

# Condiciones generales de seguro (CGS-V) para el seguro de gastos de enfermedad y dietas hospitalarias en viajes

## 1ª parte: Condiciones generales

### Art. 1 Objeto, alcance y ámbito de vigencia de la protección del seguro

- (1) El asegurador proporcionará protección en caso de enfermedad, accidentes y otras circunstancias especificadas en el contrato. En el supuesto de siniestros imprevisibles ocurridos en el extranjero, éste restituirá los gastos que se originen por concepto de tratamiento médico, proporcionando además las prestaciones establecidas.
- (2) La cobertura por siniestro incluirá el tratamiento médico necesario proporcionado a una persona asegurada a resultas de enfermedad o de las consecuencias de un accidente. La cobertura por siniestro se iniciará con el tratamiento médico y finalizará en el momento en que ya no exista necesidad de tratamiento según examen médico. La muerte también está incluida en la protección del seguro
- (3) El alcance de la protección del seguro se infiere de la póliza del seguro, de acuerdos posteriores estipulados por escrito, de las presentes condiciones del seguro así como de las prescripciones legales vigentes en la República Federal de Alemania.
- (4) El territorio nacional en que la persona asegurada posea una residencia habitual o ejerza su profesión permanentemente no será considerado como territorio extranjero.
- (5) Las personas elegibles para ser aseguradas serán aquellas hasta la edad máxima establecida en la tarifa y que viajen al extranjero de forma temporal. La capacidad de incluirse en el seguro para aquellos extranjeros que entren en la República Federal de Alemania, será regulada según condiciones particulares.

### Art. 2 Comienzo de la protección del seguro

- (1) La protección del seguro comienza en la fecha acordada (comienzo del seguro), pero no antes de la firma del contrato de seguro, no antes del pago de la cuota y no antes de traspasar las fronteras y salir al extranjero. El pago de la cuota equivale al otorgamiento de una autorización para el cobro ejecutable.
- (2) Los viajes al extranjero cuya partida desde la RFA fuese anterior al día de comienzo del seguro están excluidos de la protección del seguro.
- (3) No se cubrirán los siniestros acaecidos antes del comienzo de la protección del seguro (por ejemplo enfermedades que requiriesen tratamiento ya antes del comienzo del viaje).

### Art. 3 Firma y duración del contrato de seguro

- (1) El contrato de seguro se lleva a efecto al aceptar el asegurador una solicitud de seguro. La solicitud de seguro debe presentarse por medio del formulario previsto para ello. La aceptación de la solicitud de seguro se expresa mediante la entrega de la póliza de seguro. Si el seguro se solicita por medio del impreso de pago previsto para ello por el asegurador, el contrato se considerará llevado a efecto, bajo reserva de la recepción por parte del asegurador de la solicitud debidamente cumplimentada, desde el día del pago de la cuota (es determinante el sello con la fecha de Correos, de la entidad financiera o del organismo contable). El justificante de pago emitido por cualquiera de estos lugares de pago actuará como póliza de seguro.
- (2) Si el tomador del seguro indica la cuota incorrectamente en la solicitud de seguro según la tarifa vigente, al pagar la cuota en un sistema de débito directo (art. 8 párr. (2)), la solicitud de seguro se considerará presentada con la cuota según la tarifa.
- (3) La duración del contrato de seguro se infiere de la tarifa. La muerte de una persona asegurada marca la finalización de la relación de seguro con esa persona. Si muere el tomador del seguro, la relación de seguro continúa para las otras personas eventualmente coaseguradas.

