

Zurich Vida Complet

Allgemeine Leistungsbedingungen



Zurich Vida Complet

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN	5
EINIGE DEFINITIONEN, DIE SIE KENNEN MÜSSEN	5
ARTIKEL 1. VERTRAGSGRUNDLAGEN	6
1.1. VORZUNEHMENDE ANGABEN	6
1.2. ÜBER ABSCHLUSS, INKRAFTTRETEN UND LAUFZEIT DES VERTRAGES	7
1.3. FALSCHES ODER UNGENAUE ANGABEN. UNBESTREITBARKEIT	7
1.4. VERSICHERUNGSUMFANG	8
1.5. WOHNSITZWECHSEL DES VERSICHERUNGSNEHMERS	8
1.6. ANWENDUNG DER INTERNATIONALEN ÖFFENTLICHEN ORDNUNG	9
ARTIKEL 2. VERSICHERUNGSGEGENSTAND	9
2.1. HAUPTVERSICHERUNG	9
2.2. ZUSATZVERSICHERUNGEN	9
ARTIKEL 3. ENTWICKLUNG DER VERSICHERUNGSSUMMEN	9
ARTIKEL 4. AUSGESCHLOSSENE RISIKEN	11
ARTIKEL 5. PRÄMIENZAHLUNG	12
5.1. PRÄMIE	12
5.2. ZAHLUNGSFORM UND -FRIST DER PRÄMIEN	13
ARTIKEL 6. ALLGEMEINE RICHTLINIEN	13
6.1. WIEDEREINSETZUNG	13
6.2. WECHSEL DES BEGÜNSTIGTEN. ABTRETUNG UND VERPFÄNDUNG DER POLICE	13
6.3. FEHLER BEI DER ALTERSANGABE	14
6.4. VERLUST ODER VERNICHTUNG DER POLICE	14
6.5. KOMMUNIKATION ZWISCHEN IHNEN UND UNS	14
6.6. VERJÄHRUNG	14
6.7. GERICHTSSTAND	15

6.8. UNSERE SONSTIGEN VERPFLICHTUNGEN IHNEN GEGENÜBER	15
ARTIKEL 7. ZAHLUNG DER GEDECKTEN LEISTUNG	15
7.1. SCHADENSFALLMELDUNG	15
7.2. VON IHNEN VORZULEGENDE UNTERLAGEN	15
7.3. WAS SIE WISSEN SOLLTEN, FALLS WIR DIE ZAHLUNG VERZÖGERN	16
7.4. OPTIONEN FÜR LEISTUNGSEMPFANG	16
ARTIKEL 8. STEUERN UND AUFSCHLÄGE	16
ARTIKEL 9. BESTEUERUNG	16
ARTIKEL 10. KUNDENSCHUTZ	16
ARTIKEL 11. SCHUTZ DES VERSICHERTEN UND SONSTIGER VERTRAGSPARTEIEN	17
ARTIKEL 12. SCHUTZ PERSÖNLICHER DATEN	17
ARTIKEL 13. INFORMATIONSSYSTEM	19
SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER HAUPTVERSICHERUNG	21
ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG	21
1.1. VORSCHUSSLEISTUNG BEI UNHEILBARER KRANKHEIT	21
1.2. GUTACHTEN UND VORSCHUSSLEISTUNG DES TODESFALLKAPITALS BEI UNHEILBARER KRANKHEIT	21
SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR VOLLSTÄNDIGE UND DAUERHAFTE BERUFSUNFÄHIGKEIT	23
ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG	23
ARTIKEL 2. DEFINITION, GUTACHTEN UND FOLGE DER BERUFSUNFÄHIGKEIT	23
ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE	24
SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR VOLLSTÄNDIGE UND DAUERHAFTE BERUFSUNFÄHIGKEIT DURCH UNFAL	25
ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG	25
ARTIKEL 2. DEFINITION VON UNFALL	25
ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE	25

SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR VOLLSTÄNDIGE UND DAUERHAFT BERUFSUNFÄHIGKEIT DURCH VERKEHRSUNFALL	26
ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG	26
ARTIKEL 2. DEFINITION VON VERKEHRSUNFALL	26
ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE	26
SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR TOD DURCH UNFALL	27
ARTIKEL 1: VERSICHERTE LEISTUNG	27
ARTIKEL 2. DEFINITION UNFALL	27
ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE	27
SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR TOD DURCH VERKEHRSUNFALL	28
ARTIKEL 1: VERSICHERTE LEISTUNG	28
ARTIKEL 2. DEFINITION VERKEHRSUNFALL	28
ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE	28
SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR SCHWERE KRANKHEITEN	29
ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG	29
ARTIKEL 2. SCHWERE KRANKHEITEN. DEFINITION	29
2.1. HERZINFARKT	29
2.2. KREBS	29
2.3. TRANSPLANTATIONEN	29
ARTIKEL 3. WARTEZEIT	30
ARTIKEL 4. AUSSCHLÜSSE	30
ARTIKEL 5. ZAHLUNG DER LEISTUNG	30
SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR VOLLSTÄNDIGE UND DAUERHAFT INVALIDITÄT FÜR AUSÜBUNG DES GEWOHNHEITSMÄSSIGEN BERUFS	31
ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG	31
ARTIKEL 2. DEFINITION, GUTACHTEN UND EINTRITTSZEITPUNKT DER BERUFSUNFÄHIGKEIT	31
ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE	32

SCHADENSERSATZKLAUSEL DES RÜCKVERSICHERUNGSKONSORTIUMS FÜR VERLUSTE INFOLGE AUSSERORDENTLICHER ERGEIGNISSE BEI PERSONENVERSICHERUNGEN	33
ZUSAMMENFASSUNG DER GESETZESVORSCHRIFTEN	33
1. GEDECKTE AUSSERORDENTLICHE EREIGNISSE	33
2. AUSGESCHLOSSENE RISIKEN	34
3. DECKUNGSERWEITERUNG	34
SCHADENSMELDUNG AN DAS RÜCKVERSICHERUNGSKONSORTIUM	35

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

(Modell 1/3.04.02.50 November 2019)

Der vorliegende Versicherungsvertrag ist an die Ausführungen des Versicherungsvertragsgesetzes 50/1980 vom 8. Oktober (B.O.E. vom 17. Oktober 1980), das Gesetz 20/2015 vom 14. Juli über Regulierung, Kontrolle und Solvenz von Versicherungs- und Rückversicherungsgesellschaften, und das Kgl. Dekret 1060/2015 vom 20. November über Regulierung, Kontrolle und Solvenz von Versicherungs- und Rückversicherungsgesellschaften und die Ausführungen der Sonder- und Speziellen Bedingungen dieses Vertrages (soweit vorhanden) gebunden, ohne dass die die Rechte der Versicherten einschränkenden Klauseln Gültigkeit besitzen, wenn diese nicht ausdrücklich als zusätzliche Vereinbarung in der Police von ihnen akzeptiert worden sind. Diese Zustimmung ist für einfache Niederschriften oder Verweise auf gesetzliche Vorschriften nicht erforderlich.

Gleichermaßen kommen der Ministerialerlass ECO 734/2004 vom 11. März über Bereiche und Leistungen des Kundendienstes und Kundenbeauftragten der Finanzinstitute und ggf. das Gesetz 22/2007 vom 11. Juli über Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher zur Anwendung.

Außerdem kommt die Ausführung des Gesetzes 26/2006 vom 17. Juli über Vermittlung von privaten Versicherungen und Rückversicherungen zur Anwendung.

Der für die Aufsicht über die Tätigkeit der Versicherungsgesellschaft zuständige Mitgliedsstaat ist Spanien, die Aufsicht obliegt der Generaldirektion für Versicherungen und Pensionspläne.

EINIGE DEFINITIONEN, DIE SIE KENNEN MÜSSEN

Sie. Sie sind der Versicherungsnehmer, die natürliche oder juristische Person, die den Vertrag mit uns angefordert und unterzeichnet hat.

Sie übernehmen die sich aus dem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, ausgenommen derjenigen, die aufgrund ihrer Charakteristika von dem Versicherten erfüllt werden müssen.

Versicherter. Es handelt sich um die natürliche Person, für die die Versicherung abgeschlossen wird. Normalerweise sind Sie es, obwohl vom Versicherungsnehmer eine andere Person als Versicherter bei Abschluss der Versicherung angegeben werden kann.

Begünstigter. Es handelt sich um die natürliche oder juristische Person, den Rechtsinhaber oder Anspruchsberechtigter auf Schadensersatz, wobei es um die von Ihnen ernannte Person handelt.

Wir. Wir sind Zürich Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Sociedad Unipersonal, mit N.I.F. A-08168213 und Geschäftssitz in Madrid, Paseo de la Castellana, 81, planta 22, eingetragen im Handelsregister von Madrid, Band 16.325, Buch 0, Blatt 189, Abteilung 8, Seite M-12643, 131. Eintragung, die Gesellschaft, von der das vertraglich vereinbarte Risiko übernommen wird.

Police. Der Dokumentensatz, in dem die Daten und Bedingungen für die Versicherung erfasst werden, wird als Police bezeichnet. Die Allgemeinen, Speziellen und Sonderbedingungen sowie die ausgestellten Anhänge und Ergänzungen, der Versicherungsantrag, die Gesundheitserklärung und die medizinischen Tests sind integraler Bestandteil der Police.

Prämie. Der Preis der Versicherung zuzüglich der gesetzlich übertragbaren Steuern.

Versicherungsalter. Das Alter, das als Grundlage für die Berechnung Ihrer Versicherungsprämie dient. Es ist Ihr aktuelles Alter, aber wenn zwischen Ihrem letzten Geburtstag und dem Datum des Inkrafttretens der Police mehr als sechs Monate vergangen sind, wird Ihrem aktuellen Alter ein weiteres Jahr hinzugefügt.

Produkttypen. In Zurich Vida Complet haben wir drei Produkttypen aufgenommen:

- Klassischer Typ
- Duo Typ
- Typ Berufsunfähigkeit

Prämienmodalitäten. In Zurich Vida Complet haben wir drei Prämienmodalitäten aufgenommen, die nachfolgend erklärt werden:

- 1. Dynamische Prämie:** In den einzelnen Versicherungsjahren der Police wird Ihnen in Funktion des Alters des Versicherten und der abgeschlossenen Versicherungssumme ein Prämienbetrag zugewiesen.
- 2. Flatrate-Prämie:** In jedem Versicherungsjahr wird derselbe Prämienbetrag berechnet, bis mit einer Vertragsänderung eine neue Prämie festgesetzt wird.
- 3. Einmalige Prämie:** Zu Beginn der Police fällt eine Prämie an, die die gesamte Laufzeit der Police abdeckt.

