontrolle des Versicherten befinden, mit Ausnahme von Arbeitsmaterial und beruflicher Ausrüstungsgegenstände.

Krankheit: Jede gesundheitliche Veränderung, deren Diagnose und Bestätigung von einem gesetzlich anerkannten Arzt während der Laufzeit der Versicherungspolice vorgenommen wird.

Schwere Krankheit: Eine Veränderung des Gesundheitszustandes, die einen Krankenhausaufenthalt mit sich bringt oder nach Ansicht des medizinischen Personals des Versicherers den Beginn oder die Weiterreise der versicherten Person zum geplanten Zeitpunkt unmöglich macht, oder das Risiko des Todes mit sich bringt.

Vorbestehende Krankheit: Jedes Leiden, Krankheit oder Verletzung, die zuvor medizinisch festgestellt oder behandelt wurde oder deren Symptome bereits vorhanden waren, die vor dem Datum des Reisebeginns bereit vorhanden war oder auftrat.

Plötzliche Epidemie: Plötzliches, unerwartetes, großflächiges Auftreten einer Infektionskrankheit in einem Land, die sich sehr schnell und mit großer Virulenz in diesem Land ausbreitet, vorausgesetzt, die WHO hat die Stornierung nicht unverzichtbarer internationaler Reisen in das oder aus dem betroffenen Gebiet empfohlen, und im Falle von Influenzaviren, sofern die WHO in ihrem Globalen Pandemieplan mindestens ein erhebliches Pandemierisiko der Phase 5 erklärt. Die Quarantäne für die betroffenen Personen muss von der Gesundheitsbehörde oder der zuständigen Behörde des betroffenen Landes erklärt werden.

Familienangehörige: Als Familienmitglieder gelten nur Ehepartner, nichteheliche Lebensgemeinschaften, Kinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Schwiegereltern, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter und Schwager der versicherten Person, mit Ausnahme der für jede Deckung oder Garantie vorgesehenen Fälle. Ebenso werden die Erziehungsberechtigten des Versicherten als solche betrachtet.

Datum des Schadensfalls: Das Datum, zu dem das in der Police genannte und gedeckte Risiko eintritt, das sich in jedem Fall zwangsläufig aus einem Unfall oder Ereignis ergeben muss, das sich während der Laufzeit des Versicherungsvertrages ereignet.

Es wird ausdrücklich festgelegt, dass für alle Garantien der Police das Datum des Schadensfalls das Datum des Eintretens des Unfalls ist. Im Falle von Krankheiten wird als Datum des Schadensfalls der Beginn der Krankheit betrachtet.

Abziehbare Selbstbeteiligung: Der Betrag oder Prozentsatz, der nach ausdrücklicher Vereinbarung bei einer Schadenersatzleistung zu Lasten des Versicherten als Eigenversicherer läuft.

Allgemeine, angemessene und übliche medizinische Kosten: Der durchschnittliche Betrag, der für Rehabilitation und Behandlungskosten in Rechnung gestellt wird, und der auf der Grundlage der Erfahrungen des Versicherers in einem bestimmten Land, Gebiet oder Region ermittelt und von einem unabhängigen Dritten nachgewiesen wird, also von einem Arzt oder einer Gesundheitsbehörde.

Versicherbare Gruppe Eine Gruppe von natürlichen Personen, die ein gemeinsames Merkmal besitzen, das sich vom Zweck der Versicherung unterscheidet und die alle Voraussetzungen erfüllen, um versichert zu werden.

Kinder: Kinder unter 18 Jahren, die Wohnsitz der Familie wohnen und von der versicherten Person abhängig sind.

Uhrzeit des Beginns und des Ende der Versicherungsdeckung: Die Police tritt um 0:00 Uhr des genannten Anfangsdatums in Kraft und endet um 24:00 Uhr des genannten Enddatums.

Diebstahl: Aneignung von Dingen anderer Menschen aus Profitgier, ohne Gewalt oder Drohung gegen Personen oder Gewalt gegen Dinge auszuüben.

Höchstversicherungsbetrag während des Deckungszeitraums: Höchstbetrag der Leistungen für alle Schadensfälle, die in dem vereinbarten Versicherungszeitraum angefallen ist.

Arbeitsmaterial und berufliche Ausrüstungsgegenstände: Gegenstände für eine berufliche Verwendung, die Eigentum des Versicherungsnehmers sind und die die versicherte Person mit sich führt, um während der Reise, die Gegenstand der Versicherung ist, ihre Arbeitstätigkeit ausüben zu können.

Aufsichtsperson: Person, die für die Betreuung oder Vormundschaft einer Gruppe von Minderjährigen oder Behinderten verantwortlich ist, sowohl auf dem Schulgelände als auch bei Ausflügen, kulturellen Besuchen oder ähnlichen Veranstaltungen.

Wertgegenstände: Schmuck, Uhren, Edelmetallobjekte, Pelze, Gemälde, Kunstwerke, Silber- und Goldschmiedearbeiten aus Edelmetallen, Unikate, Mobiltelefone und deren Zubehör, Kameras und Foto- und Videozubehör, Radiogeräte, Ton- oder Bildaufnahme oder -wiedergabegeräte sowie deren Zubehör, Computerausrüstung aller Art, ferngesteuerte Modellbauobjekte und deren Zubehör, Gewehre, Jagdgewehre sowie deren optisches Zubehör, Rollstühle und medizinische Geräte.

Land des Wohnsitzes: Das, das in den Besonderen Bedingungen angegeben ist, unter der Ausnahme von Policen, die für Incoming-Reisen abgeschlossen wurden oder für Bürger von Drittländern bei Reisen im Ausland. Als Incoming-Reise wird jede Art von Reise mit dem Reiseziel Spanien verstanden, bei der der Versicherte seinen Wohnsitz im Ausland hat.

Zu den Zwecken der Leistungen im Rahmen der Deckungen und der Deckungsgrenzen, die für jede dieser Leistungen beschrieben ist, handelt es sich bei dem Wohnsitz des Versicherten um den, an dem er seinen üblichen Wohnsitz in dem jeweiligen Herkunftsland hat. Deshalb wird das Wort Ausland immer als alle anderen Länder unter Ausnahme des Landes verstanden, in dem er seinen Wohnsitz hat.

Police: Das Dokument, das die Bedingungen enthält, die die Versicherung regeln. Folgende Dokumente bilden einen integralen Bestandteil der Police: die allgemeinen Bedingungen; die besonderen Bedingungen, mit denen das Risiko individualisiert wird; die speziellen Bedingungen, falls vorhanden; die Ergänzungen und Anhänge, die für die Police erstellt werden, um sie zu ergänzen oder zu ändern, und der Fragebogen, der als Grundlage für die Ausstellung der Versicherung diene.

Versicherungsprämie: Der Preis der Versicherung. Die Rechnung enthält zusätzlich die gesetzlich geregelten Zuschläge und Steuern. Der Preis wird unter Berücksichtigung der Bedingungen der Police mit all ihren Deckungen, Ausschlüssen und Beschränkungen sowie in Übereinstimmung mit dem vom Versicherungsnehmer erklärten Risiko festgelegt.

Wegerisiko: Der Weg vom Wohnsitz des Versicherten bis zu dem Arbeitsplatz, an dem er seiner Berufstätigkeit nachgeht, und der Rückweg zu seinem Wohnsitz.

Raub: Aneignung von Dingen anderer Menschen durch Gewalt oder Bedrohung von Personen oder Einsatz von Gewalt bei Dingen.

Entführung: Die Handlung, eine Person unrechtmäßig festzuhalten (außer im Falle eines Minderjährigen durch einen Verwandten des Minderjährigen), um Geld für Lösegeld, Erpressung oder andere politische oder soziale Zwecke zu verlangen, wobei das Leben oder die Gesundheit des Opfers bedroht werden.

Versicherung des Erstrisikos: Die Form der Versicherung, die die Deckung eines Risikos bis zu einem festgesetzten Betrag garantiert, unabhängig vom Gesamtwert, wobei die Verhältnisregel angewendet wird.

Schadenfall: Jede Tatsache, die sich aus einem Unfall ergibt, dessen Folgen ganz oder teilweise durch die Garantien der Police abgedeckt sind. Eine Gruppe von Schäden, die sich aus dem gleichen Ereignis ergeben, gilt als ein einziger Schadenfall.

Untergrenzen: Falls in den allgemeinen, besonderen und speziellen Bedingungen der Police irgendeine Untergrenze festgelegt ist, wird diese als integraler Bestandteil der Entschädigungssumme und nicht als zusätzlicher Betrag verstanden.

Versicherungssumme: Der Höchstbetrag der Entschädigung, der für jede der Garantien in der Police festgesetzt ist, und der von dem Versicherer im Schadenfall entrichtet wird.

Wenn die Versicherung mit Höchstbeträgen und sowie Untergrenzen abgeschlossen wird, ist die Haftung des Versicherers nicht die, die im vorhergehenden Absatz angegeben ist, sondern der Betrag, der in den jeweiligen Garantien festgelegt ist.

Dritte: Jegliche physische oder juristische Person, bei der es sich nicht um eine der Folgenden handelt:

- a) Der Versicherungsnehmer, die Versicherten der Police, der Begünstigte oder der Verursacher des Schadensfalls.
- b) Die Ehepartner, nichteheliche Lebenspartner, Vorfahren und Nachfahren der Personen, die im vorhergehenden Punkt genannt sind.
- c) Die Familienangehörigen der Personen, die im ersten Punkt genannt sind, die mit diesen zusammenleben.
- d) Gesellschafter, Führungskräfte, Arbeitnehmer (einschließlich Arbeitnehmer von Auftragnehmern und Unterauftragnehmern) und Personen, die de jure oder de facto von den im 1. Punkt genannten Personen abhängig sind, solange sie im Rahmen dieser Abhängigkeit handeln.