### Art. 4 Alcance del deber de prestación

- (1) La persona asegurada tiene derecho a elegir libremente entre los médicos y dentistas autorizados para su tratamiento.
- (2) Los medicamentos, remedios y materiales de vendaje sólo serán reembolsables cuando sean recetados por los facultativos mencionados en el párr. 1.
- (3) Cuando sea necesario el ingreso hospitalario, la persona asegurada podrá elegir libremente entre los hospitales que estén bajo dirección médica continua, cuenten con suficientes recursos diagnósticos y terapéuticos, trabajen según métodos científicos (véase párr. 5) y elaboren historiales médicos.
- (4) El tipo y la cuantía de las prestaciones del seguro se infieren de la tarifa. Si está previsto el reembolso de los gastos de regreso o de traslado, se aplicará lo siguiente:
  - a) El regreso de un enfermo deberá ser médicamente necesario, ordenado por un médico y por principio se realizará con destino al lugar de residencia indicado al comienzo del contrato de seguro o al hospital adecuado más cercano a dicho lugar de residencia.
  - b) Los gastos de traslado son los gastos inmediatos del traslado de una persona fallecida durante el viaje al lugar de residencia indicado al comienzo del contrato de seguro. En lugar de los gastos de traslado, el asegurador podrá hacerse cargo de los gastos de entierro en el extranjero hasta llegar al importe estipulado en las tarifas para los gastos de traslado. Los gastos de traslado y de entierro no son reembolsables en caso de que los gastos de tratamiento de la enfermedad / del accidente origen del fallecimiento no sean o hubiesen sido reembolsables.
- (5) El asegurador cubrirá dentro del alcance estipulado en el contrato los métodos de examen o tratamiento y los medicamentos mayoritariamente reconocidos por la comunidad médica en el país de estancia o en la República Federal de Alemania. Cubrirá además aquellos métodos o medicamentos que se hayan acreditado en la práctica como igualmente prometedores o que se apliquen ante la ausencia de métodos o medicamentos de la medicina académica disponibles; no obstante, el asegurador podrá rebajar su prestación hasta el importe que hubiera resultado de la aplicación de métodos o medicamentos de la medicina académica.

### Art. 5 Limitaciones al deber de prestación

- (1) No habrá deber de prestación
  - a) para las enfermedades y consecuencias de accidentes para cuyo tratamiento se realice el viaje, ni para tratamientos que al comenzar el viaje estuviesen fijados para su realización planificada durante el viaje, salvo que el viaje se realizara por muerte del cónyuge o de un pariente de primer grado;
  - b) para enfermedades / accidentes ocasionados por hechos de guerra o participaciones en disturbios internos, incluyendo sus consecuencias o el fallecimiento;
  - c) para enfermedades y accidentes producto de la intencionalidad del paciente, incluyendo sus consecuencias, así como los tratamientos de desintoxicación y deshabitación;
  - d) para el tratamiento de trastornos y enfermedades mentales, incluyendo la hipnosis y la psicoterapia;
  - e) para el examen y tratamiento de embarazo, parto, aborto e interrupción del embarazo, incluyendo sus consecuencias. Se reembolsarán no obstante los gastos cuando sea necesaria la atención médica en un país extranjero en caso de complicaciones agudas en el embarazo, incluyendo el aborto;
  - f) para prótesis dentales, incluyendo coronas y ortopedia maxilar;
  - g) para accesorios médicos;
  - h) para tratamiento en balnearios y sanatorios, ni para medidas de rehabilitación;
  - i) para tratamiento ambulatorio en un balneario o estación termal. La limitación queda anulada si durante una estancia temporal es necesario un tratamiento a causa de una enfermedad independiente del motivo de la estancia o de un accidente allí acaecido;
  - j) - se anula -
  - k) para tratamientos a cargo de cónyuges, padres o hijos. Se reembolsarán los gastos materiales;
  - l) para un internamiento motivado por necesidad de cuidados o custodia;
  - m) para tratamientos contra la esterilidad y de fertilización artificial.
- (2) Si un tratamiento médico o medida de otro tipo para los cuales se ha acordado una prestación sobrepasa los límites médicamente necesarios o no se ajusta al reembolso exigido, el asegurador podrá rebajar sus prestaciones hasta un importe razonable.
- (3) Si se tiene derecho a prestación por parte de la Seguridad Social en materia de enfermedad, accidentes o pensiones, a asistencia sanitaria pública para enfermedad o accidentes, el asegurador sólo estará obligado a cubrir los gastos que no cubran las prestaciones públicas mencionadas.