ARTIKEL 1. VERTRAGSGRUNDLAGEN

1.1. VORZUNEHMENDE ANGABEN

Vor Abschluss des Vertrages sind Sie und der Versicherte - sofern es sich um unterschiedliche Personen handelt - verpflichtet, alle bekannten Umstände mitzuteilen, die die Risikobewertung beeinflussen können, und die in den folgenden, Ihnen vorgelegten Dokumenten, aufgeführt sind:

- a) Versicherungsantrag
- b) Die mit seiner Unterschrift versehene Gesundheitserklärung des Versicherten
- c) Jegliches sonstige Dokument, in dem wir Sie auffordern, die Informationen über den Gesundheitszustand, den Beruf oder die vom Versicherten ausgeübten Sportarten zu erweitern.

Sie sind jedoch von dieser Pflicht befreit, wenn wir Ihnen die vorgenannten Unterlagen nicht vorlegen oder auch, wenn Sie nicht nach den Umständen befragte werden, die die Risikobewertung beeinflussen können.

Wenn der Inhalt der Police von dem Versicherungsantrag oder den von uns vereinbarten Klauseln abweicht, können Sie den entsprechenden Anspruch geltend machen, damit wir die bestehenden Abweichungen innerhalb eines Monats nach Übergabe der Police zwecks Abschlusses beseitigen. Nach Ablauf dieser Frist ohne Geltendmachung des Anspruchs treten die Bestimmungen der Police in Kraft.

Nach Erhalt des Vertrages haben Sie das Recht, diesen innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt zu kündigen. Wenn Sie von diesem Recht Gebrauch machen möchten, müssen Sie dieses schriftlich tun und uns innerhalb der angegebenen Frist benachrichtigen. Diese Mitteilung wird ab

dem Tag der Ausstellung wirksam, an dem die Risikodeckung endet. Diese Kündigung des Vertrages führt zur Erstattung **der von Ihnen als Versicherungsnehmer gezahlten Prämie abzüglich des verbrauchten Teils der Risikoprämie.**

Wenn sich während der Vertragslaufzeit die Faktoren und Umstände ändern, die im Fragebogen angegeben sind, den der Versicherte zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung ausgefüllt hat und die das Risiko erhöhen, müssen Sie uns dieses möglichst umgehend mitteilen, um die Police ggf. anzupassen. Ungeachtet dessen ist der Versicherte nicht verpflichtet, die Veränderung seines Gesundheitszustands mitzuteilen, die in keinem Fall als Erhöhung des Risikos anzusehen ist.

1.2. ÜBER ABSCHLUSS, INKRAFTTRETEN UND LAUFZEIT DES VERTRAGES

Von dem Versicherungsnehmer und/oder Versicherten wird bestätigt, dass er vor der Vertragsausstellung schriftlich über alle Umstände informiert wurde, die erforderlich sind, um Leistungen, Prämien, Rechte, Pflichten und Berechnungsgrundlagen genau zu kennen, die für die Festlegung der Leistungen verwendet wurden.

Der Versicherungsvertrag sowie seine Änderungen oder nachträglichen Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Jede Änderung muss die Unterschrift beider Parteien tragen..

Die vertraglich vereinbarte Deckung tritt zu dem in den Sonderbedingungen angegebenen Datum und Zeitpunkt in Kraft, sofern Sie uns den entsprechenden Prämienbetrag gezahlt haben. Andernfalls beginnen unsere Verpflichtungen nach 24 Stunden desjenigen Tages, an dem die in den vorstehenden Absätzen genannten Anforderungen erfüllt worden sind.

Die Laufzeit der Police ist in den Sonderbedingungen angegeben.

Der Versicherungsnehmer und/oder Versicherte kann der Vertragsverlängerung durch schriftliche Mitteilung an die Gegenpartei, mindestens einen Monat vor Ablauf der laufenden Versicherungsperiode, widersprechen.

1.3. FALSCHES ODER UNGENAUE ANGABEN. UNBESTREITBARKEIT. UNBESTREITBARKEIT

Im Falle von ungenauen oder falschen Angaben von Ihnen oder dem Versicherten, auf deren Grundlage wir das Risiko übernommen haben, können wir den Vertrag durch eine an Sie als Versicherungsnehmer gerichtete schriftliche Mitteilung innerhalb einer Frist von einem Monat nach Kenntnisnahme der falschen oder ungenauen Angaben widerrufen.

Sofern nicht Vorsatz oder Verschulden unsererseits vorliegen, werden die Prämien, die sich auf den Zeitraum beziehen, in dem wir diese Erklärung abgeben, von uns getragen. Tritt der Schadensfall ein, bevor wir Ihnen die Kündigungserklärung zusenden, erhält der Begünstigte, sofern kein Betrug oder schwerwiegendes Verschulden des Versicherungsnehmers vorliegen, die garantierte Leistung, von der lediglich der Differenzbetrag zwischen der von Ihnen gezahlten Prämie und derjenigen, die von Ihnen bei Abschluss der Police und Kenntnis des tatsächlichen Risikos hätte gezahlt werden müssen. Bei ungenauer Angabe des Geburtsdatums des Versicherten können wir den Vertrag anfechten, wenn sein tatsächliches Alter zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Police die festgelegten Zulassungsgrenzen überschreitet.

Wenn Ihr Alter die Zulassungsbeschränkung nicht überschreitet, wir jedoch Prämien berechnet haben, die niedriger als die geltenden sind, reduzieren wir den Betrag durch Zahlung der Leistung im Verhältnis zu den erhaltenden Prämien. Wenn dagegen die eingenommenen Prämien höher als diejenigen sind, die hätten gezahlt werden müssen, erstatten wir ohne Zinsen die zuviel gezahlte Prämie.

Die Police ist unbestritten, und wir können die darin enthaltene Vereinbarung nicht anfechten, wenn ab dem Datum des Inkrafttretens ein Jahr verstrichen ist, es sei denn, Sie, der Versicherte oder die Begünstigten sind vorsätzlich oder bösgläubig vorgegangen.

Ebenso verzichten wir ausdrücklich darauf, die Police einseitig vor dem in den Sonderbedingungen festgelegten Datum zu kündigen, es sei denn, die Prämien werden nicht gemäß den Bestimmungen in Artikel 5.2 gezahlt.

1.4. VERSICHERUNGSUMFANG

Die Vertragsdeckung für alle vertraglich vereinbarten Leistungen erfolgt weltweit, unbeschadet der Ausführungen des Artikels 1.5 der vorliegenden Bedingungen.

1.5. WOHSITZWECHSEL DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Dieses Produkt ist für Kunden mit Wohnsitz in Spanien oder Andorra gemäß den rechtlichen und steuerlichen Anforderungen vorgesehen. Wenn Sie oder der Versicherte Ihren/seinen Wohnsitz in Andorra haben, müssen außerdem folgende Bedingungen erfüllt werden, um das entsprechende Produkt abschließen zu können: (i) Das Produkt muss von einem in Andorra ansässigen Vermittler vertrieben werden, der über eine Zulassung für den Vertrieb

von Produkten in Andorra verfügt, und (ii) die Police muss von einem zuständigen Vertreter von Zurich Vida ausgestellt werden. Wenn Sie oder der Versicherte (wenn es sich bei diesem nicht um Sie handelt) den Wohnsitz während der Laufzeit dieses Vertrages in ein anderes Land verlegen, kann durch die Gesetzgebung des Landes, in das Sie oder der Versicherte umziehen, die Möglichkeit von Zurich Vida hinsichtlich der Aufrechterhaltung des laufenden Vertrages gemäß den vorliegenden Bedingungen beeinträchtigen.

Sie und der Versicherte sind verpflichtet, Zurich Vida jegliche Verlegung des Wohnsitzes in ein anderes Land mitzuteilen. Zurich Vida ist dabei verpflichtet, Sie über die Folgen ihres Wohnsitzwechsels zu informieren. Abhängig von der für den vorgenommenen Wohnsitzwechsel anwendbaren Gesetzgebung, kann es zu einer Auflösung des vorliegenden Vertrages kommen.

Kommen Sie oder der Versicherte nicht Ihrer Pflicht nach, Zurich Vida den Wohnsitzwechsel mitzuteilen, kann sich Zurich Vida ganz oder teilweise gesetzlich außer Stande sehen, die sich aus vorliegendem Vertrag ergebenden Verpflichtungen zu den Bedingungen zu übernehmen, die von den anwendbaren Gesetzen bei vorgenommenen Wohnsitzwechsel vorgesehen sind.

Wenn uns von Ihnen oder dem Versicherten ein Wohnsitzwechsel in ein anderes Land mitgeteilt wird, kann Zurich Vida mit Ihrem vorherigen Einverständnis Ihre persönlichen Daten an eine andere Gesellschaft der Zurich Insurance Group abgeben, um zu sehen, ob man Ihnen ein auf Ihre neuen Verhältnisse und den neuen Wohnsitz ausgerichtetes Produkt anbieten kann.

1.6. ANWENDUNG DER INTERNATIONALEN ÖFFENTLICHEN ORDNUNG

Unbeschadet der mit dem vorliegenden Versicherungsvertrag abgeschlossenen Vereinbarungen werden von dem Deckung leistenden Versicherer keinerlei Zahlungen, Leistungen oder Vergünstigungen zugunsten eines jeglichen Versicherten oder Dritten erbracht, wenn bei diesen Zahlungen, Leistungen oder Vergünstigungen und/oder jeglichem Geschäft oder Tätigkeit des Versicherten gegen Rechtsvorschriften oder handelsrechtliche Bestimmungen und Handelsembargo verstoßen wird oder sich bei Ausführung durch Anwendung der Internationalen Öffentlichen Ordnung wirtschaftliche und kommerzielle Strafmaßnahmen ergeben könnten. Sollte in gegebenem Fall bei Erfüllen der von dieser Vorschrift vorgesehenen Formalitäten die hierfür vorgesehene Höchstfrist von der Versicherungsgesellschaft überschritten werden, laufen keine Verzugszinsen auf.

ARTIKEL 2. VERSICHERUNGSGEGENSTAND

Unter den nachstehend aufgeführten Risiken übernehmen wir die Deckung der von Ihnen in den Sonderbedingungen Ihres Vertrages vereinbarten Risiken unter Berücksichtigung der in Artikel 4 der Allgemeinen Bedingungen genannten Ausschlüsse.

2.1 HAUPTVERSICHERUNG

Sie deckt den Tod des Versicherten und ist obligatorisch.

2.2 ZUSATZVERSICHERUNGEN

Sie ergänzen die Hauptversicherung und können nicht unabhängig von ihr abgeschlossen werden.

- a) Vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit
- b) Vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit durch Unfall
- c) Vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit durch Verkehrsunfall
- d) Unfalltod
- e) Tod durch Verkehrsunfall
- f) Schwere Krankheit
- g) Dauerhafte und vollständige Berufsunfähigkeit

Die Zusatzversicherung b) kann nicht unabhängig von a) abgeschlossen werden, und die Zusatzversicherung c) nicht ohne a) und b) abgeschlossen.