Krise: Wenn die zuständigen Behörden des Landes des Wohnsitzes des Versicherten von jeglicher Reise in das Gastland formell abraten oder die Evakuierung aus dem Gastland aufgrund eines der folgenden Fälle formell empfehlen, und sich diese Tatsache völlig der Kontrolle des Versicherungsnehmers und des Versicherten entzieht:

- Ausweisung der versicherten Person oder ihre Erklärung zur persona non grata durch die zuständigen Behörden des Gastlandes;
- Beginn von gewaltsamen politischen Unruhen oder zivilen Konflikten im Gastland;
- Beginn von militärischen Konflikten, die das Gastland betreffen;
- Terroranschlag im Gastland, bei dem es zu Toten kommt;
- Ausbrechen einer Epidemie im Gastland;
- Naturkatastrophe im Gastland, bei der es Todesfälle gibt.

Reise:

Als eine Reise wird verstanden, wenn die versicherte Person sich über 30 km von ihrem üblichen Wohnsitz oder Arbeitsort entfernt hat. Dazu gehören der Weg vom oder zum Flughafen/Hafen/Bahnhof sowie der Aufenthalt dort (mit einem Dokument wie einer Hotelreservierung, Flugticket usw.), auch wenn die angegebene Entfernung nicht überschritten wird. Im Falle von Reisen in öffentlichen Transportmitteln wird ebenfalls die genannte Entfernung nicht angewendet, falls nachgewiesen werden kann, dass das Ziel, zu dem die versicherte Person in diesem öffentlichen Transportmittel reist, mehr als 30 km entfernt ist. Diese Reisen müssen mit der versicherten Debit- oder Kreditkarte bezahlt worden sein.

Linienflug: Ein Flugzeug, das von einem anerkannten Flughafen aus auf einer öffentlichen Linie fliegt und über mehr als 18 Sitzplätze verfügt.

VERSICHERUNGSGEGENSTAND

Durch die vorliegende Versicherungspolice werden die in diesen allgemeinen und spezifischen Bedingungen genannten Deckungen und Leistungen garantiert, mit den in diesen genannten Einschränkungen. Diese Deckungen und Einschränkungen haben nur während der in dieser Versicherung versicherten Reisen Wirksamkeit.

DECKUNGEN

SEKTION 1 PERSÖNLICHE UNFÄLLE

I.- FAHRKARTEN FÜR ÖFFENTLICHE VERKEHRSMITTEL, DIE MIT DER VERSICHERTEN KARTE BEZAHLT WURDEN.

DURCH DIESE DECKUNG VERSICHERTE PERSONEN

Die Inhaber einer der versicherten Karten und jede andere Person, für die die Reise mit der versicherten Karte des Inhabers bezahlt wurde, bis zu einem Maximum von 5 Personen pro Reise im Falle einer persönlichen Kreditkarte und bis zu einem Maximum von 10 Personen im Falle einer Firmenkreditkarte.

Im Falle einer Teilzahlung mit der VERSICHERTEN KARTE, die von dem VERSICHERUNGSNEHMER für eine Fahrkarte eines öffentlichen Transportmittels geleistet wurde, ist die Entschädigung im Falle eines UNFALLS, der durch die vorliegende POLICE gedeckt ist, proportional zum dem Betrag, der mit der KARTE im Verhältnis zum Gesamtpreis bezahlt wurde.

GEDECKTE RISIKEN

Tod, absolute dauerhafte Invalidität, teilweise dauerhafte Invalidität in Falle eines Unfalls des benutzten öffentlichen Transportmittels. Fahrzeuge, die ohne Fahrer gemietet werden, gelten nicht als öffentliche Verkehrsmittel (**Es existiert eine zusätzliche Deckung**).

VERSICHERTES KAPITAL

- Im Falle eines Unfalltodes: 100.000,00 Euro FÜR DIE KARTEN R42 OPEN DEBIT und 500.000,00 Euro FÜR DIE KARTEN R42 OPEN METAL

Wenn der Tote unter 14 Jahre alt ist, beläuft sich das versicherte Kapital auf 3.005,00 Euro für die Bestattungskosten.

- Im Falle der absoluten dauerhaften Invalidität: 100.000,00 Euro FÜR DIE KARTEN R42 OPEN DEBIT und 500.000,00 Euro FÜR DIE KARTEN R42 OPEN METAL

.

- Im Falle einer teilweisen dauerhaften Invalidität 100.000,00 Euro FÜR DIE KARTEN R42 OPEN DEBIT und 500.000,00 Euro FÜR DIE KARTEN R42 OPEN METAL

ERWEITERTE DECKUNG

Im Falle von Unfall 24, den der Versicherte und Inhaber der versicherten Karte während eines AUFENTHALTS während der Reise, die mit der Karte bezahlt wurde, erlitt, werden die Entschädigungen, die im Falle des Todes oder der absoluten, dauerhaften Invalidität gezahlt werden, auf 50.000 Euro reduziert.

Diese Deckung wird nur in dem Fall angewandt, dass der Inhaber der Karte, die Gegenstand der Versicherung ist, unter 70 Jahre alt ist.

Im Falle der Entführung des Transportmittels zahlt der VERSICHERER eine Entschädigung mit einem Höchstbetrag von 6.000,00 €, wenn die Fahrkarte (Ticket) mit der VERSICHERTEN KARTE bezahlt wurde.

II.- RÜCKZAHLUNG VON KÄUFEN, DIE MIT DER VERSICHERTEN KARTE GEZAHLT WURDE.

DURCH DIESE DECKUNG VERSICHERTE PERSONEN

Inhaber der versicherten Karte.

GEDECKTE RISIKEN

Tod, absolute dauerhafte Invalidität, teilweise dauerhafte Invalidität in Falle eines Unfalls, der während der 24 Stunden des Tages stattgefunden hat, sowohl bei der Ausübung seiner Berufstätigkeit als auch bei Handlungen in seinem privaten Leben.

VERSICHERTES KAPITAL

- Im Falle des Todes oder der absoluten dauerhaften Invalidität durch einen Unfall: Es wird ein Kapitalbetrag in Höhe des Volumens der Belastungen für die Einkäufe, mit denen die Kontoauszüge in den letzten 12 Monate vor dem Unfall belastet wurden, mit einem Höchstbetrag von 6.000,00 Euro gezahlt.
- Im Falle einer teilweisen dauerhaften Invalidität gemäß der in der Police enthaltenen Skala.

III.- AUFLÖSUNG VON SALDEN. VERSICHERTE.

DURCH DIESE DECKUNG VERSICHERTE PERSONEN

Inhaber der versicherten Karten.

GEDECKTE RISIKEN

Tod durch Unfall während der 24 Stunden des Tages, sowohl bei der Ausübung seiner Berufstätigkeit als auch bei Handlungen in seinem privaten Leben.

VERSICHERTES KAPITAL

Im Falle des TODES des VERSICHERTEN infolge eines UNFALLS garantiert der VERSICHERER die Zahlung eines Kapitals, das dem Saldo entspricht, das noch für den Kauf von beweglichen Gütern und Waren zu entrichten ist, die mit der VERSICHERTEN KREDITKARTE bezahlt wurden, mit einem Höchstbetrag pro SCHADENSFALL von 6000 €, wenn der VERSICHERTE der INHABER einer der VERSICHERTEN KARTEN ist.

Zu den Zwecken der vorliegenden POLICE werden als Einkäufe ausschließlich die verstanden, für die es einen Kaufvertrag entsprechend der Artikel 325 und 326 Nr. des Handelsgesetzbuches gibt.

IV.- GEMEINSAME BEDINGUNGEN DER SEKTION 1.

HÖCHSTBETRAG DER ENTSCHÄDIGUNG

Es wird ein Höchstbetrag für jeden Schadenfall von 6.000.000 Euro in den beiden Sektionen dieser Versicherung festgelegt.

Zu den Zwecken der Garantie I der Police „**FAHRKARTEN FÜR ÖFFENTLICHE VERKEHRSMITTEL, DIE MIT DER VERSICHERTEN KARTE BEZAHLT WURDEN**“ und in dem Fall, dass ein Schadenfall vorliegt, der durch diese Garantie gedeckt ist, fünf bei der persönlichen Karte und zehn bei der Firmenkarte, wird die maximale Entschädigung im Rahmen der Police wird anteilig durch Teilen dieses Betrags durch die Anzahl der Opfer berechnet.

Bei einer Entschädigung für die Deckung von Unfälle 24 Stunden, Stornierung von Restsalden sowie Belastungen bei Einkäufen, und einer weiteren Entschädigung für den **VERSICHERTEN**, weil er die Reise mit der Karte bezahlt hat, und es zum **TOD** oder einer **DAUERHAFTEN INVALIDITÄT** kommt, wird das versicherte Kapital der Deckung der Reise gewidmet, die mit der **KARTE** bezahlt wurde.

BEGÜNSTIGTE

Laut den Angaben in den Definitionen in dieser Police unter Ausnahme des Falles, dass der Inhaber der versicherten Karte dem Aussteller der Karte einen Betrag schuldet, ist die Körperschaft die erste Begünstigte bis zum dem Betrag dieser Belastung.

Zu den Zwecken der Deckungsgarantie III der Police „**AUFLÖSUNG VON SALDEN**“ ist der Begünstigte der Aussteller der Karte.