### Art. 6 Pago de las prestaciones del seguro; comprobantes exigidos

- (1) El asegurador sólo estará obligado a prestación cuando se presenten las facturas originales y los comprobantes exigidos; éstos quedarán en propiedad del asegurador. Si los justificantes originales hubieran sido ya presentados a otro asegurador (por ejemplo los mencionados en el art. 5 párr. 3) para su reembolso, bastarán copias de las facturas, siempre que el otro asegurador haya hecho constar en ellas la prestación del reembolso por su parte.
- (2) Todos los justificantes deben incluir el apellido del facultativo, el nombre, apellidos y fecha de nacimiento de la persona tratada y la designación de la enfermedad con los datos del tratamiento; en las recetas debe estar claramente expresado el medicamento prescrito, su precio y la nota de recibo. En caso de tratamiento dental, los justificantes deberán incluir la designación de las piezas dentales tratadas y el tratamiento realizado en ellas. Deberán justificarse las prestaciones (o el rechazo de las mismas) por parte de los aseguradores mencionados en el art. 5 párr. 3.
- (3) Para justificar un regreso necesario desde el punto de vista médico es necesario presentar un certificado médico que exponga dicha necesidad médica.
- (4) Para el reembolso de los gastos de traslado o de entierro es necesario presentar un certificado médico u oficial de la causa del fallecimiento.

- (5) El asegurador tiene derecho a emitir justificantes reglamentarios para el portador o expedidor, salvo que tenga dudas fundadas acerca de la legitimidad de dicho portador o expedidor.
- (6) Los gastos en moneda extranjera serán convertidos en euros al cambio actual del día de entrada de los comprobantes en el asegurador. Se considera cambio del día el cambio oficial del euro del Banco Central Europeo. Para las monedas no convertibles que no cuenten con cambios de referencia se aplicará el cambio según la "estadística de la cotización de divisas" publicada por el Banco Federal de Alemania, en Francfort del Meno, de acuerdo con la última actualización disponible, salvo que la persona asegurada demuestre mediante justificante bancario que las divisas necesarias para el pago de las facturas fueron adquiridas a un cambio más desfavorable.
- (7) Los gastos de transferencia de las prestaciones del seguro al extranjero o de formas especiales de envío de dinero escogidas por indicación del tomador del seguro pueden deducirse de la prestación del seguro.
- (8) Los derechos a prestación del seguro no pueden ser cedidos ni pignorados.
- (9) Por lo demás, las condiciones para la exigibilidad de las prestaciones del asegurador se infieren del art. 11 párr. del 1 al 3 de la ley de contrato de seguro (LCS; véase anexo).

---

**Art. 7 Finalización de la protección del seguro**

- (1) La protección del seguro finaliza, incluso para los siniestros pendientes de resolución, en la fecha acordada, a lo más tardar al finalizar el viaje.
- (2) Si por motivos médicos no es posible el regreso hasta después de la fecha acordada, el deber de prestación para siniestros compensables se prolonga más allá de la fecha acordada hasta que vuelva a ser posible el regreso. Si, estando de nuevo en condiciones de regresar, la persona asegurada rechaza un regreso justificable y razonable desde el punto de vista médico, el deber de prestación del asegurador finaliza en el día de dicho rechazo por parte de la persona asegurada.

---

**Art. 8 Pago de la cuota**

- (1) La cuota es un importe único. Se infiere de la tarifa y debe pagarse a lo más tardar al firmarse el contrato del seguro.
- (2) La tarifa puede ordenar el pago de la cuota por el sistema de débito directo. El pago de la cuota se considerará entonces la concesión legal de la autorización de débito, cuando posteriormente el asegurador pueda cargar en cuenta el importe.