Die Zusatzversicherung e) kann nicht unabhängig von d) abgeschlossen werden.

ARTIKEL 3. ENTWICKLUNG DER VERSICHERUNGSSUMMEN

Die anfänglich in den Sonderbedingungen angegebene Versicherungssumme wird nach Ihrer Wahl jedes Jahr weiterentwickelt. Die verfügbaren Optionen für jede Art von Produkt und je nach Modalität der Prämie sind die folgenden:

KLASSISCHER TYP

Modalität mit dynamischer Prämie

- a) Nicht anpassbar
- b) Jährliche kumulative geometrische Neubewertung mit dem von Ihnen festgelegten Prozentsatz von maximal 4 %.
- c) Jährliche kumulative Neubewertung gemäß dem Anstieg des allgemeinen Verbraucherpreisindex (VPI). Zu diesem Zweck wird bei den jährlichen Verlängerungen des gesamten darauffolgenden Kalenderjahres der Anstieg berücksichtigt, der durch den vom Nationalen Statistikamt am 1. November eines jeden Jahres veröffentlichten jährlichen VPI verzeichnet wird.
- d) Kapital bis zur Tilgung, berechnet nach der französischen Tilgungsmethode zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, wobei der Zinssatz des von Ihnen im Versicherungsantrag angegebenen Darlehens zugrunde gelegt wird – oder ersatzweise der Marktzinssatz von Konsumenten- oder Hypothekendarlehen – zuzüglich eines Differenzbetrages, der nach Ansicht der Gesellschaft ausreicht, um das Bestehen eines Überschusses zwischen der Versicherungssumme und der ausstehenden Schuld, mit der die Versicherung verbunden ist, zu begünstigen.

Übersteigt am Sterbedatum des Versicherten das ausstehende Kapital des Darlehens, an das die Police gebunden ist, die Versicherungssumme, so beträgt unsere Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Kreditinstitut, das das Darlehen gewährt hat, maximal diese Versicherungssumme.

Modalität mit Flatrate

- a) Nicht anpassbar

Modalität mit einmaliger Prämie

- a) Kapital bis zur Tilgung, berechnet nach der französischen Tilgungsmethode zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, wobei der Zinssatz des von Ihnen im Versicherungsantrag angegebenen Darlehens zugrunde gelegt wird – oder ersatzweise der Marktzinssatz von Konsumenten- oder Hypothekendarlehen – zuzüglich eines Differenzbetrages, der nach Ansicht der Gesellschaft ausreicht, um das Bestehen eines Überschusses zwischen der Versicherungssumme und der ausstehenden Schuld, mit der die Versicherung verbunden ist, zu begünstigen.

Übersteigt am Sterbedatum des Versicherten das ausstehende Kapital des Darlehens, an das die Police gebunden ist, die Versicherungssumme, so beträgt unsere Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Kreditinstitut, das das Darlehen gewährt hat, maximal diese Versicherungssumme.

TYP BERUFSUNFÄHIGKEIT

Modalität mit dynamischer Prämie

- a) Nicht anpassbar
- b) Jährliche kumulative geometrische Neubewertung mit dem von Ihnen festgelegten Prozentsatz von maximal 4 %.

DUO Typ

Modalität mit dynamischer Prämie

- a) Nicht anpassbar
- b) Jährliche kumulative geometrische Neubewertung mit dem von Ihnen festgelegten Prozentsatz von maximal 4 %.
- c) Jährliche kumulative Neubewertung gemäß dem Anstieg des allgemeinen Verbraucherpreisindex (VPI). Zu diesem Zweck wird bei den jährlichen Verlängerungen des gesamten darauffolgenden Kalenderjahres der Anstieg berücksichtigt, der durch den vom Nationalen Statistikamt am 1. November eines jeden Jahres veröffentlichten jährlichen VPI verzeichnet wird.

ARTIKEL 4. AUSGESCHLOSSENE RISIKEN

Gemäß den Ausführungen der Allgemeinen, Sonder- und Speziellen Bedingungen Ihres Vertrages zahlen wir die Versicherungssumme mit folgenden Ausschlüssen:

- a) **Suizid: Während des ersten Versicherungsjahres ist der von ihm freiwillig und bewusst verursachte Tod des Versicherten nicht gedeckt. Im Falle eines erneuten Inkrafttretens des Vertrags oder einer Kapitalerhöhung würden wir die gleichen Kriterien anwenden.**
- b) **Die Folgen von Krankheiten oder Unfällen, die vor Inkrafttreten dieses Vertrages aufgetreten sind, und die weder von Ihnen noch vom Versicherten gemeldet wurden.**
- c) **Die Folgen einer gerichtlich erklärten fahrlässigen oder grob fahrlässigen Handlung des Versicherten sowie die Folgen seiner Teilnahme an Straftaten, Wettbewerben und/oder illegalen Wetten, Duellen oder Auseinandersetzungen, sofern es sich im letztgenannten Fall nicht um Selbstverteidigung oder Rettung von Personen oder Sachwerten handelt.**
- d) **Die Schadensfälle, die vom Versicherten durch Trunkenheit oder Konsum von Betäubungsmitteln oder nicht verschriebenen Arzneimitteln verursacht wurden. Als Trunkenheit gilt das Vorhandensein von Alkohol im Blut von mehr als 0,60 g/l. Der Konsum von nicht verschriebenen Arznei- oder Betäubungsmitteln wird durch das Vorhandensein einer Substanz im Urin oder Blut nachgewiesen, die gesetzlich als nicht verschriebenes Arznei- oder Betäubungsmittel eingestuft wird.**
- e) **Die Folgen, die sich bei Benutzung von Lufttransportmitteln ergeben, die in einer anderen Funktion als der eines Passagiers vorgenommen wird, und selbst, wenn es sich um Flugsicherungsdienste handelt, die nicht ordnungsgemäß für die Öffentlichkeit zugelassen sind.**
- f) **Würde der Tod des Versicherten willentlich von seinem alleinigen Begünstigten verursacht, würden wir von unseren Verpflichtungen gegenüber diesem Begünstigten entbunden, und die Versicherungssumme würde dann in Ihr Vermögen integriert. Wenn es mehrere Begünstigte gibt, würden diejenigen, die nicht am Tod des Versicherten beteiligt waren, ihr Recht behalten.**

g) Schadensfälle, die sich in Zusammenhang mit der Ausübung irgendeines Profisports ergeben.

h) Schadensfälle, die sich in Zusammenhang mit der Ausübung von Sportarten ergeben, die als gefährlich eingestuft werden: Motorradsport, Autosport, extremes Downhill-Fahren, jegliche Art von Sport- und/oder Freizeitluftaktivitäten auf nicht gewerblichen Flügen, jegliche Ausübung von Schneesport in Gebieten, die dafür nicht zugelassen sind oder abseits der Piste, Tauchen, Höhlenforschung, Klettern und Bergsteigen.

Die in den Artikeln 4.g) und 4.h) beschriebenen Sportarten oder jegliche sonstige mit Risiko verbundene Sportart müssen von der Gesellschaft einer individuellen Analyse zu ihrer Bewertung unterzogen werden.

i) Schadensfälle in Zusammenhang mit jeglicher Infektionskrankheit, die von der zuständigen amtlichen Behörde oder der Weltgesundheitsorganisation als Epidemie eingestuft wird.

j) Für die vom Rückversicherungskonsortium gedeckten und ausdrücklich ausgeschlossenen Risiken wird mit der Police keine Deckung geleistet.

ARTIKEL 5. PRÄMIENZAHLUNG

5.1. PRÄMIE

Die Prämie, die dieser Police entspricht, sowie die Steuern und Zuschläge, die möglicherweise gesetzlich erhoben werden, haben eine Periodizität, die von der Art des ausgewählten Produkts abhängt.

Modalität mit dynamischer Prämie

Die Prämie wird jährlich im Voraus gezahlt.

Die Prämie für das erste Jahr ist die in den Sonderbedingungen angegebene. Die Prämie für die Folgejahre richtet sich nach der garantierten Versicherungssumme und dem Alter des Versicherten in jedem Versicherungsjahr.

Modalität mit Flatrate-Prämie

Es handelt sich um eine jährlich zu zahlende und während der gesamten Laufzeit der Police gültige Prämie, bis durch eine Vertragsänderung eine neue Prämie festgesetzt wird.

Modalitäten mit einmaliger Prämie

Die einmalige Prämie wird im Voraus gezahlt.

Auf Wunsch können Sie bei der Modalität mit dynamischer Prämie und der mit Flatrate-Prämie die Zahlung pro Halbjahr, Quartal oder Monat unter Anwendung eines Zuschlags von 1 %, 2 % bzw. 3% vornehmen.

Im Todesfall oder bei Berufsunfähigkeit werden die nicht bezahlten Prämienanteile von der zu zahlenden Versicherungssumme weder ein- noch abgezogen.

Im Falle einer jährlichen Prämie können die in den Sonderbedingungen angegebenen Prämien der aufeinanderfolgenden Versicherungsjahre bei Änderungen der Bedingungen, die zur

Anwendung von Abschlägen auf die Höhe der Prämien geführt haben, Änderungen unterliegen.

Wir verzichten ausdrücklich auf: (i) Das einseitige Recht, im Rahmen des Vertrags zu zahlende Prämien abzulehnen und (ii) das einseitige Recht, die in den Sonderbedingungen mit dem Versicherungsnehmer individuell vereinbarten Prämiensätze oder Vorteile zu ändern, es sei denn, die Änderung dieser Sätze entspricht der Anpassung der Sätze für das gesamte Portfolio, in das Ihre Police eingeschlossen ist. In jedem Fall behält der Versicherte sein einseitiges Widerspruchsrecht gegen die Vertragsverlängerung.

5.2. ZAHLUNGSFORM UND -FRIST DER PRÄMIEN

Sofern in den Sonderbedingungen nichts anderes vereinbart ist, müssen die Prämien per Lastschrift von Ihrem Girokonto oder Sparbuch abgebucht werden, wobei dem Geldinstitut, mit dem Sie zusammenarbeiten, der entsprechende Auftrag zu erteilen ist. Es versteht sich, dass die Prämien zu den vereinbarten Terminen gezahlt werden.

Wenn wir Ihnen die Quittung nicht innerhalb von dreißig Tagen vorlegen, und Sie danach nicht über genügend Guthaben verfügen, werden wir Sie benachrichtigen und Ihnen weitere dreißig Tage ab dem Datum gewähren, an dem Sie die neue Mitteilung erhalten.

Die erste Prämie muss bei Vertragsunterzeichnung gezahlt werden. Ist die Nichtzahlung der Prämie auf Sie zurückzuführen, sind wir berechtigt, den Vertrag zu kündigen oder Ihre Zahlung gerichtlich zu verlangen. Sollte ein Schadensfall eintreten und die Prämie noch nicht gezahlt worden sein, wären wir ebenfalls von der Zahlung der Leistung entbunden, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

Bei Nichtzahlung einer der folgenden Prämien setzen wir die Deckung einen Monat nach dem Ablaufdatum aus.

