

Alpenverein Weltweit Service

Dôležité doplňujúce informácie k hlásenia nákladov na záchranné práce, návrat do vlasti a liečebného ošetrovania!

Pro rychlou likvidaci pojistné události žádáme o dodržování následujících bodů:

Vyplnenie hlásenia škôd

Obe strany hlásenia škôd musia byť **kompletne** vyplnené.

Existencia ďalších poisťiek

S cieľom zachovať súčasnú podobu a podmienky poisťnej ochrany Alpenverein Weltweit Service skúmame možnosti zníženia nákladov prostredníctvom spolupoistenia.

Na to potrebujeme vašu pomoc.

- Uveďte existujúce súkromné zdravotné alebo úrazové poistenie, členstvo v združeních ÖSV, Naturfreunde, ÖAMTC alebo ARBÖ, ako aj kreditné karty a ich čísla. Ak sa vás žiadna z uvedených možností netýka, na príslušné otázky odpovedzte „nie“.

Predloženie faktúr za záchranu

- Poštou nám zašlite originálne faktúry za záchranu s prípadnými správami o zásahu.
- Tieto faktúry neplaťte – uhradíme ich priamo príslušnej záchrannej službe.
- Bezodkladne nám pošlite aj prípadné upomienky.
- Ak vlastníte kartu na lyžiarsky vlek Freizeitticket Tirol, priložte jej kópiu.

Predloženie faktúr za lekárske ošetrovanie

- Originálne faktúry najprv predložte sociálnej poisťovni. Po vykonaní úhrady zo strany sociálnej poisťovne nám pošlite potvrdenie o úhrade spolu s kópiou faktúry.
- Informujte nás, ktoré z predložených faktúr ste už zaplatili a ktoré ešte nie sú uhradené.

Toto nahlásenie škody treba vyplniť po nemecky alebo po anglicky. Preklady slúžia iba ako pomôcka. Hlásenia škody vyplnené v češtine žiaľ nemôže poisťovateľ prijať.



Táto zmluva predstavuje rakúsku zmluvu, na ktorú sa v každom prípade vzťahuje rakúske právo okrem rakúskych medzinárodných referenčných noriem.

Österreichischer Alpenverein, „ÖAV“ ani KNOX Versicherungsmanagement GmbH neručia za správnosť a obsah inej ako nemeckej verzie informácií uvedených na webovej stránke alebo v informačnom prospekte. V prípade výkladu je pre Österreichischer Alpenverein záväzná len originálna, nemecká verzia. Österreichischer Alpenverein ponúka preklady len ako službu pre svojich členov, nie sú však právne záväzné.

Na všetky zmluvy uzavreté s Österreichischer Alpenverein sa vzťahuje rakúske právo bez medzinárodných rakúskych referenčných noriem.

Hlásenia škôd aj s kompletnou dokumentáciou pošlite na túto adresu:

**KNOX Versicherungsmanagement GmbH
Bundesstraße 23
A - 6063 Rum**

Tel.: +43 (0) 512 23 83 00

Fax: +43 (0) 512 23 83 00-15

E-Mail: av-service@knox.co.at

Toto nahlásenie škody treba vyplniť po nemecky alebo po anglicky. Preklady slúžia iba ako pomôcka.
Hlásenia škody vyplnené v češtine žiaľ nemôže poisťovateľ prijať.

Hlásenia nákladov na záchranné práce, návrat do vlasti a liečebného ošetrovania: 000-1894-3432

Rodné meno a priezvisko poistenca | First name and surname of the person concerned

Tel. č. | Phone number

Email

Adresa trvalého bydliska | Permanent residence

Dátum narodenia | Date of birth

Povolanie | Profession

Členské číslo v ÖAV | ÖAV membership number

Dátum udalosti | Date of the incident

Čas | Time

Pri ceste do zahraničia (presný dátum cesty od – do) | In case of a journey abroad (exact travel dates: from-to)

Podrobný opis udalosti (povinné) | Precise description of the incident (obligatory)

(pri trekkingových túrach priložte opis trasy) | (in case of trekking tours, please enclose a route description):

Pri záchranných/pátracích akciách: | In case of rescue/search operations:

Kto upovedomil horskú záchrannú službu/vrtuľník? Ktorá organizácia vykonala záchranu? (Vrtuľník?) |

Who alerted the rescue team / helicopter? Name of the rescue team / helicopter?