AUSSCHLÜSSE

- **Die Leistungen für Tod und dauerhafte Invalidität schließen sich gegenseitig aus. Das heißt, man kann das versicherte Kapital nur für einen der beiden Fälle erhalten.**
- **Körperliche Schäden, die die Versicherungsnehmer aufgrund von Kriegen, Revolutionen, Aufständen, Unruhen, Bürgerunruhen, bewaffneten Konflikten oder Terroranschlägen sowie durch außergewöhnliche Ursachen in Spanien erleiden kann und deren Deckung dem Consorcio de Compensación de Seguros (Konsortium für die Rückversicherung) obliegt.**
- **Verletzungen, die sich der Versicherte absichtlich selbst verursacht hat, Selbstmord oder Selbstmordversuch sowie freiwillige Verstümmelungen.**
- **Tödliche Unfälle, die absichtlich von den Begünstigten der Police herbeigeführt oder provoziert wurden.**
- **Verletzungen durch radioaktive oder nukleare Stoffe.**
- **Unfälle, zu denen es unter dem Einfluss von Betäubungsmitteln, Drogen oder Alkohol gekommen ist, sowie Unfälle, die auf eine psychische Störung zurückzuführen sind.**
- **Krankheiten jeglicher Art, einschließlich Herzinfarkt und Schlaganfall.**
- **Die Folgen von chirurgischen Eingriffen und medizinischen Behandlungen, es sei denn, sie sind die direkte Folge eines durch die Police gedeckten Unfalls.**
- **Unfälle, die sich infolge des Führens eines Kraftfahrzeugs ohne den entsprechenden Führerschein oder Lizenz ereignen; Ausübung von Profisport, Teilnahme an kriminellen Handlungen, Zweikämpfen oder Kämpfen, es sei denn, sie dienen der Selbstverteidigung.**
- **Unfälle, die vor dem Einschluss des Versicherten in die Police stattfanden.**
- **Unfälle in Verkehrsmitteln, die nicht gesetzlich als öffentliche Verkehrsmittel anerkannt sind. Fahrzeuge, die ohne Fahrer gemietet werden, gelten nicht als öffentliche Verkehrsmittel.**

SEKTION 2 REISEVERSICHERUNG

DECKUNGEN

In Übereinstimmung mit den Bedingungen, die zwischen ZURICH und RACC vereinbart wurden, haben die Personen, die im Titel VERSICHERTE beschrieben sind, das Recht auf die folgenden Leistungen:

GRUPPE A: UNTERSTÜTZUNG BEI UNFALL ODER KRANKHEIT

A.1. RÜCKTRANSPORT BZW. KRANKENTRANSPORT VON VERLETZTEN ODER KRANKEN

Je nach Dringlichkeit oder Schwere des Falles übernimmt der VERSICHERER den Transport des VERSICHERTEN, falls notwendig auch unter ärztlicher Aufsicht, bis zu seiner Aufnahme in ein Krankenhaus in Spanien, Holland, Deutschland oder Portugal (je nach verwendeter Karte), in der Nähe seines Wohnsitzes oder seines gewöhnlichen Aufenthaltsortes, wenn er nicht in ein Krankenhaus eingewiesen werden muss.

Wenn er nicht in an einem Ort in der Nähe seines Wohnsitzes eingewiesen werden kann, übernimmt der VERSICHERER zum gegebenen Zeitpunkt den Folgetransport zu dem Wohnsitz des VERSICHERTEN:

- Transportmittel:
- Spezielles Ambulanzflugzeug für europäische Länder und an das Mittelmeer angrenzende Länder.
- Linienflüge, Eisenbahn oder Schiff.
- Krankenwagen.

Im Falle einer nicht schweren Krankheit oder leichten Verletzungen, bei denen keine Rückführung notwendig ist, muss die Beförderung mit einem Krankenwagen oder einem anderen Transportmittel zu dem Ort erfolgen, an dem eine angemessene Versorgung gewährleistet werden kann.

Unter keinen Umständen ersetzt der VERSICHERER die Rettungsdienste oder übernimmt die Kosten für diese Dienste.

In jedem Fall wird die Entscheidung, ob der Transport durchgeführt wird oder nicht, von dem vom VERSICHERER benannten Arzt getroffen, jeweils nach Rücksprache mit dem Versicherer und im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt des VERSICHERTEN, und gegebenenfalls mit dessen Familie.

A.2. TRANSPORT DER BEGLEITPERSONEN.

Wenn der Rücktransport des VERSICHERTEN aus einem der in der vorstehenden Garantie A1 beschriebenen Gründe erfolgt ist und somit die Begleitpersonen daran gehindert werden, ihre Reise mit den ursprünglich vorgesehenen Mitteln fortzusetzen, ist der VERSICHERER dafür verantwortlich, die Begleitpersonen zu ihrem gewöhnlichen Wohnsitz zu bringen.

Wenn es sich bei den Personen, die den VERSICHERTEN begleiten, um Kinder unter 18 Jahren (oder Personen, die aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes besondere Pflege benötigen) des VERSICHERTEN handelt, und kein Familienmitglied oder eine Vertrauensperson diese auf der Reise begleitet, stellt der VERSICHERER auf Antrag der Familie eine Person zur Verfügung, die mit diesen zum Bestattungsort oder zu ihrem gewöhnlichen Wohnsitz reist.

In Bezug auf die Reisekosten trägt der VERSICHERER nur den Betrag, der die ursprünglich vom VERSICHERTEN vorgesehenen Kosten (Bahnfahrkarten, Flugtickets, Schiffe und Fähren usw.) übersteigt.

A.3. HOTEL WEGEN REISEUNFÄHIGKEIT

Kann der kranke oder verletzte VERSICHERTE nach Ansicht des behandelnden Arztes im Einvernehmen mit dem vom VERSICHERER benannten Arzt nicht zurückreisen, so trägt der Versicherer die Kosten für die Verlängerung des Aufenthaltes in einem Drei-Sterne-Hotel oder in einer gleichwertigen Unterkunft für höchstens 10 Nächte, wobei der Höchstbetrag der zu entschädigenden Kosten nicht 120,00 €/Tag mit einem Maximum von 10 Tagen (1.200,00 €) übersteigen darf.

A.4. RÜCKFÜHRUNG BZW. TRANSPORT DES VERSTORBENEN VERSICHERTEN

Im Falle des Todes des VERSICHERTEN während einer Reise ist der VERSICHERER für alle Formalitäten und die Bereitstellung der notwendigen und obligatorischen Mittel verantwortlich, wobei er alle rechtlichen und administrativen Vorschriften einhält und die Kosten für den Transport des VERSICHERTEN an den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts sowie die Kosten für die Einbalsamierung und einen Transportsarg des Typs Zinksarg übernimmt.

Falls die Begleitpersonen des VERSICHERTEN im Augenblick dessen Todes nicht mit den ursprünglich vorgesehenen Mitteln zurückkehren können, bzw. das erworbene Rückreiseticket dies nicht ermöglicht, übernimmt der VERSICHERER den Transport derselben bis zum Bestattungsort oder ihrem Wohnsitz.

Wenn es sich bei den Personen, die den VERSICHERTEN begleiten, um Kinder unter 18 Jahren (oder Personen, die aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes besondere Pflege benötigen) handelt, und kein Familienmitglied oder eine Vertrauensperson diese auf der Reise begleitet, stellt der VERSICHERER auf Antrag der Familie eine Person zur Verfügung, die mit diesen zum Bestattungsort oder zu ihrem gewöhnlichen Wohnsitz reist.

Die Kosten für einen normalen Sarg, Bestattungs- oder Verbrennungskosten, das Beerdigungsinstitut und entsprechende Zeremonien sind in dieser Leistung nicht enthalten.

A.5. ZAHLUNG ODER RÜCKZAHLUNG VON ARZT-, OPERATIONS-, ARZNEIMITTEL- UND KRANKENHAUSKOSTEN IM AUSLAND.

Mit dieser Garantie deckt der VERSICHERER die Kosten, die dem VERSICHERTEN außerhalb des Landes seines gewöhnlichen Wohnsitzes durch einen Unfall oder eine unvorhersehbare Krankheit während der Reise und innerhalb der Gültigkeitsdauer dieser Versicherung entstehen, und zwar bis zu einer Höhe von 50.000,00 €.

In jedem Fall werden Zahnarztkosten nur bis zum Betrag von 500,00 Euro ersetzt.

Die Erstattung der hier genannten Auslagen erfolgt in jedem Fall zusätzlich zu den anderen Leistungen, auf die der VERSICHERTE Anspruch hat, sei es für Sozialversicherungsleistungen oder für jede andere Vorsorgeeinrichtung, der er angeschlossen ist.

Dementsprechend verpflichtet sich der VERSICHERTE, die notwendigen Schritte zu unternehmen, um die Kosten dieser Organismen zu entrichten und den VERSICHERER von jeglichem Betrag zu entlasten, den dieser erstattet hat.

A.6. VORZEITIGE RÜCKREISE AUFGRUND DES TODES ODER KRANKENHAUSAUFENTHALTES EINES FAMILIENANGEHÖRIGEN IN DAS HERKUNFTSLAND DER VERSICHERTEN PERSON, EINSCHLIESSLICH DER ÜBERMITTLUNG DRINGENDER NACHRICHTEN.

Stirbt der Ehepartner, ein Vorfahre oder Nachfahre ersten Grades eines VERSICHERTEN während der Reise, die durch die Versicherung gedeckt ist, oder wird eine dieser Personen in ein Krankenhaus eingeliefert, so werden alle außergewöhnlichen Kosten übernommen, die entstehen, damit diese Person in öffentlichen Transportmitteln zu ihrem gewöhnlichen Wohnsitz zurückkehren kann.

Der VERSICHERER ist auf Antrag des VERSICHERTEN dafür verantwortlich, dessen Angehörigen jede dringende Nachricht zu übermitteln, die durch einen SCHADENSFALL notwendig wird, der durch diese Garantie gedeckt ist.

A.7. INFORMATIONSDIENSTLEISTUNGEN FÜR AUSLANDSREISEN

Auf Antrag stellt der VERSICHERER dem VERSICHERTEN folgende Informationen zur Verfügung: Informationen zu Schutzimpfungen und Visumanträgen für das Ausland sowie sonstige Bedingungen, die in der neusten Ausgabe des TIM (Travel Information Manual) angegeben sind. (Travel Information Manual) Informationshandbuch über Reisen, gemeinsame Veröffentlichung mit den Fluglinien von I.A.T.A.

Der VERSICHERER übernimmt keinerlei Haftung weder für die Genauigkeit der im TIM enthaltenen Angaben noch für die Änderungen, die in dem angegebenen Handbuch durchgeführt werden können.
Anschriften und Telefonnummer von spanischen Konsulaten und Botschaften überall auf der Welt, falls vorhanden.

A.8. VORAUSZAHLUNG FÜR KRANKENHAUSKOSTEN IM AUSLAND

Wenn aufgrund eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung des VERSICHERTEN eine Krankenhauseinweisung notwendig ist, zahlt der VERSICHERER in bar einen Betrag von 15.000,00 € der Bürgschaft vor, die das Zentrum verlangen kann, um die Aufnahme des VERSICHERTEN in das Zentrum vorzunehmen.

Diese Vorauszahlung unterliegt den Rechtsvorschriften des Landes, in dem sie beantragt wird.