Wenn wir innerhalb der folgenden sechs Monate keine Zahlung verlangen, gilt dieses als Kündigung des Vertrages.

Für den Fall, dass der Vertrag ausgesetzt wird, können wir nur die Prämie für den laufenden Zeitraum verlangen.

Wenn der Vertrag nicht wie angegeben gekündigt oder aufgelöst wurde, wird die Deckung erneut 24 Stunden nach dem Tag wirksam, an dem die Prämie gezahlt worden ist.

ARTIKEL 6. ALLGEMEINE RICHTLINIEN

6.1. WIEDEREINSETZUNG

Wenn der Vertrag ausgesetzt oder gekündigt wird, haben Sie das Recht, ihn erneut in Kraft zu setzen, die Gültigkeits- und Ablaufdaten für die Zeit, in der Sie die Prämien nicht bezahlt haben, zu übertragen, wobei die von uns angeforderten medizinischen Tests zu bestehen sind.

6.2. WECHSEL DES BEGÜNSTIGTEN. ABTRETUNG UND VERPFÄNDUNG DER POLICE

Sofern Sie den Begünstigten nicht während der Vertragslaufzeit als unwiderruflich benannt haben, können Sie die vorstehende Ernennung ohne unsere Zustimmung ändern.

Die Benennung des Begünstigten oder dessen Widerruf können in den Sonderbedingungen oder in einer nachfolgenden schriftliche, an uns gerichtete Erklärung oder in Ihrem Testament vermerkt werden.

Ebenso können Sie die Police abtreten oder verpfänden, sofern der Begünstigte nicht als unwiderruflich benannt wurde.

Die Abtretung oder Verpfändung der Police müssen uns schriftlich mitgeteilt werden und implizieren den Widerruf des Begünstigten.

6.3. FEHLER BEI DER ALTERSANGABE

Bei ungenauer Angabe des Geburtsdatums des Versicherten können wir den Vertrag nur anfechten, wenn das zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Alter die Zulassungsgrenzen überschreitet.

Wenn es die Zulassungsbeschränkung nicht überschritten hat, aber eine niedrigere Prämie als die dem Alter entsprechende in Rechnung gestellt worden ist, und dieser Sachverhalt zuvor nicht geregelt worden ist, werden wir sie bei Auszahlung der Leistung proportional zur berechneten Prämie kürzen.

Wenn dagegen die berechnete Prämie höher ist als die dem Alter entsprechende ist, wird von uns der Teil der zu hoch berechneten Prämie ohne Zinsen erstattet.

6.4. VERLUST ODER VERNICHTUNG DER POLICE

Wenn Verlust, Diebstahl oder Vernichtung der Police eingetreten sind, müssen Sie uns hierüber schriftlich Mitteilung machen unter Angabe der Umstände des Falls und Nachweis über Mitteilung an den Inhaber eines Rechts aus dem Vertrag. Sollte der Originalvertrag wieder aufgefunden werden, wird die Verpflichtung übernommen, ihn an uns zurückzugeben. Es wird akzeptiert, uns den Schaden zu ersetzen, der uns durch die Forderung eines Dritten verursacht wird.

Wir sind nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet, ein Duplikat der Police zu übergeben mit den gleichen Bedingungen und Auswirkungen wie die des ersetzten Originals.

6.5. KOMMUNIKATION ZWISCHEN IHNEN UND UNS

Als Versicherungsnehmer können Sie jederzeit von uns soviel Information über Ihre Versicherung anfordern wie Sie benötigen.

Die Mitteilungen, die Sie an den am Vertragsabschluss beteiligten Versicherungsvermittler richten, haben die gleiche Wirkung wie die direkt an uns gerichteten Mitteilungen.

Sofern nicht anders angegeben, haben die Mitteilungen, die ein Versicherungsmakler für Sie an uns sendet, die gleichen Auswirkungen, als hätten Sie sie selbst vorgenommen.

Unsere Mitteilungen an Sie erfolgen an die letzte, in der Police angegebene Adresse. Jegliche Adressenänderung muss uns mitgeteilt werden.

6.6. VERJÄHRUNG

Die sich aus diesem Vertrag ergebende Klagen verjähren 5 Jahre nach dem Datum, an dem sie hätten ausgeführt werden können.

6.7. GERICHTSSTAND

Wenn eine der Vertragsparteien oder beide Teile gerichtliche Schritte unternehmen wollen, ist für diese der für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Richter anzurufen, vorausgesetzt, der Versicherte hat seinen Wohnsitz in Spanien. Ausschließlich dieser Richter ist für die Verhandlung der sich aus dem vorliegenden Versicherungsvertrag ergebenden Klagen zuständig.

In allen anderen Fällen ist der Richter unseres Wohnsitzes zuständig.

6.8. UNSERE SONSTIGEN VERPFLICHTUNGEN IHNEN GEGENÜBER

Wir sind neben der Zahlung der Leistung zu gegebenem Zeitpunkt verpflichtet, Ihnen den Vertrag oder ggf. das vorläufige Deckungsdokument auszuhändigen.

ARTIKEL 7. ZAHLUNG DER GEDECKTEN LEISTUNG

7.1. SCHADENSFALLMELDUNG

Wenn ein Schadensfall eintritt, für den Deckung geleistet wird, müssen Sie, der Versicherungsnehmer, oder ggf. die Begünstigten, uns innerhalb einer Frist von maximal sieben Tagen ab dem Zeitpunkt, an dem Sie von dem Schadensfall Kenntnis erlangt haben, entsprechend den Ausführungen des Artikels 16 des Versicherungsvertragsgesetzes informieren, und uns jegliche Art von Information über die Umstände, unter denen er aufgetreten ist, zur Verfügung zu stellen

Den von Ihnen angegebenen Begünstigten wird von uns die abgeschlossene Leistung ausbezahlt.

Wenn Sie als Versicherungsnehmer für den Todesfall keinen Begünstigten ernannt oder Regeln für eine solche Benennung festgelegt haben, wird die garantierte Leistung ausschließlich in nachstehender Reihenfolge erbracht:

- 1) An Ihren Ehepartner
- 2) Ersatzweise an ihre Kinder
- 3) Ersatzweise an Ihre Eltern
- 4) Ersatzweise an Ihre gesetzlichen Erben

7.2. VON IHNEN VORZULEGENDE UNTERLAGEN

Von dem Begünstigten müssen seine Persönlichkeit sowie sein Recht oder Status ordnungsgemäß nachgewiesen werden.

Außerdem müssen uns von ihm folgende Unterlagen zur Verfügung gestellt werden:

- a) Sterbeurkunde des Versicherten
- b) Bescheinigung des Arztes, von dem der Versicherte behandelt wurde, mit Angabe der zum Tode führenden Ursache, Entwicklung und Art der Krankheit oder des Unfalls oder ggf. der Gerichtsverfahren oder Unterlagen, mit denen der Tod durch Unfall nachgewiesen wird.

- c) Bescheinigung des Registers über letztwillige Verfügungen, Kopie des letzten Testaments oder des notariellen Erbscheins oder der gerichtlichen Feststellung der Erben.
- d) Vollständige oder teilweise Selbstveranlagung der Erbschaftssteuer oder teilweise verwaltungsbehördliche Liquidation.

Falls erforderlich, müssen diese Unterlagen ordnungsgemäß beglaubigt werden.

7.3. WAS SIE WISSEN SOLLTEN, FALLS WIR DIE ZAHLUNG VERZÖGERN

Wenn wir aus einem nicht gerechtfertigten oder ausschließlich uns zuzuweisendem Grund die Zahlung der gesamten Versicherungssumme nicht innerhalb von drei Monaten nach Schadenseintritt gezahlt haben, geraten wir in Verzug incurramos und sind für jeden vergangenen Tag zur Zahlung eines zusätzlichen Betrages verpflichtet, der dem in diesem Moment gültigen gesetzlichen Zinssatz entspricht, der für diesen Fall um 50 % erhöht wird.

Zwei Jahre nach Datum des Schadeneintritts darf der anzuwendende Zinssatz nicht geringer als 20 % pro Jahr betragen.

7.4. OPTIONEN FÜR LEISTUNGSEMPFANG

Das mit Ihrer Police gedeckte Kapital kommt nur mit einmaliger Zahlung zur Auszahlung.

ARTIKEL 8. STEUERN UND AUFSCHLÄGE

Die gesetzlich vorgeschriebenen Steuern und Aufschläge, die aufgrund dieser Versicherung zu zahlen sind, müssen von Ihnen als Versicherungsnehmer, vom Versicherten oder Begünstigten des Vertrages übernommen werden.

ARTIKEL 9. BESTEUERUNG

Die Zahlung der Leistungen, die sich aus dem Vertrag ergeben können sowie die diesen entsprechenden Einbehaltungen unterliegen der Einkommensteuer natürlicher Personen oder der Körperschaftsteuer, je nach Art der Person des Begünstigten, sofern sie nicht der Erbschafts- und Schenkungssteuer unterliegt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen und der ergänzenden Vorschriften, unbeschadet dessen, was in diesen Angelegenheiten in den spezifischen Regelungen der regionalen Gebiete festgelegt ist.

ARTKEL 10. KUNDENSCHUTZ

Beschwerden und Reklamationen können an den Kundenschutzdienst der Gesellschaft unter Einhaltung des in der Kundenschutzverordnung der Gesellschaft festgelegten Verfahrens, das auf unserer Website [web www.zurich.es](http://www.zurich.es) zur Verfügung steht, gerichtet werden. Diese Verordnung entspricht den Anforderungen der Ministerialverordnung ECO 734/2004 vom 11. März über Kundendienstabteilungen und –dienste und Kundenverteidiger von Finanzinstituten. Der durch die genannte Verordnung regulierte Kundenschutzdienst beschließt innerhalb einer Frist von maximal ZWEI MONATEN nach Einreichen der Beschwerde bzw. Reklamation. Der Beschwerdeführer kann sich nach Ablauf dieser Frist oder wenn die Entscheidung nicht seinen Erwartungen entspricht ggf. an den Beschwerdedienst der Generaldirektion für Versicherungen und Rentenfonds (Servicio de Reclamaciones de la Dirección

General de Seguros y Fondos de Pensiones) wenden, entweder per Post an Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, oder an deren elektronische Zentrale: https://www.sededsfp.gob.es/SedeElectronica/Reclamaciones/Index_Proteccion_Asegurado.asp).

ARTIKEL 11. SCHUTZ DES VERSICHERTEN UND SONSTIGER VERTRAGSPARTEIEN

Unbeschadet der Ausführungen des vorstehenden Artikels können Sie als Versicherungsnehmer, Versicherter, Begünstigter, geschädigter Dritter oder Rechtsinhaber von einer der vorgenannten Personen bei der Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones gegen Versicherungsunternehmen Beschwerde einlegen, von denen missbräuchliche Praktiken ausgeübt und Rechte aus dem Versicherungsvertrag verletzt werden. Dazu die Beschwerde in schriftlicher Form an die Generaldirektion für Versicherungen und Rentenfonds zu richten.