Druh úrazu/ochorenia? | Nature of injury / illness

V ktorej zdravotnej poisťovni je dotknutá osoba poistená alebo spolupoistená? |

With which health insurer is the person affected insured or coinsured?

Má dotknutá osoba súkromné zdravotné poistenie? | Ano Ne Ak áno, aké? | If yes, which one?

Are there any private health insurances?

Poisťovňa | insurance company

Číslo poisťovnej zmluvy | policy number

Existuje soukromé úrazové pojištění?
Are there any private accident insurances?

Ano

Ne

Pokud ano, jaké? | If yes, which one?

Pojišťovna | insurance company

Číslo pojistky | policy number

Která policejní stanice nebo stanice záchranné služby událost zaznamenala? |

Which police station or rescue service has recorded the accident?

Je dotknutá osoba (povinné!) | Is the person concerned:

a) členom alebo podporujúcim členom horskej záchrannej služby? | Áno Nie

a member or supporting member of the Austrian mountain rescue system (ÖBRD)?

Uvedte názov organizácie a členské číslo | federation / membership number

b) členom združenia ÖSV, Naturfreunde, ÖAMTC, ARBÖ a pod.? | Áno Nie

a member of the Austrian Ski Federation, Friends of Nature, mobile, Motorcycle or Touring Club Uvedte číslo organizácie a členské číslo | federation / membership number

c) držiteľom kreditných kariet? | holder of credit cards such as VISA, Mastercard, etc.? Áno Nie

Číslo karty Karta (napr.: Visa, Mastercard) | card number / Card e.g. Visa card

d) držiteľom karty na lyžiarsky vlek Freizeitticket Tirol? | Áno Nie

holder of a ski-lift card called "Freizeitticket Tirol"?

Číslo karty | card number

e) držiteľom exkluzívneho doplnkového poistenia Alpenverein Premium-Jahresreiseschutz alebo Alpenverein Premium-Einzelreiseschutz? |

holder of Alpenverein-Premium-Single Trip Cover?

Áno Nie

Číslo zmluvy | policy number

f) Zaplatili ste už predložené faktúry? | Did you already pay the submitted invoices? Áno Nie

Ak áno, ktoré faktúry ste už zaplatili? | If yes, which of the submitted invoices?

Uvedte číslo svojho bankového účtu pre prípad poistného plnenia: | Please provide your bank details (IBAN and BIC):

Account number (IBAN)

BIC

Názov a adresa banky | Name and address of the bank

Vyhľadanie a súhlas so zhromažďovaním a spracovávaním údajov

Týmto vyjadrujem súhlas s tým, aby Generali Versicherung AG, KNOX Versicherungsmanagement GmbH a ich pridružené spoločnosti zhromažďovali a spracovávali moje osobné zdravotné údaje týkajúce sa predmetnej poistnej udalosti („citlivé údaje“) na účel vybavenia škodovej udalosti, štatistického prieskumu a posúdenia povinnosti zmluvného poistného plnenia.