---

**Art. 8a Ajuste de la cuota**

En el marco de las prestaciones contractuales, las prestaciones del asegurador pueden variar, por ejemplo por aumentos en los gastos de tratamiento médico o por una utilización más frecuente de las atenciones médicas. En correspondencia, el asegurador compara al menos una vez al año las prestaciones del seguro necesarias con las obtenidas con los fundamentos técnicos de cálculo. Si esta comparación llevara a la necesidad de ajustar las cuotas, éstas serán adaptadas al comienzo del segundo mes siguiente a la notificación al tomador del seguro en el marco de un reajuste. En caso de aumento de la cuota, el tomador del seguro podrá rescindir con carácter extraordinario la relación de seguro hasta el momento de entrada en vigor del ajuste.

---

**Art. 8b Modificaciones en las condiciones generales de seguro**

- (1) Las condiciones generales de seguro pueden modificarse, con efecto sobre la relación de seguro existente, incluso para el periodo aún no transcurrido del año tomador del seguro (véase tarifa), cuando la modificación se antoje necesaria para proteger debidamente los intereses del tomador del seguro
  - a) en caso de cambio no transitorio de sus condiciones de salud,
  - b) en caso de invalidez judicialmente establecida de determinadas condiciones, cuya sustitución por otras sea necesaria para continuar el cumplimiento del contrato,
  - c) en caso de cambios en las leyes sobre las cuales se basan las estipulaciones del contrato de seguro,
  - d) en caso de cambios en la jurisprudencia del máximo nivel jurisdiccional, de la práctica administrativa de la administración federal de control de servicios financieros o de la autoridad cartelaria que afecten directamente al contrato de seguro. En relación con las letras c) y d) sólo estará permitida una modificación en la medida en que afecte a los art. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14 párr. 2 de las CGS-V.
- (2) Las nuevas condiciones deberán corresponderse lo más posible, legal y económicamente, con las sustituidas. No deberán perjudicar al tomador del seguro, aun respetando la interpretación anterior desde el punto de vista legal y económico.
- (3) Las modificaciones en virtud del párrafo 1 se harán efectivas al comienzo del segundo mes siguiente a la notificación al tomador del seguro.
- (4) En caso de reajuste de las condiciones, el tomador del seguro podrá rescindir con carácter extraordinario la relación de seguro hasta el momento de entrada en vigor del ajuste.

---

**Art. 9 Obligaciones**

- (1) El tomador del seguro deberá presentar todos los comprobantes a lo más tardar hasta el final del tercer mes después de concluido el viaje, todo tratamiento hospitalario deberá notificarse dentro de los 10 días siguientes a su comienzo.
- (2) El tomador del seguro deberá proporcionar a petición del asegurador todas las informaciones necesarias para establecer la ocurrencia del riesgo o el deber de prestación del asegurador y su alcance.
- (3) A petición del asegurador, la persona asegurada está obligada a someterse a un examen a cargo de un médico comisionado por el asegurador.
- (4) Además, la persona asegurada está obligada a permitir al asegurador la obtención de las informaciones necesarias (en especial, liberando a los facultativos del deber de confidencialidad).

---

**Art. 10 Consecuencias de las vulneraciones de las obligaciones**

El asegurador quedará liberado del deber de prestación con la limitación prescrita en el art. 6 párr. 3 de la ley de contrato de seguro (LCS; véase anexo) si se vulnera alguna de las obligaciones mencionadas en el art. 9. Los conocimientos y culpas de la persona asegurada tienen la misma consideración que los conocimientos y culpas del tomador del seguro.

---

**Art. 11 Derechos frente a terceros**

Si el tomador del seguro o una persona asegurada tiene derecho a indemnización frente a terceros de tipo ajeno a los seguros, tendrá la obligación, sin perjuicio de las estipulaciones legales sobre traspaso de crédito según el art. 67 de la ley de contrato de seguro (LCS; véase anexo), de ceder por escrito estos derechos al asegurador hasta el importe de los gastos reembolsados en virtud del contrato de seguro. Si el tomador del seguro o una persona asegurada renuncia a un derecho como el descrito o a una prerrogativa para poder ejercer su derecho sin la aprobación del asegurador, éste quedará liberado del deber de prestación en la medida en que hubiera podido obtener compensación mediante los mencionados derecho o prerrogativa.