ARTIKEL 12. DATENSCHUTZ

Verantwortlich für die Datenverarbeitung:

Zurich Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. –Sociedad Unipersonal–

Zweck der Datenverarbeitung:

- **Verwaltung der Police:** Die persönlichen Daten werden in die Datenbanken von Zurich Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. –Sociedad Unipersonal–, eingegeben und dienen zur Erstellung und Ausarbeitung von Angeboten und ggf. zur Vervollständigung, Führung und Kontrolle des Versicherungsvertrages, der Risikobewertung sowie der Anfertigung von statistischen Studien, Qualitäts- und technischen Analysen und dem Management von ggf. vorhandenen Mitversicherungen als auch zur Verhütung von Versicherungsbetrug sowie, seitens der Muttergesellschaft, für Maßnahmen zur Vermeidung von Geldwäsche oder Finanzierung des Terrorismus.

Legitimation: Vertragsabwicklung und Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen. Gleichmaßen die Versicherungsvorschriften, hauptsächlich das Versicherungsvertragsgesetz oder das Gesetz über Regulierung, Kontrolle und Solvenz von Versicherungs- und Rückversicherungsgesellschaften, und die Rechtsvorschriften über die Vermeidung von Geldwäsche und Finanzierung des Terrorismus. Handelt es sich um einen garantierten Versicherungsplan (PPA) ist die Legitimation durch das Einkommenssteuergesetz für natürliche Personen (IRPF) gegeben.

- **Zwecks Betrugsverhütung:** Diese Daten werden zur Betrugsverhütung verwendet.

Legitimation: Berechtigtes Interesse

Wenn Sie sich nicht dagegen ausgesprochen haben, können Ihre Daten von der Versicherungsgesellschaft folgendermaßen verarbeitet werden:

- **Zwecks Übersendung von kommerziellen Kommunikationen per jeglichem elektronischen Medium,** einschließlich per SMS, E-Mail oder gleichwertiger Kommunikationsmedien zwecks Angebotsabgabe, Förderung und Vertragsabschluss über Sachwerte und Leistungen der Versicherungsgesellschaft und zusätzliche, in der abgeschlossenen Versicherung eingeschlossene Leistungen (z.B. *Online-Testament*, *Zweite Arztmeinung* etc.).

- **Zwecks Übersendung von kommerziellen Kommunikationen in Papierform und per Telefonanruf**, sowohl über eigene Produkte als auch über Versicherungen und Pensionen der Gruppe Zurich, d.h. Zurich Insurance plc, Sucursal en España, und sonstigen Gesellschaften, die rechtlich mit den vorher genannten in Verbindung stehen laut Information unter www.zurich.es/rgpd.
- **Zwecks Erstellung oder Segmentierung von Profilen** mit den von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten.
- **Zwecks Erstellung oder Segmentierung von Profilen** unter Verwendung von Daten, die sich aus der Information über die Nutzung und Verwaltung der vertraglich festgelegten Produkte ergeben.

Legitimation: Berechtigtes Interesse und Einspruchsrecht

Sie können gegen die genannte Datenverarbeitung jederzeit Einspruch erheben

Haben Sie Ihre Zustimmung gegeben, kann die Versicherungsgesellschaft Ihre persönlichen Daten außerdem folgendermaßen verarbeiten:

- **Für die Übersendung von kommerziellen Mitteilungen per jeglichem elektronischen Medium**, einschließlich per SMS, E-Mail oder sonstigem gleichwertigen Kommunikationsmedium, zwecks Förderung des Absatzes von Waren und Dienstleistungen und Versicherungsleistungen oder Pensionen sonstiger Einrichtungen der Gruppe, d.h., Zurich Insurance plc, Sucursal en España Vida oder anderer Gesellschaften, die rechtlich mit den vorher genannten in Verbindung stehen laut Information unter www.zurich.es/rgpd
- Für die **Erstellung und Segmentierung von Profilen zu kommerziellen Zwecken** auf der Grundlage eigener und fremder Daten (einschl. der Versicherungsgesellschaften der Gruppe).
- Für die **Übermittlung Ihrer Daten und ggf. der erstellten Profile** an die Unternehmen der Gruppe Zurich, die dem Versicherungs- und Pensionssektor angehören, zwecks Übersendung von kommerziellen Mitteilungen über ihre eigenen Produkte und Dienstleistungen per jeglichem (elektronischen oder nicht elektronischen) Mittel.

Legitimation: Ausdrückliche Zustimmung

Empfänger

Die Versicherungsgesellschaft ist gesetzlich verpflichtet, auf Anforderung Ihre Daten an Behörden, Gerichte und Strafverfolgungsbehörden des Landes abzugeben.

Gleichermaßen können Ihre Daten im Rahmen der Vertragsausführung an Rück-, Mitversicherungen und sonstige an dem Vertrag beteiligte Parteien, wie z.B. an Sachverständige und sonstige Dienstleister, abgegeben werden.

Gleichermaßen können sie an Unternehmen der Gruppe Zurich oder sonstige Einrichtungen abgegeben werden, wenn Sie dieser Datenabgabe ausdrücklich zugestimmt haben oder wenn berechtigtes Interesse oder gesetzliche Verpflichtungen vorliegen.

Rechte

Wie unter Zusätzliche Information angegeben, kann der Dateninhaber sein Recht auf Zugriff, Berichtigung und Löschen der Daten sowie sonstige Rechte ausüben.

Zusätzliche Information

Sie kann unter www.zurich.es/rgpd abgefragt werden.

Wenn es sich bei dem Versicherungsnehmer um eine juristische Person handelt:

- Der Vertreter (natürliche Person) des VERSICHERUNGSNEHMERS wird mit vorliegender Klausel darüber informiert, dass seine für diesen Antrag zur Verfügung gestellten Daten von dem VERANTWORTLICHEN zwecks Bearbeitung des Versicherungsantrages verarbeitet werden und dass die Versicherungspolice die gesetzliche Grundlage für die genannte Datenverarbeitung darstellt.

Die erstellten persönlichen Daten werden während der Laufzeit dieses Vertrages gespeichert. Nach Beendigung des Vertragsverhältnisses werden sie während der von der anwendbaren Gesetzgebung vorgegebenen Verjährungszeit blockiert.

Die Empfänger der persönlichen Daten sind Unternehmen der Gruppe des VERANTWORTLICHEN, die aus Gründen der internen Organisation seine oder die Intervention der ggf. beauftragten Leistungserbringer fordern können.

- Gegebenenfalls wird der Versicherungsgesellschaft hinsichtlich jeglicher sonstiger persönlicher Daten, die er mit diesem Versicherungsantrag mitgeteilt hat, von dem VERSICHERUNGSNEHMER versichert; dass der Beteiligte (Versicherte, Begünstigte oder jegliche sonstige Person) vor dieser Mitteilung über die Verarbeitung seiner Daten gemäß der vorliegenden Klausel informiert wurde, und dass jegliche sonstige Bedingung erfüllt wurde, die für die legitime Übermittlung seiner persönlichen Daten an die VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT gemäß der geltenden, anwendbaren Gesetzgebung erfüllt worden ist.
- Die Rechtsgrundlage für die genannte Verarbeitung ist die Ausführung des vorliegenden Vertrages oder die Erfüllung der gesetzlichen Pflichten aus den Vorschriften über Regulierung, Kontrolle und Solvenz von Versicherungsgesellschaften und des Versicherungsvertragsgesetzes.

Die persönlichen Daten werden nicht an Dritte abgegeben, ausgenommen in Zusammenhang mit der Einhaltung der in der einschlägigen gesetzlichen Vorschrift angegebenen Verpflichtungen.

Falls zutreffend, kann die Versicherungsgesellschaft für diese anderen, an der Versicherung beteiligten Personen, und wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist, bei Aktivierung der entsprechenden Mechanismen in den oben genannten Fällen deren Zustimmung oder Einspruch einholen.

Rechte: In beiden Fällen haben der Beteiligte und der Vertreter Recht auf Zugriff, Berichtigung und Löschen der Daten sowie sonstige Rechte laut Angabe in **“Zusätzliche Information”** unter www.zurich.es/rgpd.

ARTIKEL 13. INFORMATIONSSYSTEM

1. Vom Versicherungsnehmer wird bestätigt, dass er vom Versicherer vor Vertragsabschluss ein aussagekräftiges, klar und präzise abgefasstes Informationsschreiben mit folgendem Inhalt ausgehändigt bekommen hat:
 - a) Name und Rechtsform des Vertragsunternehmens

- b) Anschrift des Sitzes des Unternehmens und Name des Mitgliedstaats, in dem der Sitz der Einrichtung liegt.
 - c) Für den Vertrag geltende Rechtsvorschriften, wenn die Parteien keine Wahlfreiheit haben, oder anderenfalls die vom Versicherer vorgeschlagene Gesetzgebung
 - d) Anträge für interne und externe Reklamationen, die im Falle eines Konflikts verwendet werden können sowie das zu befolgende Verfahren.
 - e) Definition der angebotenen Leistungen und Optionen
 - f) Vertragslaufzeit
 - g) Bedingungen für die Kündigung des Vertrages
 - h) Bedingungen und Fälligkeitsdaten der Prämien
 - i) Angabe der ggf. vorhandenen Reduktionswerte
 - j) Prämien im Zusammenhang mit jeder Haupt- oder zusätzlichen Leistung, soweit dieses für notwendig und angemessen erachtet wird.
 - k) Modalitäten und Fristen zur Ausübung des Kündigungsrechts und ggf. erforderliche Formalitäten für die Ausübung der einseitigen Rücktrittsbefugnis
 - l) Allgemeine Angaben zur geltenden Steuerregelung
2. Während der gesamten Laufzeit des Lebensversicherungsvertrages muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer in schriftlicher und dauerhafter elektronischer Form in klarer und präziser Form Information über die Änderungen übermitteln, die sich ergeben in Bezug auf:
- a) Die Allgemeinen und Sonderbedingungen
 - b) Firmenbezeichnung des Versicherers, Rechtsform oder Geschäftssitz und ggf. Anschrift der Zweigniederlassung, mit der der Vertrag abgeschlossen wurde.
3. Im Falle der Ausstellung eines Versicherungszusatzes oder der Änderung der für den Vertrag geltenden Rechtsvorschriften muss der Versicherungsnehmer alle in den Punkten e) bis l) des vorstehenden Abschnitts angegebenen Informationen erhalten.