Als Garantie auf den als Vorauszahlung erhaltenen Betrag behält sich der VERSICHERER das Recht vor, vorher von einer von dem VERSICHERTEN im Land des Wohnsitzes benannten Person oder einem Bankinstitut ein Dokument zu verlangen (Bankscheck, Bargeld oder Schuldanerkenntnis), das auf rechtskräftige Weise den Erhalt dieser Vorzahlung bestätigt.

Im Falle, dass sich der VERSICHERER für eine Schuldanerkenntnis entscheidet, ist der VERSICHERTE verpflichtet, den vom VERSICHERER geleisteten Vorschuss innerhalb von zehn Tagen nach Beendigung der Reise, in jedem Fall aber innerhalb von zwei Monaten nach dem Datum der Vorauszahlung zurückzuerstatten.

A.9. SUCHE EINES DOLMETSCHERS BEI EINEM UNFALL ODER EINER KRANKHEIT IM AUSLAND

Ist infolge eines UNFALLS im Ausland oder einer schweren Erkrankung der Einsatz eines Dolmetschers am Ort des Eintretens erforderlich, verpflichtet sich der VERSICHERER, diesen dem VERSICHERTEN so schnell wie möglich zur Verfügung zu stellen, wenn dieser dies beantragt und zustimmt.

Die Kosten für dieses Konzept laufen zu Lasten des VERSICHERTEN.

A.10. INFORMATIONSDIENSTLEISTUNGEN ÜBER MEDIZINISCHE LEISTUNGEN

Wenn sich der VERSICHERTE außerhalb des Landes seines Wohnsitzes befindet und medizinische Hilfe anfordert, die nicht durch die vorliegende Reiseversicherung gedeckt ist, bietet der VERSICHERER folgende Unterstützung.

- Er nennt dem VERSICHERTEN den Namen des bestgeeigneten Krankenhauses oder Arztes.
- Er nennt einen qualifizierten Arzt, der den Zustand des Patienten diagnostiziert und ihn und seine Familie informiert.
- Er bietet ein Übersetzungs-/Dolmetschsystem zwischen dem VERSICHERTEN und dem Arzt an.
- Er bietet dem VERSICHERTEN Hilfe bei der Bezahlung von Arztrechnungen an. Die Verantwortung für die Zahlung dieser Rechnungen liegt ausschließlich beim VERSICHERTEN.

A.11. DIENSTLEISTUNG FÜR VERWALTUNGSFORMALITÄTEN BEI KRANKENHAUSAUFENTHALTEN

Der VERSICHERER übernimmt alle Verwaltungsformalitäten, die erforderlich sind, um die Einweisung des VERSICHERTEN in ein Krankenhaus zu veranlassen, wenn diese aus einer von dieser Police gedeckten Ursache erforderlich ist.

A.12. FAHRKARTE FÜR DIE HIN- UND RÜCKREISE FÜR EINEN FAMILIENANGEHÖRIGEN.

Wenn der Versicherte während einer Auslandsreise eine unvorhersehbare Krankheit oder einen unvorhersehbaren Unfall erleidet und einen Krankenhausaufenthalt benötigt, der voraussichtlich länger als fünf Tage dauern wird und es keine andere Begleitperson gibt, bezahlt der Versicherer eine Hin- und Rückfahrkarte für einen Verwandten mit dem Transportmittel, das er als am besten geeignet erachtet.

A.13. UNTERKUNFTSKOSTEN FÜR EIN FAMILIENMITGLIED

Wenn ein Familienmitglied gemäß dem Inhalt der vorgenannten Deckung gereist ist, übernimmt der Versicherer auch die Kosten für Unterkunft und Frühstück in einem Drei-Sterne-Hotel oder einem gleichwertigen Hotel im Land des Wohnsitzes bis zum Ende des Krankenhausaufenthaltes, oder die Unterkunft für den verlängerten Aufenthalt des Versicherten und für einen Zeitraum von maximal dreißig Tagen.

Der VERSICHERER übernimmt diese Kosten bis zu einem Betrag von 2.000,00 €.

GRUPPE B: HILFE BEI SCHÄDEN AM GEPÄCK

B.1. VERSAND UND/ODER NACHSENDEN VON IM ZUGE EINER AUSLANDSREISE VERGESSENEN SOWIE ENTWENDETEN GEGENSTÄNDEN.

Der VERSICHERER organisiert und trägt die Kosten für die Rücksendung der Gegenstände, die der VERSICHERTE an dem Ort oder den Orten, an denen sich der VERSICHERTE während der Reise aufgehalten hat, vergessen hat, zu dem Wohnsitz des VERSICHERTEN.

Diese Deckung erstreckt sich auch auf Objekte, die nach einem Raubüberfall auf dieser Reise zurückerlangt wurden.

B.2. ENTWENDUNG UND SCHÄDEN AM GEPÄCK.

Der VERSICHERTE wird für Schäden entschädigt, die durch Diebstahl sowie Raub, Manipulation während des Transports, Feuer, Total- oder Teilverlust, die zufällig und ohne Verschulden des VERSICHERTEN an den auf der Reise vom VERSICHERTEN mitgeführten Gegenständen entstanden sind.

Diese Deckung gilt für Gepäck (Koffer, Truhen usw.), das der Versicherte bei sich trägt oder aufgegeben hat; auf von ihm mitgeführte Gegenstände (Kleidung, Uhren, Ketten, Broschen usw.); getrennt mitgeführte Gegenstände (Mäntel, Decken, Hüte, Bild- oder Tongeräte usw.); Campingausrüstung, Skis und Zubehör.

Es ist in jedem Fall ist es erforderlich, die entsprechende Anzeige bei der zuständigen Behörde oder den Nachweis des durch den Beförderer verursachten Schadens vorzulegen, falls dieser den Schaden verursacht hat, wenn einer dieser Umstände vorliegt.

Der VERSICHERER übernimmt diese Kosten bis zu einem Betrag von 1.500,00 €.

Ausgeschlossen sind in jedem Fall Bargeld und jegliche Art von Dokumenten sowie Schmuck, Fotomaterial, telefonisches und elektrisches Material, sogar wenn dieses sich im aufgegebenen Gepäck befindet. In jedem Fall ist die Entwendung von Gepäck, das von der Person mitgeführt wird, ausgeschlossen.

Als Raub im Sinne dieser Deckungsgarantie gilt die rechtswidrige Aneignung der vorgenannten Gegenstände gegen den Willen des VERSICHERTEN durch Handlungen, die Gewalt an Dingen implizieren, sowie die rechtswidrige Aneignung der in der Police genannten Gegenstände gegen den Willen des VERSICHERTEN durch bedrohende Handlungen oder Gewalt gegen die Personen.

Ausdrücklich ausgeschlossen ist ein Diebstahl, der als eine Aneignung gegen den Willen des Versicherten verstanden wird, bei der es zu keiner Gewaltanwendung, Drohung oder Gewalt gegen Personen kam.

Die vorliegende Deckung gilt nur für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, die mit der versicherten Karte bezahlt werden, einschließlich der Aufenthalte auf Flughäfen, Bahnhöfen und Schifffahrtsterminals, die Teil dieser Fahrten sind.

Zu den Zwecken dieser Deckung werden folgende Transportmittel als öffentliche Transportmittel betrachtet: Taxi, Auto mit Chauffeur, Bus, Zug, U-Bahn, Schiff oder Flugzeug.

B.3. VERSPÄTUNG BEIM ERHALT DES GEPÄCKS

Verzögert sich die Auslieferung des aufgegebenen Gepäcks aus Gründen, die der Beförderer zu vertreten hat, werden die Kosten für den Kauf notwendiger persönlicher Gegenstände erstattet.

Der Kauf ist mit den entsprechenden Rechnungen und dem Nachweis der Verzögerung der Auslieferung durch den Beförderer zu begründen.

Diese Leistung wird nicht erbracht, wenn die verspätete Auslieferung in der Stadt eintritt, in der der VERSICHERTE seinen gewöhnlichen Wohnsitz hat.

Der VERSICHERER trägt diese Kosten bis zu einem Betrag von 300,00 € bei einer Verzögerung von mehr als 6 Stunden und bis zu einem Betrag von 600,00 € bei einer Verzögerung von mehr als 48 Stunden.

B.4. KOSTEN FÜR DEN ERSATZ VON REISEDOKUMENTEN

Wenn es während der Reise des VERSICHERTEN zu einer Vernichtung oder einem Verlust der notwendigen Reisedokumente kommt, ist die Erstattung der durch die Beschaffung der entsprechenden Duplikate entstandenen Kosten gedeckt.

Der VERSICHERER übernimmt diese Kosten bis zu einem Betrag von 200,00 €.

B.5. DIEBSTAHL AUS HOTELSAFE

Kommt es zu einem Diebstahl aus dem Safe des Hotels, in dem sich der VERSICHERTE aufhält, wird der VERSICHERTE für die durch den Diebstahl verschwundenen Gegenstände entschädigt.

Es ist auf jeden Fall der Nachweis dieses Diebstahls durch die entsprechende Anzeige bei der zuständigen Behörde notwendig.

Der VERSICHERER übernimmt diese Kosten bis zu einem Betrag von 200,00 €.

B.6. DIEBSTAHL DER SCHLÜSSEL DES ÜBLICHEN WOHNSITZES DES VERSICHERTEN

Werden während der Reise die Schlüssel des gewöhnlichen Wohnsitzes des VERSICHERTEN geraubt oder gestohlen, so werden dem VERSICHERTEN die Kosten für das Öffnen der Tür und den Ersatz der aus diesen Gründen verschwundenen Schlüssel erstattet.

Es ist auf jeden Fall der Nachweis dieses Diebstahls durch die entsprechende Anzeige bei der zuständigen Behörde notwendig.

Der VERSICHERER übernimmt diese Kosten bis zu einem Betrag von 200,00 €.

GRUPPE C: HILFE BEI VERSPÄTUNG DES TRANSPORTMITTELS

C.1. VERSPÄTUNG BEI DER ABREISE

Es wird die Erstattung der tatsächlichen Ausgaben bis zu einer Höhe von 150,00 € übernommen, die dem VERSICHERTEN infolge der Verspätung von mehr als 4 Stunden von öffentlichen Verkehrsmittel entstehen, für die es festgesetzte Fahrzeiten gibt.

