



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 poistenia právnej ochrany Österreichischer Alpenverein/č. poistnej zmluvy 1/66/22354750

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

Sekční / 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 účastníkovi: | Details of the person(s) concerned:

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 účastníkovi (zranenému): príbuzný, známy, cudzí? |
Relationship to the party concerned (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 právnej ochrany u inej poisťovne? | Are there any other legal expenses insurances with other insurance companies?
O Áno O Nie Ak áno, u ktorej spoločnosti? | If yes, at which company? _____
Číslo poistnej zmluvy | Policy number: _____

Požadovaný advokát: Ponecháte výber advokáta, ktorý bude zastupovať vaše záujmy, na spoločnosti Generali Versicherung AG alebo si želáte konkrétneho, v súdnom (administratívnom) obvode pôsobiacého advokáta, ktorému dôverujete? Poverenie advokáta vykoná Generali Versicherung AG! | **Request for a lawyer:** Do you wish to leave the choice of the lawyer for representing your interests up to Generali Versicherung AG or do you wish to have an attorney in whom you have confidence and who is based in the court (administrative) district? The lawyer has to be instructed by Generali Versicherung AG.

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.

Vyhlasenie o súhlase 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 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 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, 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 poistnej udalosti (polícia, súdy atď.). Zároveň súhlasím s tým, aby si poisťovateľ na účel posúdenia povinnosti plnenia v nutnom rozsahu vyžiadal od poskytovateľa 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 poistenec, resp. poistená/é osoba/y, 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 nezíska 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

Poistenec, resp. poistená/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 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 poistenej 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