Es muss nachgewiesen werden, dass der Versicherungsnehmer und ggf. der Versicherte vor Abschluss des Versicherungsvertrages oder der Unterzeichnung des Versicherungsantrags alle diesbezüglichen in den vorstehenden Absätzen geforderten Informationen mittels eines Vermerks erhalten haben, vom Versicherungsnehmer datiert und unterzeichnet, der ggf. in der Fußnote der Police oder des Versicherungsantrags erscheint und in dem er bestätigt, dass er ihn zuvor unter Angabe seiner Art und des Empfangsdatums erhalten hat .

Gleichermaßen muss nachgewiesen werden, dass der Versicherungsnehmer eines im Fernabsatz abgeschlossenen Einzelvertrages vor Abschluss des Versicherungsvertrages oder der Unterzeichnung des Versicherungsantrags alle diesbezüglichen von den Artikel 7 und 8 des Gesetzes 22/2007 über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen geforderten Informationen erhalten hat.

SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER HAUPTVERSICHERUNG

ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG

Wenn der Versicherte während der Laufzeit der Police stirbt, zahlen wir die in den Sonderbedingungen angegebene Versicherungssumme, und der Vertrag gilt als erloschen.

1.1. VORSCHUSSLEISTUNG BEI UNHEILBARER KRANKHEIT

Im Rahmen der dynamischen Prämie sowie der Flatrat-Prämie wird die für diese Deckung garantierte Versicherungssumme ebenfalls bis zu einem Höchstbetrag von 480.000 € ausbezahlt, wenn der Versicherte während der Laufzeit der Police noch nicht verstorben ist, und er mit ärztlicher Bescheinigung oder medizinischem Gutachten die Diagnose einer unheilbaren Krankheit mit einer anderen Ursache als die eines von der Police gedeckten Unfalls mit einer Lebenserwartung von weniger als zwölf Monaten erhält, und wir nach Prüfung dieser ärztlichen Berichte und der vom Kabinett, von der Ärztekammer oder einem von uns bestimmten unabhängigen Arzt angeforderten Klarstellung und zusätzlichen Berichte die Diagnose einer unheilbaren Krankheit als solche anerkannt haben.

Die Auszahlung dieser Leistung erfolgt für Invalidität und ist mit der Auszahlung der Leistung für vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit – sofern diese Deckung abgeschlossen worden ist – unvereinbar und führt zur Beendigung des Vertrages. Bei einer Versicherungssumme von über 480.000 € bleibt der Vertrag für das reduzierte Kapital bis zum Tod des Versicherten nach Auszahlung dieser Vorleistung in vollem Umfang in Kraft.

Der für diese Leistung bestimmte Begünstigte ist derjenige, der für die Deckung bei vollständiger und dauerhafter Berufsunfähigkeit eingesetzt ist. Ersatzweise tritt der Versicherte an seine Stelle.

1.2. GUTACHTEN UND VORSCHUSSLEISTUNG DES TODESFALLKAPITALS BEI UNHEILBARER KRANKHEIT

Um die Vorauszahlung des Todesfallkapitals als Entschädigung für die unheilbare Krankheit des Versicherten zu beantragen, ist es erforderlich, dass Sie uns eine Bescheinigung oder ein ärztliches Gutachten vorlegen mit der eindeutigen Diagnose und der Art und Entwicklung der Krankheit sowie der Angabe der Lebenserwartung des Versicherten, die weniger als zwölf Monate betragen muss. Diese Bescheinigung muss maximal 30 Tage vor der Vorlage bei der Versicherungsgesellschaft ausgestellt worden sein.

Die Diagnose muss durch objektive medizinische Tests untermauert werden, und der Versicherte muss so viele Abklärungen und zusätzliche Tests einreichen, wie von den von uns genannten Ärzten zwecks unserer Zustimmung angefordert werden. Zu diesem Zweck bestätigt die Unterzeichnung dieser Police die ausdrückliche Genehmigung des Versicherten, solche Berichte anzufordern und die Ärzte des Versicherten von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu entbinden.

Wir behalten uns das Recht vor, Vorauszahlungen in Funktion der Bewertung dieser Brichte zu akzeptieren.

Bei Meinungsverschiedenheiten und wenn es zwischen den beiden Parteien zu keiner Einigung kommt, sind beide verpflichtet, sich nach dem mit Artikel 38 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgesehenen Verfahren einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

Als Inkrafttretungsdatum für die Leistung gilt der Tag, an dem der letzte Bericht vorgelegt wird, auf dessen Grundlage die Diagnose als unheilbare Krankheit von uns anerkannt wurde.

SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR VOLLSTÄNDIGE UND DAUERHAFT BERUFSUNFÄHIGKEIT

ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG

Im Falle einer dauerhaften und vollständigen Berufsunfähigkeit des Versicherten während der Vertragslaufzeit und nach Überprüfung und Annahme des Falls zahlen wir die in den Sonderbedingungen angegebene Versicherungssumme und der Vertrag gilt als erloschen.

ARTIKEL 2. DEFINITION, GUTACHTEN UND FOLGE DER BERUFSUNFÄHIGKEIT

Mit Wirkung auf diese Versicherung wird als vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit eine irreversible physische oder psychische Situation des Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Krankheit angesehen, durch die es ihm nicht möglich ist,

irgendeine Dienstleistung als Arbeitnehmer oder selbständiger Erwerbstätiger gemäß den jeweils geltenden Ausführungen der Sozialversicherungsregelung zu erbringen.

Im Falle einer vollständigen und dauerhaften Berufsunfähigkeit müssen der Versicherte oder Sie uns ein detailliertes medizinisches Gutachten mit folgenden Angaben zur Verfügung stellen:

- a) Bescheinigung der staatlichen Sozialversicherungsanstalt über die vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit des Versicherten.
- b) Ersatzweise eine Bescheinigung des Arztes, von dem der Versicherte behandelt wurde, mit Angabe von Ursprung, Verlauf und Art der Krankheit oder des Unfalls, von denen die Berufsunfähigkeit verursacht wurde, sowie ihrer Schwere und Prognose.

Der Versicherte kann bei Bedarf zusätzliche Berichte oder Nachweise anfordern. Wir werden die Berichte prüfen und das mögliche Bestehen einer vollständigen und dauerhaften Berufsunfähigkeit bewerten.

Bei Meinungsverschiedenheiten und wenn es zwischen den beiden Parteien zu keiner Einigung kommt, sind beide verpflichtet, sich nach dem mit Artikel 38 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgesehenen Verfahren einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

Mit Wirkung auf diese zusätzliche Versicherung gilt als Inkrafttretungsdatum für die Leistung für vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit das Datum der Entscheidung der Sozialversicherungsanstalt oder ersatzweise unseres medizinischen Dienstes. |

Wir behalten uns das Recht vor, jederzeit den Gesundheitszustand des Versicherten von einem von uns gewählten Arzt überprüfen zu lassen.

ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE

Eine nach dem Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte 70 Jahre alt wird, eingetretene Invalidität ist von der Deckung dieses Risikos ausgeschlossen.

Ebenso wird jede Invalidität , die durch selbst verursachten Schaden entstanden ist, von dieser Deckung ausgeschlossen. Im Falle eines erneuten Inkrafttretens des Vertrags oder einer Kapitalerhöhung würden wir das gleiche Kriterium anwenden.

Die Zusatzversicherung endet mit Beendigung der Hauptversicherung.

SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR VOLLSTÄNDIGE UND DAUERHAFTEN BERUFSUNFÄHIGKEIT DURCH UNFALL

ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG

Im Falle einer vollständigen und dauerhaften Berufsunfähigkeit des Versicherten als unmittelbare Folge eines Unfalls, wird von uns unverzüglich oder im Laufe von zwei Jahren nach dem Zeitpunkt des Unfalls bis zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Berufsunfähigkeit und nach Prüfung und Anerkennung des Falls die mit den Sonderbedingungen gedeckte zusätzliche Versicherungssumme ausgezahlt.

Die Versicherungssumme dieser Leistung darf das der zusätzlichen Versicherung für vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit nicht überschreiten.

ARTIKEL 2. DEFINITION VON UNFALL

Unbeschadet der von den Parteien im Vertrag vorgenommenen Risikobegrenzung, ist unter einem Unfall die Körperverletzung zu verstehen, die sich vom Versicherten unbeabsichtigt aus einer plötzlichen, externen und fremden Ursache ergibt.

Gleichermaßen werden als Unfall die folgenden, vom Versicherten unbeabsichtigten Ereignisse angesehen: Ersticken beim Tauchen, Infektionen, wenn das Virus aufgrund einer durch einen versicherten Unfall verursachten Verletzung in den Körper gelangt ist, Einatmen von Gas oder Dämpfen, Vergiftungen oder Verbrennungen durch giftige oder ätzende Flüssigkeiten, Erfrierungen und Hitzschlag.

Folgendes wird nicht als Unfall angesehen: Krankheiten, unabhängig von ihrer Art, Körperverletzungen aufgrund pathologischer Zustände wie Schlaganfall, geistige Störungen und Verletzungen durch Eingriffe, die der Versicherte an sich selber vornimmt oder vornehmen lässt, es sei denn, sie sind die Folge eines Unfalls.

ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE

Die nach dem Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte 70 Jahre alt wird, eingetretenen Unfälle sind von der Deckung dieser Zusatzversicherung ausgeschlossen.

Die Zusatzversicherung endet mit Beendigung der Hauptversicherung.

SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR VOLLSTÄNDIGE UND DAUERHAFTEN BERUFSUNFÄHIGKEIT DURCH VERKEHRSUNFALL

ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG

Im Falle einer vollständigen und dauerhaften Berufsunfähigkeit des Versicherten als unmittelbare Folge eines Verkehrsunfalls, wird von uns unverzüglich oder im Laufe von zwei Jahren nach dem Zeitpunkt des Unfalls bis zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Berufsunfähigkeit und nach Prüfung und Anerkennung des Falls die mit den Sonderbedingungen gedeckte zusätzliche Versicherungssumme ausgezahlt.

Die Versicherungssumme dieser Leistung darf das der zusätzlichen Versicherung für vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit nicht überschreiten.

ARTIKEL 2. DEFINITION VON VERKEHRSUNFALL

Unbeschadet der von den Parteien im Vertrag vorgenommenen Risikobegrenzung, ist unter einem Verkehrsunfall die Körperverletzung zu verstehen, die sich vom Versicherten unbeabsichtigt aus einer plötzlichen, externen und fremden Ursache ergibt und vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit hervorruft in seiner Funktion als:

- a) Fußgänger, in Folge Zusammenstoß auf öffentlicher Straße
- b) Fahrzeugführer oder Insasse eines Landfahrzeugs mit und ohne Motor
- c) Passagier von Verkehrsmitteln der Luft- und Seefahrt

ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE

Die Ausschlüsse dieser Zusatzversicherung sind die gleichen wie die in Artikel 3 der Speziellen Bedingungen der Zusatzversicherung für vollständige und dauerhafte und unfallbedingte Berufsunfähigkeit durch Unfall festgelegten.