---

**Art. 12 Compensación**

El tomador del seguro podrá compensar su deuda con el asegurador únicamente en la medida en que su contracrédito sea indiscutido o judicialmente establecido.

---

**Art. 13 Declaraciones de voluntad y avisos**

Cualquier declaración de voluntad o aviso hacia el asegurador deberá ser por escrito. Los agentes de seguros no están autorizados para recibirlos.

---

**Art. 14 Plazo de interposición de demanda / fuero competente**

- (1) Si el asegurador declina realizar las prestaciones del seguro por motivos cualitativos o cuantitativos, estará libre del deber de prestación si el tomador del seguro no hace valer judicialmente sus derechos en el plazo de 6 meses. Este plazo comienza después de que el asegurador decline por escrito realizar una prestación indicando las consecuencias jurídicas relacionadas con el vencimiento del plazo.
- (2) Las denuncias contra el asegurador pueden presentarse ante el juzgado de la localidad del domicilio social del asegurador o ante el juzgado de la localidad donde en el momento de la gestión el agente de seguros tuviera una sucursal o, en defecto de ella, su domicilio social.

## Extracto de la ley de contrato de seguro (LCS)

### Art. 6

- (3) Si se ha acordado, en caso de vulneración de una obligación, liberar al asegurador del deber de prestación después de producirse un siniestro, las consecuencias jurídicas acordadas no se producirán cuando la vulneración no sea intencionada ni causada por negligencia grave. En caso de negligencia grave, el asegurador seguirá estando obligado a la prestación en la medida en que la vulneración no tenga influencia sobre la determinación de la ocurrencia del riesgo ni sobre la determinación ni el alcance de las prestaciones obligadas por parte del asegurador.

### Art. 11

- (1) Las prestaciones monetarias serán pagaderas al finalizar la investigación necesaria para determinar la ocurrencia del riesgo y el alcance de la prestación.
- (2) Si estas investigaciones no han concluido un mes después de notificado el siniestro, el tomador del seguro podrá exigir pagos parciales a descontar del total reclamado por el importe mínimo a pagar por el asegurador según el estado de cosas.
- (3) El vencimiento del plazo queda en suspenso mientras no sea posible finalizar las investigaciones por causas achacables al tomador del seguro.

### Art. 62

- (1) El tomador del seguro está obligado al producirse el siniestro, en la medida de lo posible, a procurar evitar y reducir los daños siguiendo para ello las instrucciones del asegurador; cuando las circunstancias lo permitan, deberá solicitar dichas instrucciones. Si hay involucrados diversos aseguradores y recibe de ellos instrucciones contradictorias, el tomador del seguro deberá actuar debidamente según su propio criterio.
- (2) Si el tomador del seguro vulnera estas obligaciones, el asegurador queda libre del deber de prestación, a menos que la vulneración no sea intencionada ni causada por negligencia grave. En caso de negligencia grave, el asegurador seguirá estando obligado a la prestación en la medida en que el alcance de los daños no hubiese sido menor en caso de cumplirse debidamente las obligaciones

### Art. 67

- (1) Si el tomador del seguro posee un derecho de indemnización por daños frente a un tercero, este derecho será cedido al asegurador en la medida en que sea éste el que indemnice al tomador del seguro por los daños. Esta cesión no podrá hacerse efectiva en detrimento del tomador del seguro. Si el tomador del seguro renuncia a su derecho frente al tercero o a una prerrogativa para poder ejercer su derecho, el asegurador quedará liberado del deber de prestación en la medida en que hubiera podido obtener compensación mediante los mencionados derecho o prerrogativa.
- (2) Si el derecho a indemnización del tomador del seguro se da frente a un pariente vivo residente en la misma casa, la cesión no podrá producirse; sí se producirá dicha cesión cuando el pariente haya causado el daño intencionadamente.