Verlängert sich die vorgenannte Verspätung um mindestens weitere 4 Stunden, wird die Erstattung der tatsächlichen Kosten, die dem VERSICHERTEN durch die vorgenannte Verlängerung der Verspätung entstehen, um weitere 150,00 € erhöht.

Kosten, die durch Verspätungen infolge der Nutzung von Charter- oder außerplanmäßigen Flügen entstehen, sind ausgeschlossen.

C.2. STORNIERUNG DER REISE WEGEN STREIK

Kann die Reise infolge eines rechtmäßigen Streiks nicht stattfinden, erstattet der VERSICHERER die dadurch entstandenen Kosten bis zu einem Betrag von 300,00 €.

C.3. VERPASSEN DES ANSCHLUSSES WEGEN VERSPÄTUNGEN

Wird infolge einer Verspätung einer Flug- oder Bahnreise die Verbindung zu einem anderen Verkehrsmittel verpasst, werden die aus diesem Grund entstandenen Kosten bis zu 150,00 € erstattet, wobei diese Verspätung und die entstandenen Kosten nachgewiesen werden müssen.

C.4. VERPASSEN EINES TRANSPORTMITTELS AUFGRUND EINES UNFALLS UNTERWEGS

Kann infolge eines UNFALLS während der Reise an den Ort, an dem das Transportmittel genommen werden soll, dieses nicht benutzt werden, werden die dem VERSICHERTEN aus diesem Grund verursachten Kosten bis zu 150,00 € erstattet.

Der UNFALL muss auf rechtskräftige Weise nachgewiesen werden, um ein Recht auf diese Rückzahlung zu haben.

C.5. VERSPÄTUNG AUFGRUND VON „OVERBOOKING“

Wenn der VERSICHERTE infolge einer Overbooking seines Fluges die Reise nicht innerhalb von 6 Stunden nach Abflug seines Fluges antreten kann, werden die aus diesem Grund entstandenen Kosten bis zu einem Betrag von 150,00 € erstattet, wobei das Overbooking und die Kosten nachgewiesen werden müssen.

GRUPPE D: ZIVILRECHTLICHE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR DIE REISE.

D.1. ZIVILRECHTLICHE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG IM AUSLAND

Die zivilrechtliche Haftung ist bis zu einem VERSICHERTEN BETRAG von 90.150,00 € pro Schadensfall gewährleistet, der dem VERSICHERTEN als Sach- sowie Personenschaden entstehen kann. Dies bezieht sich auf Schäden, die einem Dritten unbeabsichtigt als Folge eines zufälligen Ereignisses während der Reise entstehen.

Ausgeschlossen ist die zivilrechtliche berufliche Haftung, die sich aus der Verwendung und dem Verkehr von Kraftfahrzeugen ergibt, sowie die Haftung bei der Verwendung oder dem Besitz von Geräten und Waffen jeglicher Art sowie Bußgelder oder Sanktionen, die von Gerichten oder Behörden jeglicher Art auferlegt wurden.

Der Anwendungsbereich dieser Versicherung ist das Ausland, so dass alle Ereignisse, die im Land des Wohnsitzes des Versicherten eintreten, ausgeschlossen sind.

D.2. VORAUSZAHLUNG FÜR RECHTSSCHUTZKOSTEN IM AUSLAND

Wenn der VERSICHERTE infolge eines Unfalls seine Rechtsschutzversicherung in Anspruch nehmen muss, erstattet der VERSICHERER bis zu einer Höhe von 1.500,00 € die damit verbundenen Kosten.

Diese Vorauszahlung unterliegt den Rechtsvorschriften des Landes, in dem sie beantragt wird.

Als Garantie auf den als Vorauszahlung erhaltenen Betrag behält sich der VERSICHERER das Recht vor, vorher von einer von dem VERSICHERTEN im Land des Wohnsitzes benannten Person oder einem Bankinstitut ein Dokument zu verlangen (Bankscheck, Bargeld oder Schuldanerkenntnis), das auf rechtskräftige Weise den Erhalt dieser Vorzahlung bestätigt.

Im Falle, dass sich der VERSICHERER für eine Schuldanerkenntnis entscheidet, ist der VERSICHERTE verpflichtet, den vom VERSICHERER geleisteten Vorschuss innerhalb von zehn Tagen nach Beendigung der Reise, in jedem Fall aber innerhalb von zwei Monaten nach dem Datum der Vorauszahlung zurückzuerstatten.

D.3. VORSCHUSS FÜR EINER BÜRGSCHAFT IM AUSLAND.

Wird der VERSICHERTE infolge eines UNFALLS von den Behörden des Landes, in dem sich dieser Unfall ereignet hat, zur Leistung einer strafrechtlichen Bürgschaft aufgefordert, so zahlt der VERSICHERER den entsprechenden Betrag bis zu einer Höhe von 4.500,00 € voraus.

Diese Vorauszahlung unterliegt den Rechtsvorschriften des Landes, in dem sie beantragt wird.

Als Garantie auf den als Vorauszahlung erhaltenen Betrag behält sich der VERSICHERER das Recht vor, vorher von einer von dem VERSICHERTEN im Land des Wohnsitzes benannten Person oder einem Bankinstitut ein Dokument zu verlangen (Bankscheck, Bargeld oder Schuldanerkenntnis), das auf rechtskräftige Weise den Erhalt dieser Vorzahlung bestätigt.

Im Falle, dass sich der VERSICHERER für eine Schuldanerkenntnis entscheidet, ist der VERSICHERTE verpflichtet, den vom VERSICHERER geleisteten Vorschuss innerhalb von zehn Tagen nach Beendigung der Reise, in jedem Fall aber innerhalb von zwei Monaten nach dem Datum der Vorauszahlung zurückzuerstatten.

D.4. RECHTSBERATUNG IM AUSLAND.

Wenn sich der VERSICHERTE außerhalb des Landes seines Wohnsitzlandes befindet und eine Rechtsberatung benötigt, erbringt der VERSICHERER folgende Leistungen:

- Er informiert den VERSICHERTEN über Anwälte sowie Botschaften und Konsulate.
- Er stellt Medien zur Verfügung, um die genauen Angaben zu der Notlage der Familie und dem Unternehmen des VERSICHERTEN mitzuteilen.
- Er bietet Unterstützung für die Zahlung einer Bürgschaft oder gesetzlichen Gebühren.
- Die Zahlung der gesetzlichen Notfalleistungen ist die alleinige Verpflichtung des INHABERS der versicherten Karte.

D.5. SUCHE NACH EINEM RECHTSVERTRETER IM AUSLAND

Sollte der VERSICHERTE infolge eines UNFALLS im Ausland einen Rechtsanwalt oder Prozessvertreter zur Verteidigung seiner Rechtsinteressen beauftragen müssen, sucht der VERSICHERER so schnell wie möglich den passenden Beistand und stellt diesen dem Versicherten zur Verfügung.

Die Honorare des Rechtsanwalts oder des Prozessvertreters laufen zu Lasten des VERSICHERTEN.

D.6. ERHALT VON SCHUTZBRIEFEN

Der Versicherer trägt die Kosten für die Abwicklung und den Erhalt der notwendigen Schutzbriefe für die Rückführung des Versicherten nach Spanien oder in das genannte Herkunftsland, wenn der Versicherte infolge eines Unfalls, Diebstahls oder Raubs während einer Auslandsreise nicht über seinen nationalen Personalausweis oder Reisepass, einen Führerschein oder eine Fahrerlaubnis oder einen gültigen Bericht eines technischen Überwachungsvereins des Fahrzeugs verfügt.

Der Versicherer haftet nicht für die Schäden, die durch derartige Umstände oder durch die unerlaubte Benutzung derartiger Dokumente durch dritte Personen verursacht werden.

VERTRAGSEINSCHRÄNKUNGEN

1. Garantien und Leistungen, die von dem Versicherer nicht angefordert worden sind, oder die nicht mit dessen Einverständnis erbracht worden sind. Ausgenommen davon sind Fälle der höheren Gewalt oder der nachweisbaren materiellen Unmöglichkeit.
2. Medizinische, chirurgische und Krankenhauskosten, die im Land des Wohnsitzes angefallen sind. Bei akuten Zahnproblemen, d. h. Infektionen, Schmerzen oder Traumata, bei der eine Notfallbehandlung notwendig ist, sind die Kosten in jedem Fall auf maximal 120,00 € begrenzt.
3. Die chronischen Krankheiten, Verletzungen und Leiden, die bei dem Versicherten bereits vor Abschluss des Vertrages oder vor der Vertragserneuerung oder Vertragsverlängerung bestanden. Ebenso die, zu denen es während der Vertragslaufzeit, aber vor Reiseantritt kam.
4. Psychische Erkrankungen, sowie Psychoanalyse und Psychotherapie.
5. Medizinische Vorsorgeuntersuchungen, Thermalbäder und therapeutische Kuren mit UVA-Strahlen, ästhetische Chirurgie, Prothesen und Ausgaben im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten. Physiotherapie und Kinesitherapie.
6. Alle Arten von medizinischen Kosten unter einem Betrag von 30,00 Euro.
7. Selbstmorde, Selbstverletzung und Drogen- oder Alkoholvergiftung
8. Reisen, die dem Zweck dienen, sich einer medizinischen Behandlung oder einer Chirurgie im Ausland zu unterziehen.
9. Diagnose, Überwachung und Behandlung von Schwangerschaften, freiwilliger Schwangerschaftsabbruch und Geburt, unter Ausnahme einer Notfallversorgung, und nur vor dem sechsten Schwangerschaftsmonat.
10. Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten.
11. Die Teilnahme des Versicherten an Wetten, Wettkämpfen oder Kämpfen.
12. Die Teilnahme an Wettkämpfen im Motorsport (Rennen oder Rallye), sowie die Ausübung gefährlicher oder riskanter Sportarten wie Boxen, Gewichtheben, Ringen (in den verschiedenen Klassen), Kampfsportarten, Bergsteigen mit

Aufstiegen zu Gletschern, Schlittenfahren, Gerätetauchen, Höhlenforschung, Skifahren mit Skispringen, Luftsport im Allgemeinen, Abenteuersportarten wie Rafting, Bungeejumping, Hydrospeed, Canyoning und dergleichen.