Ausgenommen von der Deckung dieser Zusatzversicherung sind die Unfälle, die dem Versicherten als Berufsfahrer oder Angestellter eines Unternehmens verursacht werden, von dem Land-, See- oder Lufttransporte durchgeführt werden.

Die Zusatzversicherung endet mit Beendigung der Hauptversicherung.

SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR TOD DURCH UNFALL

ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG

Im Falle, dass der Tod des Versicherten infolge eines Unfalls hervorgerufen wird, wird von uns unverzüglich oder im Laufe von zwei Jahren nach dem Zeitpunkt des Todes und nach Anerkennung des Falls die mit den Sonderbedingungen gedeckte zusätzliche Versicherungssumme ausbezahlt.

Die Versicherungssumme dieser Leistung darf die der Todesfallversicherung nicht überschreiten.

ARTIKEL 2. DEFINITION VON UNFALL

Unbeschadet der von den Parteien im Vertrag vorgenommenen Risikobegrenzung, ist unter einem Unfall die Körperverletzung zu verstehen, die sich vom Versicherten unbeabsichtigt aus einer plötzlichen, externen und fremden Ursache ergibt.

Gleichermaßen werden als Unfall die folgenden, vom Versicherten unbeabsichtigten Ereignisse angesehen: Ersticken beim Tauchen, Infektionen, wenn das Virus aufgrund einer durch einen versicherten Unfall verursachten Verletzung in den Körper gelangt ist, Einatmen von Gas oder Dämpfen, Vergiftungen oder Verbrennungen durch giftige oder ätzende Flüssigkeiten, Erfrierungen und Hitzschlag.

Folgendes wird nicht als Unfall angesehen: Krankheiten, unabhängig von ihrer Art, Körperverletzungen aufgrund pathologischer Zustände wie Schlaganfall, geistige Störungen und Verletzungen durch Eingriffe, die der Versicherte an sich selber vornimmt oder vornehmen lässt, es sei denn, sie sind die Folge eines Unfalls.

ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE

Die nach dem Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte 80 Jahre alt wird, eingetretenen Unfälle sind von der Deckung dieser Zusatzversicherung ausgeschlossen.

Die Zusatzversicherung endet mit Beendigung der Hauptversicherung.

SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR TOD DURCH VERKEHRSUNFALL

ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG

Im Falle, dass der Tod des Versicherten infolge eines Unfalls hervorgerufen wird, wird von uns unverzüglich oder im Laufe von zwei Jahren nach dem Zeitpunkt des Todes und nach Anerkennung des Falls die mit den Sonderbedingungen gedeckte zusätzliche Versicherungssumme ausgezahlt.

Die Versicherungssumme dieser Leistung darf die der Zusatzversicherung für Unfalltod nicht überschreiten.

Wenn bei den Modalitäten mit dynamischer oder Flatrate-Prämie bei einem und demselben Verkehrsunfall der Versicherte und seine Ehe- oder Lebenspartnerin ums Leben kommen und als Begünstigte gemeinsame Kinder unter 18 Jahren oder Erwachsene mit gesetzlich anerkannter Behinderung hinterlassen, werden jedem einzelnen von uns die doppelte Versicherungssumme ausgezahlt, die Ihnen als Begünstigte dieser zusätzlichen Deckung zusteht.

Ehepartner ist diejenige Person, die mit dem Versicherten gemäß den diesbezüglichen Rechtsvorschriften durch eine Ehe verbunden ist. Lebenspartner ist die Person, die mit dem Versicherten zusammenlebt und mit ihm im Register der Lebensgemeinschaften seiner Gemeinde oder der autonomen Region eingetragen ist.

Für den Fall, dass die Summe der zusätzlichen, an die Begünstigten zu zahlenden Versicherungssummen 200.000 € übersteigt, werden 200.000 € zu gleichen Teilen an die einzelnen Begünstigten ausgezahlt.

ARTIKEL 2. DEFINITION VON VERKEHRSUNFALL

Unbeschadet der von den Parteien im Vertrag vorgenommenen Risikobegrenzung, ist unter einem Verkehrsunfall die Körperverletzung zu verstehen, die sich vom Versicherten unbeabsichtigt aus einer plötzlichen, externen und fremden Ursache ergibt und vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit hervorruft in seiner Funktion als:

- a) Fußgänger, infolge Zusammenstoß auf öffentlicher Straße
- b) Fahrzeugführer oder Insasse eines Landfahrzeugs mit und ohne Motor
- c) Passagier von Verkehrsmitteln der Luft- und Seefahrt

ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE

Die Ausschlüsse dieser Zusatzversicherung sind die gleichen wie die in Artikel 3 der Speziellen Bedingungen der Zusatzversicherung für Tod durch Unfall festgelegten.

Ausgenommen von der Deckung dieser Zusatzversicherung sind die Unfälle, die dem Versicherten als Berufsfahrer oder Angestellter eines Unternehmens verursacht werden, von dem Land-, See- oder Lufttransporte durchgeführt werden.

Die Zusatzversicherung endet mit Beendigung der Hauptversicherung.

SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR SCHWERE KRANKHEITEN

ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG

Wenn bei dem Versicherten eine der in Artikel 2 dieser Speziellen Bedingungen beschriebenen Krankheiten diagnostiziert wird und der Fall überprüft und anerkannt worden ist, kommt der mit dieser zusätzlichen Leistung im Rahmen der mit der Police für den Todesfall abgeschlossenen Deckung ein Betrag von maximal 150.000 € zur Auszahlung.

Mit der Auszahlung dieser Leistung erlischt diese Deckung und sowohl die Hauptversicherung als auch die übrigen Zusatzleistungen bleiben in Kraft, wobei von der abgeschlossenen Versicherungssumme der vorausgezählte Betrag in Abzug gebracht wird.

ARTIKEL 2. SCHWERE KRANKHEITEN. DEFINITION

2.1 HERZINFARKT

Es ist der Tod oder die Nekrose eines Teils des Herzens infolge einer unzureichenden Blutversorgung.

Die Diagnose sollte durch folgende Symptome untermauert werden:

- Anamnese von anhaltenden typischen Brustschmerzen
- Neue elektrokardiographische Veränderungen
- Erhöhung der Herzenzyme auf Werte, die nicht als normal angesehen werden können

Der Herzinfarkt sollte in einem Krankenhaus behandelt worden sein.

2.2 KREBS

Das Vorhandensein eines bösartigen Tumors, der durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung von bösartigen Zellen und Gewebeinvasion gekennzeichnet ist.

Der Begriff Krebs umfasst auch andere Leukämien als die chronische lymphatische Leukämie, Lymphome und die Hodgkins-Krankheit.

Folgendes ist ausgeschlossen:

- Krebs *in situ*, nicht invasiv
- Hautkrebs, es sei denn, es wurde ein malignes Melanom diagnostiziert

2.3 TRANSPLANTATIONEN

Transplantation von Herz, Lunge, Leber und Bauchspeicheldrüse – mit Ausnahme der Transplantation von Langerhans-Inseln - Nieren oder Knochenmark aufgrund einer medizinischen Diagnose.

ARTIKEL 3. WARTEZEIT

Die abgeschlossene Leistung wird von uns ausschließlich dann erbracht, wenn die mit der Police gedeckte Krankheit drei Monate nach Vertragsabschluss diagnostiziert wird.

ARTIKEL 4. AUSSCHLÜSSE

- a) Krankheiten und/oder Unfälle vor Inkrafttreten des Vertrages**
- b) Der Konsum von nicht vom Arzt verordneten Drogen und/oder Betäubungsmitteln**
- c) Krankheiten und/oder Unfälle, die durch exzessiven Alkohol- und Tabakkonsum verursacht werden**
- d) Krankheiten, die nach dem Ende des Versicherungsjahres auftreten, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird.**
- e) Sämtliche Krankheiten und/oder Interventionen, die nicht in der Police vorgesehen sind**
- f) Krebs infolge nuklearer Risiken**
- g) Jegliche Krebserkrankung, die auftrat, während sich der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherten in den drei Jahren vor Beginn des Prozesses nicht in Spanien befand.**

ARTIKEL 5. ZAHLUNG DER LEISTUNG

Zusätzlich zu den Angaben in Artikel 7 (Auszahlung der garantierten Leistung) der Allgemeinen Bedingungen müssen Sie uns im Falle der Diagnose einer schweren Krankheit ein ärztliches Attest vorlegen, das der diagnostizierten Krankheit und dem Modell entspricht, das wir dem behandelnden Arzt für die Diagnose zur Verfügung stellen.

Wir werden die Berichte prüfen und das Vorhandensein der schweren Krankheit bewerten.

Bei Meinungsverschiedenheiten und wenn es zwischen den beiden Parteien zu keiner Einigung kommt, sind beide verpflichtet, sich nach dem mit Artikel 38 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgesehenen Verfahren einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

Im Falle einer Transplantationsdiagnose erfolgt die Auszahlung der Leistung zum Zeitpunkt der Transplantation.

SPEZIELLE BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNG FÜR VOLLSTÄNDIGE UND DAUERHAFTHE INVALIDITÄT FÜR DIE AUSÜBUNG DES GEWOHNHEITSMÄSSIGEN BERUFS

ARTIKEL 1. VERSICHERTE LEISTUNG

Im Falle einer vollständigen und dauerhaften Invalidität für die Ausübung des gewöhnlichen Berufs des Versicherten während der Laufzeit des Versicherungsvertrages zahlen wir nach Prüfung und Annahme des Falls die in den Sonderbedingungen angegebene Versicherungssumme, wonach der Vertrag als erloschen angesehen wird.

ARTIKEL 2. DEFINITION, GUTACHTEN UND AUSWIRKUNG DER INVALIDITÄT

Mit Wirkung auf diese Versicherung wird als vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit eine irreversible physische oder psychische Situation des Versicherten angesehen, die ausschlaggebend für die vollständige und dauerhafte Unfähigkeit des Versicherten ist, weder seine übliche berufliche Tätigkeit noch eine andere, seiner Ausbildung und seinem Fachwissen entsprechende auszuüben aufgrund eines von dem Versicherten nicht beabsichtigten Unfalls oder einer Krankheit, und die in dem Versicherungsantrag oder der letzten Ergänzung zur Änderung des in der Police angegebenen Risikos aufgeführt wird.

Im Falle einer vollständigen und dauerhaften Invalidität für die Ausübung des gewohnheitsmäßigen Berufs müssen der Versicherte oder Sie als Versicherungsnehmer uns ein detailliertes medizinisches Gutachten mit folgenden Angaben zur Verfügung stellen:

- a) Bescheinigung der staatlichen Sozialversicherungsanstalt über die vollständige und dauerhafte Invalidität für die Ausübung des gewohnheitsmäßigen Berufs des Versicherten.
- b) Ersatzweise eine Bescheinigung des Arztes, von dem der Versicherte behandelt wurde, mit Angabe von Ursprung, Verlauf und Art der Krankheit oder des Unfalls, von denen die Berufsunfähigkeit verursacht wurde, sowie ihrer Schwere und Prognose.