# Hoja de instrucciones para procesamiento de datos

## Nota preliminar

Actualmente, las compañías de seguros sólo pueden realizar sus tareas con la ayuda del procesamiento electrónico de datos (EDP). Solo se pueden tratar las relaciones contractuales de esta manera, rápida y económica. Comparado con el procedimiento manual previo, el EDP suministra a la comunidad aseguradora mejor protección contra prácticas injustas. El procesamiento de sus datos personales que se nos transmiten está regido por la *Bundesdatenschutzgesetz* [Ley federal de protección de datos (BDSG)]. En los términos de esta ley, el procesamiento y utilización de estos datos es posible si lo permite la BDSG o cualquier otra disposición legal similar, o si la parte implicada ha dado su autorización para ello. La BDSG permite invariablemente el procesamiento y utilización de datos si esto se realiza dentro del objeto de una relación contractual o de una relación confidencial similar a la de un contrato, o en la medida en que esto se requiera para el cumplimiento de los intereses justificados de quien controla el archivo y si no hay bases para suponer que los intereses de las partes implicadas que merecen protección tienen precedencia sobre la exclusión de procesamiento o utilización.

## Declaración de conformidad

Independientemente de esta consideración de intereses que debe realizarse en cada caso individual y con respecto a una base legal segura para el procesamiento de datos, se incluye una declaración de consentimiento en su solicitud de acuerdo con la BDSG. Esto será efectivo más allá de la finalización del contrato de seguro, pero terminará ya al rechazar la solicitud o debido a su revocación, que es posible en cualquier momento pero está sujeta a los principios de lealtad y buena fe. Si se retirara la declaración de consentimiento en todo o en parte presentando la solicitud, es posible que no se lleve a cabo una conclusión del contrato. Pese a la revocación o a una declaración de consentimiento retirada en todo o en parte, el procesamiento o utilización de los datos puede seguir dentro del marco legal limitado, como se especifica anteriormente en la nota preliminar.

## I. Almacenamiento de datos mediante su asegurador

Almacenamos los datos requeridos por el contrato de seguro, es decir, los detalles mencionados en su solicitud (datos de la solicitud). Más aún, los datos actuariales del contrato, como el número de referencia del cliente (número de referencia del asociado), la suma del seguro, la duración del seguro, la prima, la conexión bancaria así como, de ser necesario, los detalles de un tercero, como sería un agente o un experto (datos contractuales). En caso de que ocurra un evento asegurado, guardamos los detalles sobre el daño suministrados por usted y, si fuera necesario, también los detalles suministrados por terceros, como serían las opiniones presentadas por expertos.

## II. Transmisión de datos a un reasegurador

En el interés de su persona asegurada, el asegurador invariablemente considerará una igualación de los riesgos que ha asumido. Por tanto, cedemos parte de los riesgos a un reasegurador nacional y extranjero en muchos casos. Estos reaseguradores requieren datos actuariales pertinentes de nosotros, como el número de referencia del seguro, la prima, el tipo de cobertura de seguro y riesgo, y la carga de primas por riesgos desusados y, en casos individuales, también sus datos personales. En la medida en que haya reaseguradores implicados en la evaluación de riesgos y daños, también se les suministrarán los documentos necesarios para este objetivo. En algunos casos, los reaseguradores empleando los servicios de otros reaseguradores a los que también les suministran los datos necesarios.

## III. Transmisión de datos a otros aseguradores

Según la ley de contratos de seguros, al presentar su solicitud, en cada alteración contractual y en cada reclamación, la persona asegurada debe presentar al asegurador todas las circunstancias requeridas para la evaluación del riesgo y la liquidación del daño. Incluidos en esto están, por ejemplo, eventos asegurados o divulgaciones sobre otros seguros similares (que se hayan solicitado, existentes, rehusados o cancelados). Para evitar el abuso del seguro, para aclarar posibles contradicciones en las declaraciones de la persona asegurada o para cubrir omisiones en las declaraciones suministradas sobre los daños en que se haya incurrido, puede ser necesario pedir información a otros aseguradores o suministrar la información respectiva a solicitud de otros.