Rozsah potrebných informácií

Potrebné informácie sú podrobné informácie od menovaných lekárov, nemocníc a iných zdravotníckych zariadení o ochoreniach, úrazoch, chorobných symptómoch, telesných defektoch a následkoch nehôd týkajúcich sa tejto konkrétnej poistnej udalosti, ktoré sú potrebné na posúdenie povinnosti plnenia. To zahŕňa aj zdravotnú dokumentáciu potrebnú na posúdenie povinnosti plnenia (informácie o dôvode hospitalizácie alebo ambulantného ošetrovania, o možných dôvodoch úrazu, o poskytnutej starostlivosti, o trvaní hospitalizácie alebo ošetrovania, ako aj o ukončení liečby a hospitalizácie; anamnéza aktuálnej liečby/hospitalizácie a informácie o stave, diagnostické nálezy, operačné záznamy, lekárske správy o postupe liečby, správy o prepustení, súdolekárske nálezy atď.), ako aj protokoly o zásahu a úradné protokoly. Ďalej splnomocňujem Generali Versicherung AG, KNOX Versicherungsmanagement GmbH a ich pridružené spoločnosti na nazeranie do všetkých úradných spisov týkajúcich sa tejto poistnej udalosti (polícia, súdy atď.). Zároveň súhlasím s tým, aby si poisťovateľ na účel posúdenia povinnosti plnenia v nutnom rozsahu vyžiadal od poskytovateľov sociálneho poistenia, verejných fondov na financovanie zdravotnej starostlivosti a súkromných poisťovní informácie (napr. so zreteľom na dvojité

poistenie) o osobnom poistení požadovanom, existujúcom alebo ukončenom v čase poistnej udalosti.

Dôsledky odvolania

Beriem na vedomie, že toto splnomocnenie môžem kedykoľvek odvolať. V prípade neskoršieho odvolania sa od okamihu odvolania ukončí akékoľvek zhromažďovanie, poskytovanie a vyhodnocovanie údajov. Beriem na vedomie, že v prípade odmietnutia alebo neskoršieho odvolania tohto súhlasu je poisťovateľ, resp. poisťovaná osoba/ý, sám zodpovedný za získanie údajov potrebných na posúdenie a splnenie nárokov vyplývajúcich z predmetnej poistnej udalosti a za ich predloženie poisťovateľovi a že dovtedy, kým poisťovateľ nezíská prístup k údajom potrebným na posúdenie povinnosti plnenia, nebudú platiť žiadne nároky na plnenie vyplývajúce z poistnej zmluvy. V prípade, že zhromažďovanie, poskytovanie alebo vyhodnocovanie už poskytnutých údajov je úplne alebo čiastočne nemožné, môže to viesť až k oslobodeniu poisťovateľa od poistného plnenia.

Zbavenie záväzku mlčanlivosti

Poisťovateľ, resp. poisťovaná osoba/ý vopred zbavuje/ú vyššie uvedené konzultované osoby lekárskeho a iných profesionálnych záväzkov mlčanlivosti v rozsahu tohto vyhlásenia o súhlase. Svojím podpisom potvrdzujem, že na uvedené otázky som odpovedal(a) úplne a pravdivo a že toto hlásenie o škode je správne. Beriem na vedomie, že uvedenie nepravdivých údajov v zmysle poistných podmienok, ktoré platia pre toto hlásenie o škode a poistnú udalosť, predstavujú porušenie povinností, ktoré môže viesť k strate mojich nárokov na poistné plnenie.

Miesto a dátum | Place and date

Podpis | Signature of the person insured

Hlásenia škôd pošlite na túto adresu: **KNOX Versicherungsmanagement GmbH, Bundesstraße 23, 6063 Rum**

KNOX Versicherungsmanagement GmbH
Bundesstraße 23
A-6063 Rum
Tel.: +43/(0)512/238300
Fax: +43/(0)512/238300-15
av-service@knox.co.at

Generali Versicherung AG
Landskroningasse 1-3
A-1010 Wien
Tel.: +43/(0)1/53401-0
Fax: +43/(0)1/5320949-11011
office.at@generali.com

Österreichischer Alpenverein
Olympiastraße 37
A-6020 Innsbruck
Tel.: +43/(0)512/59547
Fax: +43/(0)512/59547-50
office@alpenverein.at