



Alpenverein Weltweit Service

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 škôd z povinného poistenia Österreichischer Alpenverein/č. poisťovej zmluvy 2/81/39269171

Priezvisko, rodné meno, titul | Family name, first name, title

Povolanie | Profession

Dátum narodenia | Date of birth

Ulica, č. domu, PSČ, mesto | Street, building number, postcode, town

Číslo sekcie/členské číslo | Section/membership number

Členský príspevok zaplatený dňa | Membership fee paid on

Tel. číslo | Phone number

Email

Údaje o škodovej udalosti: | Information on the incident:

Miesto udalosti, krajina | Location of the incident, country

Dátum | Date of the incident

Čas | Time

Podrobný opis udalosti: | Precise description of the incident:

Úradný záznam | Officially recorded

Áno

Nie

Kde a proti komu sa vedie konanie? | Where and against who are there proceedings pending?

Údaje o poškodenom/žiadateli: | Details of the complainant / injured party:

Priezvisko, rodné meno, titul, ulica, číslo domu, PSČ, mesto / family name, first name, title, street, building number, postcode, town

Kto je vinníkom? | Who is to blame?

Vzťah k poškodenému/žiadateľovi: príbuzný, známy, cudzí? | Relationship to the complainant/ injured party: relative, acquaintance, stranger?

Škoda na majetku a/alebo zdraví | Property damage and/or personal injury:

Čo sa poškodilo?/K akým zraneniam došlo?/Aké požiadavky sú kladené? |

What is damaged? / What injuries were suffered? / What claims have been made?

Je uzavreté poistenie povinného ručenia alebo domácnosti u inej poisťovne? |

Are there any other party liability insurances with other insurance companies?

O Áno O Nie Ak áno, u akej spoločnosti? | If yes, at which company? _____

Číslo poisťnej zmluvy: | Policy number: _____

Iné poznámky: | Additional remarks:

Ja/my splnomocňujem(e) Generali Versicherung AG na nazeranie do všetkých úradných spisov týkajúcich sa predmetnej udalosti (polícia atď.) | I/we authorize Generali Versicherung AG to have access to all files held by the authorities (e.g. police) concerning this particular incident.

Vyhľadanie súhlasu 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 poisťnej udalosti („citlivé údaje“). Na účel vybavenia škodovej udalosti, štatistického zberu údajov a posúdenia povinnosti zmluvného 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 poisťnej 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, súdnolekárske 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 poisťnej udalosti (polícia, súdy atď.). Zároveň súhlasím s tým, aby si poisťovateľ na účel posúdenia povinnosti plnenia v nutnom rozsahu vyžiadala 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 poisťnej 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 poisťenec, resp. poisťená/é osoba/y, sám zodpovedný za získanie údajov potrebných na posúdenie a splnenie nárokov vyplývajúcich z predmetnej poisťnej 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 poisťnej zmluvy. V prípade, že zhromažďovanie, poskytovanie alebo vyhodnocovanie už poskytnutých údajov je úplne alebo čiastočne nemožné, môže to viesť až k oslobodeniu poisťovateľa od poisťného plnenia.

Zbavenie záväzku mlčanlivosti

Poisťenec, resp. poisťená/é alebo oprávnená/é osoba/y zbavujú vyššie uvedených dotazovaných v rozsahu tohto vyhlásenia o súhlase vopred od lekárskejších a iných služobných povinností zachovávať mlčanlivosť. 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 poisťných podmienok, ktoré platia pre toto hlásenie o škode a poisťnú udalosť, predstavujú porušenie povinností, ktoré môže viesť k strate mojich nárokov na poisťné plnenie.

Miesto a dátum | Place and date

Podpis poisťenej osoby | 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
Landskrongasse 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