Der Versicherte kann bei Bedarf zusätzliche Berichte oder Nachweise anfordern.

Wir werden die Berichte prüfen und das mögliche Bestehen einer vollständigen und dauerhaften Invalidität für die Ausübung des gewohnheitsmäßigen Berufs bewerten.

Bei Meinungsverschiedenheiten und wenn es zwischen den beiden Parteien zu keiner Einigung kommt, sind beide verpflichtet, sich nach dem mit Artikel 38 des Versicherungstragsgesetzes vorgesehenen Verfahren einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

Mit Wirkung auf diese zusätzliche Versicherung gilt als Inkrafttretungsdatum für die Leistung für vollständige und dauerhafte Berufsunfähigkeit das Datum der Entscheidung der Sozialversicherungsanstalt oder ersatzweise unseres medizinischen Dienstes.

Wir behalten uns das Recht vor, jederzeit den Gesundheitszustand des Versicherten von einem von uns gewählten Arzt überprüfen zu lassen.

ARTIKEL 3. AUSSCHLÜSSE

Eine nach dem Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte 70 Jahre alt wird, eingetretene Invalidität ist von der Deckung dieses Risikos ausgeschlossen.

Ebenso wird jede Invalidität , die durch selbst verursachten Schaden entstanden ist, von dieser Deckung ausgeschlossen. Im Falle eines erneuten Inkrafttretens des Vertrags oder einer Kapitalerhöhung würden wir das gleiche Kriterium anwenden.

Die Zusatzversicherung endet mit Beendigung der Hauptversicherung.

SCHADENSERSATZKLAUSEL DES RÜCKVERSICHERUNGSKONSORTIUMS FÜR VERLUSTE INFOLGE AUSSERORDENTLICHER EREIGNISSE BEI PERSONENVERSICHERUNGEN

Gemäß der Neufassung des Rechtsstatus des Rückversicherungskonsortiums, genehmigt durch die Kgl. Verordnung 7 vom 29. Oktober 2004 hat der Versicherungsnehmer eines Versicherungsvertrages, bei dem laut Gesetz ein Zusatzbetrag zugunsten einer solchen Körperschaft öffentlichen Rechts erhoben werden muss, die Möglichkeit, die Deckung von ausserordentlichen Risiken mit jedweder Versicherungsgesellschaft abzuschließen, von der die von der gültigen Gesetzgebung geforderten Bedingungen erfüllt werden.

Von dem Rückversicherungskonsortium wird Schadenersatz geleistet für Schadensfälle, die als Folge von außerordentlichen Ereignissen in Spanien oder im Ausland hervorgerufen werden und die dort vorhandenen Risiken betreffen, sowie von Personen für im Ausland eingetretene Schadensfälle, vorausgesetzt, dass der Versicherte seinen ständigen Wohnsitz in Spanien hat und von dem Versicherungsnehmer die erwähnten Zusatzbeträge gezahlt worden sind. Die Leistung wird erbracht, wenn eine der folgenden Situationen eintritt bzw. besteht:

- a) Das vom Rückversicherungskonsortium gedeckte außerordentliche Risiko ist nicht durch die mit der Versicherungsgesellschaft abgeschlossene Police gedeckt.
- b) Das außerordentliche Risiko wird durch die Versicherungspolice zwar gedeckt, aber die Versicherungsgesellschaft kann ihrer Zahlungspflicht nicht nachkommen, weil sie offiziell Konkurs angemeldet hat oder weil ein Liquidationsverfahren gegen sie läuft bzw. sie vom Liquidationsausschuss des Rückversicherungskonsortiums übernommen worden ist.

Das Rückversicherungskonsortium handelt gemäß der erwähnten Rechtsverordnung, des Versicherungsvertragsgesetzes 50 vom 8. Oktober 1980, der Verordnung über außerordentliche Risiken, genehmigt durch die Kgl. Verordnung 300 vom 20. Februar 2004 und sonstiger Zusatzverordnungen.

ZUSAMMENFASSUNG DER GESETZESVORSCHRIFTEN

1. Gedeckte außerordentliche Ereignisse

- a) Die folgenden Naturphänomene: Erd- und Seebeben, Überschwemmungen außerordentlichen Ausmaßes (einschließlich Seeschlag), Vulkanausbrüche, anormale zyklonische Stürme (einschließlich Windböen außerordentlichen Ausmaßes von über 120 km/h und Tornados) und Aufprall von Meteoriten.
- b) Ereignisse in Zusammenhang mit Terrorismus, Aufständen, Meutereien und Volkstumulen.
- c) Eingreifen von bewaffneten Streit- und Sicherheitskräften in Friedenszeiten

Die atmosphärischen und seismischen Phänomene, die Vulkanausbrüche und der Einschlag von Meteoriten und Himmelskörpern werden auf Antrag des Rückversicherungskonsortiums mit von der staatlichen Wetteragentur (AEMET), dem Nationalen Institut für Geografie und sonstigen zuständigen öffentlichen Stellen ausgestellten Berichten nachgewiesen. Bei politischen oder sozialen Ereignissen, und wenn die Schäden durch Handlungen und Verhaltens-

weisen von Streitkräften oder Sicherheitskräften und –körpern in Friedenszeiten verursacht wurden, kann von dem Rückversicherungskonsortium bei den zuständigen Gerichten und Verwaltungsbehörden entsprechende Information über die Vorkommnisse angefordert werden.

2. Ausgeschlossene Risiken

- a) Risiken, für die laut Versicherungsvertragsgesetz kein Schadenersatz gezahlt werden muss.
- b) Personenschäden, die durch einen Versicherungsvertrag gedeckt sind, bei dem eine Zusatzquote für das Rückversicherungskonsortium nicht obligatorisch ist.
- c) Schäden, die durch bewaffnete Konflikte entstehen, selbst, wenn keine offizielle Kriegserklärung vorangegangen ist.
- d) Schäden, die durch Kernenergie hervorgerufen werden, unbeschadet der Ausführungen des Gesetzes 12 vom 27. Mai 2011 über Haftpflicht für nukleare Schäden oder radioaktives Material.
- e) Schäden, die durch klimatische Bedingungen entstehen, die nicht zu den im Art. 1 a) genannten atmosphärischen Phänomenen zählen, und insbesondere diejenigen, die durch Ansteigen des Grundwasserspiegels, Hangbewegungen, Erdbeben, Steinschlag oder ähnliche Phänomene hervorgerufen werden, außer diese entstehen nachweislich durch Regenwasser, durch das in der betreffenden Gegend eine Überschwemmung außerordentlichen Ausmaßes hervorgerufen worden ist, die sich zeitgleich zu der genannten Überschwemmung ergeben hat.
- f) Schäden, die sich durch Tumulte bei Versammlungen und Demonstrationen hervorgerufen werden, die gemäß dem Verfassungsgesetz 9 vom 15. Juli 1983 über Versammlungsfreiheit abgehalten werden, sowie diejenigen, die bei gesetzlich zugelassenem Streik entstehen, ausgenommen, die genannten Ereignisse können gemäß Art. 1 b) des Rechtsstatus über außerordentliche Risiken als außerordentliches Ereignis angesehen werden.
- g) Schäden, die durch Unredlichkeit des Versicherten entstehen.
- h) Schäden, die vor Zahlung der ersten Prämie entstehen oder in der Zeit, in der gemäß dem Versicherungsvertragsgesetz die Schadensdeckung seitens des Rückversicherungskonsortiums ausgesetzt ist, oder der Vertrag wegen Nichtzahlung der Prämie erloschen ist.
- i) Diejenigen Schäden, die auf Grund ihres Ausmaßes von der Landesregierung als nationale Katastrophe oder als Notstand angesehen werden.

3. Deckungserweiterung

- a) In der Deckung für außerordentliche Risiken sind die gleichen Personen und Sachwerte und Versicherungssummen eingeschlossen wie sie auch mit Wirkung auf die ordentlichen Risiken abgeschlossen wurden.
- b) Bei Policen einer Lebensversicherung, bei denen sich gemäß den Vertragsbedingungen und den Vorschriften für Privatversicherungen eine mathematische Rückstellung ergibt, bezieht sich die vom Rückversicherungskonsortium geleistete Deckung auf das Risikokapital für jeden einzelnen Versicherten, d.h., auf die Differenz der Versicherungssumme und der mathematischen Rücklage, welche die ausgebende Versicherungsgesellschaft gemäß den genannten Regelungen festgelegt haben muss.

SCHADENSMELDUNG AN DAS RÜCKVERSICHERUNGSKONSORTIUM

- a) Der Antrag auf Schadenersatz für Schäden, deren Deckung von dem Rückversicherungskonsortium zu leisten ist, wird von dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten oder dem Berechtigten der Police oder demjenigen vorgenommen, der im Auftrag und auf Rechnung der Vorgenannten handelt. Er kann gleichermaßen von der Versicherungsgesellschaft oder dem an dem Abschluss der Police beteiligten Versicherungsvermittler gestellt werden.
- b) Zur Schadensmeldung und Information über die Abwicklung und den Stand der Bearbeitung des Schadensfalls stehen folgende Möglichkeiten zur Auswahl:
 - Call-Center des Rückversicherungskonsortiums (900 222 665 oder 952 367 042)
 - Web des Rückversicherungskonsortiums (www.consorseguros.es).
- c) Schadensbemessung: Die Bemessung der Schäden, für die gemäß Versicherungsgesetzgebung und Police Deckung zu leisten ist, wird von dem Rückversicherungskonsortium vorgenommen, wobei es nicht an die Schadensbemessung gebunden ist, die ggf. von der Versicherungsgesellschaft für normale Risiken geleistet werden würde.
- d) Zahlung der Entschädigung: Die Zahlung der Entschädigung wird von dem Rückversicherungskonsortium an den Berechtigten der Versicherung per Banküberweisung vorgenommen.

Diese Allgemeinen Bedingungen, die dem Versicherungsnehmer gemeinsam mit den Sonderbedingungen ausgehändigt werden, stellen den vorliegenden Vertrag dar und haben gesondert keine Gültigkeit oder Wirkung.

**Zurich Vida, Compañía de Seguros
y Reaseguros, S.A. - Sociedad Unipersonal -**

Paseo de la Castellana, 81, planta 22,
28046 Madrid

Handelsregister von Madrid, Band 16.325,
Buch 0, Blatt 189, Abschnitt 8, Seite M-126243,
131. Eintragung

Mit Geschäftssitz in: Paseo de la Castellana, 81,
planta 22, 28046 Madrid. CIF: A-08168213

www.zurich.es

 ZurichSegurosES

 @zurichseguros



Las marcas comerciales que
aparecen están registradas a
nombre de Zurich Insurance
Company Ltd en muchas
jurisdicciones de todo el mundo.