13. Personenbergung in den Bergen, auf der See oder in der Wüste.

14. Das erworbene Immunschwächesyndrom und die daraus resultierenden Folgen.

15. Der Transport oder Überführung von Verstorbenen: die Kosten für Bestattungsfeier und Beerdigung.

16. Risiko von Krieg, Bürgerkrieg und Entführung.

17. Aufstand, Bürgerkrieg, Terrorismus und Sabotage.

18. Die Benutzung von privaten Luftfahrzeugen, die nicht für den öffentlichen Dienst bestimmt sind, sowie die Benutzung von Hubschraubern und Kleinflugzeugen für Insektenvertilgung, Feuerlösch- und Rettungsdienste.

ZUSATZBESTIMMUNGEN

Wenn telefonisch um die Inanspruchnahme der angebotenen Deckungen gebeten wird, müssen folgende Angaben gemacht werden: Name des Versicherten, Nummer der versicherten Karte, Aufenthaltsort, Kontakttelefon sowie Art des beantragten Beistands.

Es wird keine Haftung für Verspätungen oder Nichterfüllung übernommen, die sich aufgrund von höherer Gewalt oder der speziellen politischen oder verwaltungstechnischen Situation in einem bestimmten Land ergeben.

In jedem Fall werden dem Versicherten, wenn kein direkter Beistand möglich ist, bei seiner Rückkehr in das Land seines Wohnsitzes bzw. nötigenfalls sobald er sich in einem Land befindet, auf das die obigen Umstände nicht zutreffen, die von ihm getragenen und gedeckten Kosten nach Einreichung der entsprechenden Belege zurückerstattet.

Die medizinischen Leistungen und der Krankentransport müssen nach Absprache zwischen dem den Versicherten behandelnden Krankenhausarzt und dem Ärzteteam des Versicherers vorgenommen werden.

Hat der Versicherte Anspruch auf anteilige Erstattung der nicht benutzten Fahrkarte und er Gebrauch von der Leistung Transport oder Rückführung macht, fällt dieser Betrag an den Versicherer zurück.

Der mit den Leistungen vereinbarte Schadenersatz wird als Ergänzung zu den Verträgen mit Deckung derselben Risiken, der Leistungen der Sozialversicherung oder jeglichem sonstigen System von Kollektivversicherung angesehen.

Der Versicherer wird in die Rechte und Handlungen eingesetzt, für die der Versicherte aufgrund von Ereignissen zuständig sein kann, die dessen Intervention verursacht haben, wobei es bis zur gesamten Übernahme der Kosten für die erbrachten oder bezahlten Leistungen kommen kann.

ENTSCHÄDIGUNGSKLAUSEL FÜR DAS CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS (KONSORTIUM FÜR DIE RÜCKVERSICHERUNG) FÜR SCHÄDEN AUS AUSSERORDENTLICHEN EREIGNISSEN IN SPANIEN IM FALLE VON SACHSCHÄDEN UND ZIVILRECHTLICHER HAFTUNG VON LANDKRAFTFAHRZEUGEN.

Sach- und Personenschäden

In Übereinstimmung mit dem Inhalt der Neufassung des Gesetzesstatuts des Consorcio de Compensación de Seguros, das durch das Königliche Gesetzesdekret 7 vom 29. Oktober 2004 angenommen wurde, hat der Versicherungsnehmer von Versicherungen, die automatisch eine Belastung zugunsten der genannten Körperschaft einschließen, die Befugnis, die Deckung für außerordentliche Risiken mit jeglicher Versicherungsgesellschaft zu vereinbaren, die die gesetzlich geforderten Bedingungen erfüllt.

Die Entschädigungen, die sich aus den Schadensfällen ergeben, die durch außerordentliche Ereignisse verursacht werden, zu denen es in Spanien gekommen ist, werden von dem Consorcio de Compensación de Seguros bezahlt, wenn der Versicherte die entsprechenden Zuschläge für diese Körperschaft bezahlt hat und eine der folgenden Situationen eintritt:

- a) Dass das außerordentliche Risiko, das vom Consorcio de Compensación de Seguros gedeckt wird, nicht von der Versicherung gedeckt wird, die bei der Versicherungsgesellschaft abgeschlossen wurde.
- b) Falls die Versicherungsgesellschaft, auch wenn das Risiko in die Versicherungspolice eingeschlossen ist, dieses nicht decken kann, weil sie offiziell den Konkurs angemeldet hat oder eine Auflösung von dem Consorcio de Compensación de Seguros durchgeführt oder übernommen wird.

Das Consorcio de Compensación de Seguros passt seine Handlungen an den Inhalt des genannten Gesetzesstatuts, an das Gesetz 50 vom 8. Oktober 1980 über Versicherungsverträge und an die Verordnung über die Versicherung von außerordentlichen Risiken an, die durch das Königliche Dekret 300 vom 20 Februar 2004 und dessen Zusatzbestimmungen angenommen wurde.

1.1. Zusammenfassung der Rechtsvorschriften.

1. Außerordentliche Ereignisse mit Deckung.

- a) Die folgenden Naturphänomene: Erdbeben und Seebeben, außerordentliche Überschwemmungen, einschließlich durch das Meer, Vulkanausbrüche, untypische Stürme (einschließlich außerordentliche Winde mit Stärken über 120 km/h und Orkane) und Meteoritenfall.
- b) Gewaltsame Ereignisse, die durch Terrorismus, Aufstände, Unruhen, Auflehnungen und Volksaufstände verursacht werden.
- c) Vorgehen oder Handlungen der Streitkräfte oder Sicherheitskräfte in Friedenszeiten.

Atmosphärische und seismische Phänomene, Vulkanausbrüche und Meteoritenfälle werden auf Antrag des Consorcio de Compensación de Seguros durch Berichte der Staatlichen Meteorologischen Agentur (AEMET), des National Geographic Institute und anderer für diesen Bereich zuständiger öffentlicher Stellen bescheinigt. Im Falle von politischen oder gesellschaftlichen Ereignissen sowie im Falle von Schäden, die durch Ereignisse oder Handlungen der Streitkräfte oder der Sicherheitskräfte in Friedenszeiten verursacht werden, kann das Consorcio de Compensación de Seguros von den zuständigen Gerichts- und Verwaltungsbehörden Informationen über die eingetretenen Ereignisse einholen.

2. Ausgeschlossene Risiken

- a) Risiken, durch die laut des Gesetzes über Versicherungsverträge kein Recht auf eine Entschädigung entsteht.**

b) Schäden an den versicherten Gegenständen, die durch einen anderen Versicherungsvertrag als die, bei denen die Zuzahlung zugunsten des Consorcio de Compensación de Seguros verpflichtend ist, gedeckt sind.

c) Risiken, die durch einen Mangel des versicherten Gutes selbst oder durch die fehlende Instandhaltung hervorgerufen werden.

d) Risiken, die durch bewaffnete Konflikte entstehen, bei denen es noch nicht zu einer offiziellen Kriegserklärung kam.

e) Risiken aufgrund von Atomenergie, unbeschadet des Inhalts des Gesetzes 12 vom 27. Mai 2011 über die Haftpflicht für nukleare Schäden oder durch radioaktives Material verursachte Schäden. Unbeschadet des Vorherigen sind alle direkten Schäden, die durch ein versichertes Atomkraftwerk entstehen, eingeschlossen, falls diese eine Folge eines außerordentlichen Ereignisses sind, das die Anlage selbst betrifft.

f) Risiken, die lediglich durch die Einwirkung der Zeit entstehen, und an Gütern, die ganz oder teilweise ständig unter Wasser sind, oder dem Wellenschlag und normalen Strömungen ausgesetzt sind.

g) Risiken, die durch Naturphänomene entstehen, die nicht im vorherigen Artikel 1.a) genannt sind, und insbesondere die, die durch ein Ansteigen des Grundwasserspiegels, Erdbeben, Abrutschen und Absacken von Erde, Abspalten von Felsen und ähnliche Phänomene entstehen, es sei denn, diese werden eindeutig durch das Einwirken von Regen verursacht, und es ist gleichzeitig in der Zone zu einer außergewöhnlichen Überschwemmung gekommen und diese Fälle sind gleichzeitig mit der Überschwemmung eingetreten.

h) Schäden, die Handlungen von Teilnehmer an Versammlungen und Demonstrationen verursacht wurden, die gemäß den Bestimmungen des Organgesetzes 9/1983 vom 15. Juli 1983, das das Versammlungsrecht regelt, abgehalten wurden, sowie Schäden, die während eines rechtmäßigen Streiks verursacht wurden, es sei denn, die vorgenannten Handlungen könnten als außergewöhnliche Ereignisse laut der in Abschnitt 1.b) genannten Ereignisse eingestuft werden.

i) Risiken, die durch bösen Glauben des Versicherten entstehen.

j) Schadensfälle aufgrund von Naturphänomenen, durch die Sach- oder Vermögensschäden verursacht wurden, wenn der Tag der Ausstellung oder des Inkrafttretens der Police, falls dieses danach stattfand, nicht sieben Kalendertage vor dem Tag des Naturphänomens lag, durch das der Anspruch entstanden ist, es sei denn, es wird nachgewiesen, dass der vorherige Abschluss der Versicherung unmöglich war, weil noch kein versicherbares Objekt vorhanden war. Diese Karenzzeit gilt nicht im Falle des Ersatzes der Police bei der gleichen oder einer anderen Versicherungsgesellschaft, ohne eine Vereinbarung für die ununterbrochene Fortsetzung getroffen zu haben, unter Ausnahme des Teils, der Gegenstand der Erhöhung oder der neuen Deckung ist. Sie wird auch nicht auf den Teil der Versicherungssumme angewendet, der sich aus der in der Police vorgesehenen automatischen Neubewertung ergibt.

k) Risiken durch Schadensfälle, die vor der Zahlung des ersten Versicherungsbeitrags erfolgen, oder wenn in Übereinstimmung mit dem Gesetz über Versicherungsverträge die Deckung des Consorcio de Compensación de Seguros ausgesetzt wurde oder die Versicherung aufgrund der Nichtzahlung der Beiträge erloschen ist.

l) Die indirekten Schäden oder Verluste, die sich aus direkten oder indirekten Schäden ableiten, und die nicht zu den Schadensfällen gehören, die in der Verordnung über die Versicherung außerordentlicher Risiken definiert sind. Insbesondere sind in diese Deckung von Schäden und erlittenen Verlusten die nicht eingeschlossen, die sich aufgrund einer Unterbrechung oder Veränderung der Versorgung mit Strom Brenngas, Öl und anderen Kraftstoffen von außen ergeben, oder jegliche anderen indirekten Schäden und Verluste, die nicht die im vorher genannten Absatz sind, auch wenn sich diese Veränderungen aus Ursachen ableiten, die in die außerordentliche Deckung eingeschlossen sind.

m) Schadensfälle, die aufgrund ihres Umfangs und ihrer Schwere von der Regierung der Nation als eine nationale Katastrophe oder Unglück eingestuft werden.

3. Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung für den Versicherten ist wie folgt:

a) Im Falle von direkten Schäden an Gegenständen bei den Versicherungen für Sachschäden beläuft sich die Selbstbeteiligung des Versicherten auf sieben % des Schadenersatzes, der im Schadensfall gezahlt wird. Für Schäden an Wohnungen, bei Eigentümergemeinschaften von Wohnungen oder an Fahrzeugen, die im Rahmen einer Kfz-Versicherung versichert sind, wird keine Selbstbeteiligung erhoben.

b) Im Falle verschiedener Vermögensschäden ist die Selbstbeteiligung des Versicherten die, die in der

Police für Gewinnausfallansprüche in Zeit oder Höhe vorgesehen ist. Falls es mehrere Selbstbeteiligungen für die Deckung gewöhnlicher Gewinnausfallansprüche gibt, werden die für die Hauptdeckung vorgesehenen Selbstbeteiligungen angewendet.

c) Wenn in einer Police eine kombinierte Selbstbeteiligung für Schäden und entgangenen Gewinn enthalten ist, wird das Consorcio de Compensación de Seguros den Sachschaden unter Abzug der entsprechenden Selbstbeteiligung, die durch die Anwendung des vorhergehenden Punktes a) anfällt, und den entgangenen Gewinn unter Abzug der in der Police für die Hauptdeckung festgelegter Selbstbeteiligung decken, vermindert um die Selbstbeteiligung, die auf die Abrechnung von Sachschäden angewendet wird.

4. Umfang der Deckung.

1. Die Deckung der außerordentlichen Risiken bezieht sich auf die gleichen Sachen und versicherten Beträge, die in der Versicherungspolice für die gewöhnlichen Risiken festgesetzt sind.

2. Ungeachtet des Vorstehenden:

a) Bei den Policen, die eigene Schäden an Motorfahrzeugen decken, garantiert das Consorcio de Compensación de Seguros die Gesamtheit des versicherten Interesses, auch wenn die Police dieses nur teilweise garantiert.

b) Wenn die Fahrzeuge nur über eine Haftpflichtversicherung für Landkraftfahrzeuge verfügen, garantiert die Deckung außergewöhnlicher Risiken durch das Consorcio de Compensación de Seguros den Wert des Fahrzeugs in dem Zustand, in dem es sich unmittelbar vor dem Eintreten des Ereignisses befand, gemäß den allgemein auf dem Markt akzeptierten Kaufpreisen.

1.2. Mitteilung der Schäden an das Konsortium für die Rückversicherung

1. Der Antrag auf den Ersatz des Schadens, dessen Deckung von dem Consorcio de Compensación de Seguros übernommen wird, wird durch Mitteilung des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder des Begünstigten der Police gestellt, oder durch einen Antrag der Person, die in Vertretung der vorher genannten Personen auftritt, oder von der Versicherungsgesellschaft oder dem Versicherungsvertreter, mit dessen Hilfe die Versicherung abgeschlossen wurde.

2. Die Mitteilung von Schäden und die Einholung aller Informationen über das Verfahren und den Stand der Bearbeitung von Ansprüchen können wie folgt erfolgen:

- Anruf an die telefonische Auskunft des Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 oder 952 367 042).
- Über die Website des Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Bewertung der Schäden: Die Bewertung der Schäden, für die es laut der Versicherungsgesetzgebung und des Inhalts der Versicherungspolice eine Deckung gibt, wird vom Consorcio de Compensación de Seguros durchgeführt, ohne dass dieses durch die Bewertungen, die gegebenenfalls die Versicherungsgesellschaft, die die gewöhnlichen Risiken bewertet hat, durchgeführt hat, gebunden ist.

4. Zahlung der Entschädigung: Das Consorcio de Compensación de Seguros führt die Zahlung der Entschädigung an den Begünstigten der Versicherung über eine Banküberweisung durch.

VERTRAGSABSCHLUSS

Der Vertrag wird durch die Einwilligung abgeschlossen, die durch ein Zeichnen der Police oder des vorläufigen Dokumentes über die Versicherungsdeckung durch die Vertragspartner nachgewiesen wird. Die vertraglich vereinbarten Deckungen und deren Änderungen oder Ergänzungen treten nicht in Kraft, solange aufgrund eines Verschuldens des Versicherungsnehmers die Versicherungsprämie nicht bezahlt wurde.

Im Falle einer Verzögerung bei der Erfüllung der genannten Anforderungen beginnen die Verpflichtungen des Versicherers vierundzwanzig Stunden nach dem Tag, an dem sie erfüllt wurden.

VERTRAGSDAUER

Die Versicherung ist während des Zeitraums zwischen dem Anfangsdatum und dem Enddatum gültig, die in der Police angegeben sind. Für die Garantie der Entschädigung für die Stornierung von Reisen vor der Abreise gilt der Versicherungsschutz 48 Stunden ab Versicherungsbeginn und bis zu dem in der Police angegebenen Zeitpunkt des Reisebeginns.

ZAHLUNG DER VERSICHERUNGSPRÄMIE

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Versicherungsprämie zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gemäß Artikel 14 des Gesetzes 50 vom 8. Oktober 1980 über Versicherungsverträge zu zahlen. Falls aus Verschulden des Versicherungsnehmers die Versicherungsprämie nicht gezahlt wurde, hat die Versicherungsgesellschaft das Recht, den Vertrag aufzulösen oder auf dem Vollstreckungsweg die Zahlung des geschuldeten Beitrags zu fordern. Falls vor dem Eintritt des Schadensfalls der Beitrag nicht gezahlt wurde, wird die Versicherungsgesellschaft von ihrer Verpflichtung freigestellt.

REGULIERBARE VERSICHERUNGSPRÄMIEN

Wurden für die Berechnung der Versicherungsprämie Elemente oder Größen verwendet, die Variationen unterliegen, so ist in der Police anzugeben, in welchen Zeitabständen die Prämie neu angepasst werden muss. Falls dies nicht angegeben wird, wird davon ausgegangen, dass diese Regulierung am Ende jedes Versicherungszeitraums stattfindet.

1) Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte müssen dem Versicherer innerhalb einer Frist von dreißig Tagen nach Ablauf jeder Regularisierungsperiode die Daten und Unterlagen zur Verfügung stellen, die für die Neuberechnung der Prämie erforderlich sind.

(2) Die aus der Neuberechnung resultierende Prämie darf nicht niedriger sein als die in den besonderen Bedingungen der Police festgelegte Mindestnettoprämie.

(3) Der Versicherer ist jederzeit berechtigt, Inspektionen zur Überprüfung und Einholen von Daten über die Elemente und Mengen, auf die sich die Prämie bezieht, durchzuführen. Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte müssen dem Versicherer alle Informationen, Erklärungen und Nachweise zur Verfügung stellen, die für die Kenntnis und Überprüfung der vorgenannten Daten erforderlich sind.

4) Tritt ein Schaden ein und ist in der Erklärung des Versicherungsnehmers oder des Versicherten eine Auslassung oder Ungenauigkeit enthalten, gelten die folgenden Regeln:

a) Bei bösem Glauben des Versicherungsnehmers oder des Versicherten wird der Versicherer von seiner Leistungspflicht befreit.

B) Ist die Ungenauigkeit oder Auslassung auf eine andere Ursache zurückzuführen, so wird die Leistung im Verhältnis zur Differenz zwischen dem berechneten Prämienbetrag und der Prämie gekürzt, die nach den ihr zugrunde liegenden Größen tatsächlich anwendbar gewesen wäre.

FOLGEN DER NICHTZAHLUNG DER VERSICHERUNGSPRÄMIE

Falls aus Verschulden des Versicherungsnehmers die erste Versicherungsprämie nicht gezahlt wurde, hat die Versicherungsgesellschaft das Recht, den Vertrag aufzulösen oder auf dem Vollstreckungsweg die Zahlung des geschuldeten Beitrags zu fordern. Die Versicherungsgesellschaft wird in jedem Fall von ihrer Verpflichtung befreit. Falls eine der folgenden Versicherungsprämien nicht gezahlt wird, wird die Deckung einen Monat nach dem Datum der Fälligkeit ausgesetzt. Falls die Versicherungsgesellschaft innerhalb der sechs Monate nach der Fälligkeit der Versicherungsprämie diese nicht einfordert, wird davon ausgegangen, dass der Vertrag aufgelöst wurde.

In jedem Fall kann die Versicherungsgesellschaft die Zahlung der Prämie nur für den aktuellen Zeitraum verlangen, wenn der Vertrag unterbrochen ist, der dem Teil der Prämie für den Zeitraum entspricht, in dem die Deckung unterbrochen war.

VERÄNDERUNGEN IN DER ZUSAMMENSETZUNG DER VERSICHERTEN GRUPPE

Der Versicherungsnehmer ist dazu verpflichtet, die Versicherungsgesellschaft über die Veränderungen in der Zusammensetzung der versicherten Gruppe zu informieren. Dabei kann es sich um folgende Veränderungen handeln:

1. Anmeldungen: Durch Einschlüsse von Personen in die Liste der Versicherten, die zu der versicherbaren Gruppe gehören, die die Bedingungen für die Aufnahme erfüllen und zu einem späteren Zeitpunkt als dem Inkrafttreten der Versicherung der Gruppe aufgenommen werden und ihren Wunsch äußern, in diese Gruppe aufgenommen zu werden.