De otra forma, un intercambio de datos entre aseguradores puede hacerse necesario en casos individuales (doble seguro, transferencia de una reclamación ipso jure, acuerdo de reparto de pérdidas). En este proceso, se transmitirán los datos pertenecientes a la parte implicada, como su nombre y dirección, número de registro del vehículo, tipo de cobertura de seguro y riesgo o detalles referentes al daño, como la medida del daño o pérdida o la fecha de los mismos.

Ejemplo para un asegurador de la propiedad:

El registro del daño y las personas en caso de incendio intencionado o si el contrato se da por terminado a causa de sospechas de abuso del seguro y se alcanzan ciertas cantidades en pérdidas.

Objetivo:

Examen de riesgos, investigación de reclamaciones, prevención de abusos posteriores

## IV. Sistemas centrales de referencia

Al examinar una solicitud o pérdida, para evaluar el riesgo implicado o para aclarar la declaración de asuntos, o para evitar el abuso del seguro, puede hacerse necesario abordar averiguaciones con la asociación comercial responsable u otros aseguradores o para responder a las averiguaciones respectivas de otros aseguradores. Para este efecto, las asociaciones comerciales tienen sistemas de referencia centrales.

La *Verband der Schadenversicherer* [Asociación de aseguradores contra pérdidas o daños] (unión de las antiguas asociaciones: *Verband der Haftpflichtversicherer* [Asociación de aseguradores de responsabilidad legal], *Unfallversicherer* [Aseguradores contra accidentes], *Autoversicherer* [Aseguradores de automóviles] y *Rechtsschutzversicherer* [Aseguradores de gastos legales] – Asociación HUK – *Verband der Sachversicherer* [Asociación de aseguradores de la propiedad], *Deutscher Transport-Versicherungs-Verband* [Asociación alemana de seguros de transporte]) también tiene un sistema de información de este tipo.

El registro en este sistema de referencias y su posterior utilización sólo es posible para objetivos que puedan obtenerse por medio de este sistema, es decir, sólo en la medida en que se den determinados prerrequisitos.

Ejemplo para un asegurador de la propiedad:

Negativa a la indemnización debido a una violación intencional de garantía en caso de daños o pérdida.

Objetivo:

Examen de riesgos y detección de abuso del seguro.

## Declaración de consentimiento referente a la protección de datos en solicitudes de seguro

“Otorgo mi consentimiento para que el Asegurador y sus compañías de prestación de servicios transmitan los datos resultantes de la documentación de la oferta o de la realización del contrato (primas, siniestros, modificaciones del riesgo/contrato), en la medida en que sea necesario, a reaseguradores para la evaluación del riesgo y para la liquidación del reaseguro, así como para la evaluación del riesgo y de las reclamaciones a otros seguros y/o al „Versicherungsverband“ [Asociación de Aseguradores] para la transmisión de estos datos a otros aseguradores. Este consentimiento es válido también independientemente de la formalización del contrato, así como para las debidas consideraciones en otras solicitudes de seguro y para solicitudes futuras.

Otorgo mi consentimiento, además, para que SITE oHG administre mis datos generales de solicitud, contrato y servicios en colecciones comunes de datos y los transmita a los agentes competentes para mí, en la medida que esto sirva para la realización reglamentaria de mis asuntos de seguro.

Los datos relativos a la salud sólo pueden ser transmitidos a aseguradores de personas y reaseguradores; pueden ser transmitidos a los agentes tan sólo en la medida en que esto sea necesario para la configuración del contrato.

Sin que esto influya en el contrato y de forma siempre revocable, otorgo, además, mi consentimiento para que el/los agente(s) de seguros pueda/puedan usar mis datos generales de solicitud, contrato y servicios para el asesoramiento y la asistencia también en otros servicios financieros.

Este consentimiento es válido sólo si he podido tomar conocimiento de la hoja de instrucciones para procesamiento de datos, que se me entregará junto con otras informaciones al consumidor legalmente previstas – sobre demanda, también en este mismo acto.”