Die Wirksamkeit jeder Anmeldung tritt zu dem Zeitpunkt ein, nach dem das Versicherungsunternehmen diesen Einschluss akzeptiert hat und der Versicherungsnehmer die Mitteilung über diesen Einschluss erhalten hat.

2. Abmeldungen: Zu Abmeldungen kann es aus folgenden Gründen kommen:

1. Verlassen der versicherten Gruppe oder des versicherbaren Risikos, oder ausdrückliche Mitteilung an den Versicherungsnehmer.

Dem Versicherungsnehmer wird der Teil der Versicherungsprämie zurückerstattet, der dem nicht abgelaufenen Zeitraum der laufenden Versicherungsperiode entspricht.

2. Zahlung des Kapitals aufgrund von Tod oder dauerhafter Invaldität.

3. Am Ende des Jahres, in dem der Versicherte das Alter erreicht, das als Höchstalter für jede Deckung festgelegt ist.

ERKLÄRUNG DES RISIKOS

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Versicherungsgesellschaft vor Abschluss des Vertrages über alle Umstände zu informieren, die die Beurteilung und Akzeptanz des Risikos beeinflussen können, in Übereinstimmung mit dem Fragebogen, den er ausfüllen muss. Er wird von dieser Verpflichtung befreit, wenn der Versicherer ihm keinen Fragebogen vorlegt.

Die Versicherungsgesellschaft kann innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt, zu dem er von einem Vorbehalt oder einer Ungenauigkeit in der Erklärung des Versicherungsnehmers erfährt, den Vertrag auflösen.

Während der Laufzeit des Vertrages muss der Versicherungsnehmer so schnell wie möglich über jeden Umstand, der das Risiko verändert, informieren.

Während der Laufzeit des Vertrages muss der Versicherungsnehmer oder der Versicherte dem Versicherer so schnell wie möglich die Änderung der Faktoren und Umstände mitteilen, die in dem vorher erwähnten Fragebogen erklärt wurden sowie daraus hervorgegangen sind, und/oder die in die besonderen und speziellen Bedingungen aufgenommen wurden. Es geht dabei um Umstände und Faktoren, die das Risiko erhöhen oder das Risiko zu einer Art von Risiko machen, das, wenn es bei Vertragsabschluss dem Versicherer bekannt gewesen wäre, dazu geführt hätte, dass dieser diesen Vertrag nicht oder mit erschwerenden Umständen abgeschlossen hätte.

VERJÄHRUNG

Alle Aktionen, die sich aus diesem Vertrag ableiten, verjähren fünf Jahre nach dem Datum, an dem man sie hätte ausführen können.

MITTEILUNGEN

Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder des Begünstigten an den Versicherer erfolgen an dessen Sitz, der in der Police angegeben ist. Ebenso haben die Mitteilungen und Zahlungen der Versicherungsprämien, die der Versicherungsnehmer an einen autorisierten Vertreter des Versicherers macht, die gleichen Auswirkungen wie direkt an den Versicherer durchgeführte Mitteilungen und Zahlungen.

Mitteilungen, die ein Versicherungsmakler im Namen des Versicherungsnehmers an den Versicherer richtet, haben die gleiche Wirkung wie Mitteilungen direkt vom Versicherungsnehmer, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat ausdrücklich etwas anderes angegeben.

Die Mitteilungen des Versicherers an den Versicherungsnehmer und gegebenenfalls an den Versicherten und den Begünstigten erfolgen an deren Wohnsitz, der in der Police genannt ist, es sei denn, sie haben den Versicherer über die Änderung der Adresse informiert.

EINTRITT IN RECHTE

Die Versicherungsgesellschaft tritt bis zur Höhe der Gesamtkosten der Dienstleistungen oder Entschädigungen, die sie geleistet hat, in die Rechte und Aktionen ein, die dem Versicherten gegenüber verantwortlichen Dritten zustehen, ebenso gegenüber Körperschaften oder Institutionen, bei denen der Versicherte ganz oder teilweise die Erbringung der gedeckten Dienstleistungen unter Vertrag genommen haben könnte. Zu diesem Zweck verpflichtet sich der Versicherte, dem Versicherer die für den Erhalt dieser Entschädigung erforderliche Unterstützung zu gewähren.

Hat der Versicherte Anspruch auf anteilige Erstattung der nicht benutzten Fahrkarte und er Gebrauch von der Leistung Transport oder Rückführung macht, fällt dieser Betrag an den Versicherer zurück. Auch bei den Reisekosten der Versicherten übernimmt die Versicherungsgesellschaft nur die für das Ereignis erforderlichen zusätzlichen Kosten, die über die ursprünglich vom Versicherten vorgesehenen hinausgehen.

GEMEINSAMES VORHANDENSEIN MEHRERER VERSICHERUNGEN

Falls mehrere Versicherungen vorhanden sind, trägt die Versicherungsgesellschaft zur Zahlung der Entschädigung im Verhältnis zur Versicherungssumme bei, ohne dass die Höhe des Schadens überschritten wird. Bis zu diesem Höchstbetrag kann der Versicherte von jedem Versicherer die entsprechende Entschädigung je nach der Deckungsgarantie der jeweiligen Verträge verlangen. Hat er diese Existenz mehrerer Versicherungsverträge mit Absicht nicht erklärt, ist die Versicherungsgesellschaft nicht zur Leistung von Schadensersatz verpflichtet.

NICHTIGKEIT DES VERTRAGES UND UNANFECHTBARKEIT DER POLICE

Der Versicherungsvertrag ist null und nichtig, wenn zum Zeitpunkt seines Abschlusses das Risiko nicht bestand oder der Schaden bereits eingetreten ist (Artikel 4 des Versicherungsvertragsgesetzes 50/80 vom 8. Oktober), unter Ausnahme der im Versicherungsvertragsgesetz vorgesehenen Fälle.

ANHANG 1 EINSTUFUNG DER TEILWEISEN INVALIDITÄT, DIE VON DER POLICE GEDECKT IST

	Rechts	Links
Verlust des gesamten Arms oder der gesamten Hand	60,00 %	50,00 %
Vollständiger Bewegungsverlust einer Schulter	25,00 %	20,00%
Vollständiger Bewegungsverlust des Ellenbogens	20,00 %	15,00%
Vollständiger Bewegungsverlust eines Handgelenks.	20,00 %	15,00%
Verlust des Daumens und des Zeigefingers der Hand	30,00 %	25,00%
Totaler Verlust von drei Fingern einer Hand, einschließlich des Daumens und des Zeigefingers	30,00 %	25,00 %
Totaler Verlust von drei Fingern einer Hand, ausschließlich des Daumens und des Zeigefingers	25,00 %	20,00 %
Totaler Verlust des Daumens und eines anderen Fingers der Hand, der nicht der Zeigefinger ist	25,00%	20,00 %
Totaler Verlust des Zeigefingers und eines anderen Fingers der Hand, der nicht der Daumen ist	20,00 %	15,00%
Verlust des Daumens der Hand (exklusiv)	20,00 %	15,00 %
Verlust des Zeigefingers der Hand (exklusiv)	15,00 %	10,00%
Totaler Verlust des Mittelfingers, des Ringfingers oder des kleinen Fingers der Hand	10,00 %	8,00%
Totaler Verlust von zwei dieser letztgenannten Finger der Hand	15,00 %	12,00 %
Totaler Verlust eines Beines oder eines Fußes	50,00 %	50,00 %
Teilweise Amputation eines Fußes, die zwei Zehen einschließt	30,00 %	30,00 %
Operative Entfernung des Unterkiefers	30,00 %	30,00 %
Totaler Verlust eines Auges oder Einschränkung des binokulares Sehens auf die Hälfte	25,00 %	25,00 %
Völlige und unheilbare Taubheit auf beiden Ohren	40,00 %	40,00 %
Vollständige Taubheit auf einem Ohr	10,00 %	10,00 %
Totaler Bewegungsverlust einer Hüfte oder eines Knies	20,00 %	20,00 %
Verkürzung eines der unteren Gliedes um mindestens fünf Zentimeter	15,00 %	15,00 %
Vollständiger Verlust des großen Zehs	10,00 %	10,00 %
Vollständiger Verlust jeden anderen Zehs	3,00 %	3,00 %

Als Ergänzung zu dieser Einstufung gelten folgende Normen:

- a) Das Bestehen mehrerer Arten von Invalidität, die aus dem gleichen Unfall resultieren, wird durch die Anhäufung der Prozentsätze entschädigt, wobei maximal 100 % der Versicherungssumme für diese Deckung entrichtet werden.
- b) Die Summe der Prozentsätze der Entschädigung für mehrere Arten von Teilinvalidität desselben Gliedes oder Organs darf den für den Fall eines vollständigen Verlusts des Gliedes oder Organs festgelegten Prozentsatz nicht überschreiten.
- c) Ist das Opfer Linkshänder ist, was er entsprechend nachweisen muss, gelten für seine linken oberen Gliedmaßen die für die rechten oberen Gliedmaßen vorgesehenen Prozentsätze und umgekehrt.
- d) Hatte ein von einem Unfall betroffenes Glied oder Organ vor dem Unfall die gleichen Amputationen oder Funktionseinschränkungen, so ist der anzuwendende Entschädigungsprozentsatz die Differenz zwischen der bereits bestehenden Invalidität und der nach dem Unfall entstandenen Invalidität.
- e) Die Bestimmung des Grads der durch den Unfall verursachten Invalidität erfolgt gemäß Artikel 104 des Gesetzes 50/1980. Falls der Versicherte den Vorschlag der Versicherungsgesellschaft zum Invaliditätsgrad nicht annimmt, so unterwerfen sich die Parteien der Entscheidung von medizinischen Sachverständigen entsprechend der Artikel 38 und 39 des genannten Gesetzes.
- f) Die Versicherungsgesellschaft zahlt den Betrag der ersten Prothese, die dem Versicherten zur Korrektur der in der Police garantierten Restschäden durch Unfall angefertigt wird. Der Umfang der Beteiligung an dieser Prothese darf 10 Prozent des bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit zu zahlenden Betrages und in keinem Fall den Betrag von SECHSHUNDERT EURO (600 €) übersteigen.