

## Alpenverein Weltweit Service

### Ważne informacje dodatkowe dotyczące zgłoszenia szkody w zakresie kosztów akcji ratowniczej oraz powstałych za granicą kosztów transportu powrotnego i leczenia.

W celu szybkiej likwidacji szkody prosimy o przestrzeganie poniższych punktów:

#### Wypełnianie zgłoszenia o zdarzeniu ubezpieczeniowym

Proszę koniecznie **kompletnie** wypełnić i własnoręcznie podpisać obie strony zgłoszenia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

#### Portfel dalszych ubezpieczeń

Aby móc utrzymać ochronę ubezpieczeniową Alpenverein Weltweit Service w tej formie i na tych warunkach, staramy się zredukować koszty, stosując koasekurację.

Potrzebujemy do tego Państwa pomocy!

Prosimy o podanie w związku z tym następujących informacji/danych:

zawarte ubezpieczenia prywatne na wypadek choroby oraz wypadku, członkostwo w Austriackim Związku Narciarskim ÖFV, Stowarzyszeniu Przyjaciół Przyrody Naturfreunde, Austriackim Klubie Samochodowym, Motocyklowym i Turystycznym ÖAMTC, Austriackim Związku Samochodowym, Motocyklowym i Rowerowym ARBÖ lub podobnych organizacjach, karty kredytowe oraz ich numery. Jeżeli nie istnieją wymienione wyżej ubezpieczenia prywatne, prosimy odpowiedzieć „nie” na dotyczące ich pytania.

#### Dostarczenie rachunków kosztów akcji ratowniczej

- Należy przesłać pocztą rachunki kosztów akcji ratowniczej w oryginale wraz ze wszystkimi raportami z akcji. **Akceptowane są wyłącznie oryginały.**
- Prosimy nie dokonywać płatności za te rachunki, lecz przesłać je do nas pocztą w oryginale.
- Jeśli otrzymali Państwo monity, należy niezwłocznie przesłać je dalej!
- Jeśli posiadają Państwo kartę na wyciągi narciarskie „Freizeitticket Tirol”, należy dołączyć jej kopię.

#### Zgłoszenie powstałych za granicą kosztów leczenia medycznego

- Oryginalne rachunki / faktury z tytułu honorarium należy najpierw przekazać instytucji ubezpieczeń społecznych. Po otrzymaniu wynagrodzenia przez instytucję ubezpieczeń społecznych należy przedłożyć dowód wynagrodzenia wraz z kopią rachunku / faktury z tytułu honorarium. Zwrot kosztów jest możliwy wyłącznie po przedłożeniu pisma Państwa instytucji ubezpieczeń społecznych dotyczącego świadczeń (również odmowy).
- Prosimy o poinformowanie nas, które z dostarczonych przez Państwa rachunków zostały zapłacone lub też które należy jeszcze zapłacić.

Niniejsze zgłoszenie szkody należy wypełnić w języku niemieckim lub angielskim. Tłumaczenia służą jedynie w celach pomocniczych. Zgłoszenia szkody wypełnione w języku polskim nie są niestety akceptowane przez ubezpieczyciela.



Niniejsza umowa jest umową austriacką, w stosunku do której należy w każdym przypadku zastosować prawo austriackie, z wyłączeniem austriackiego prawa prywatnego międzynarodowego i międzynarodowych norm odniesienia.

Ani Österreichischer Alpenverein („ÖAV”) ani KNOX Versicherungsmanagement GmbH nie odpowiada za poprawność i treść informacji na stronie internetowej lub w broszurze informacyjnej w wersji innej niż wersja niemieckojęzyczna. W kwestiach budzących wątpliwości obowiązuje tylko oryginalna wersja niemiecka jako prawnie wiążąca dla Österreichischer Alpenverein. Tłumaczenia są oferowane jedynie jako usługa dla członków Österreichischer Alpenverein i w żadnym wypadku nie są prawnie wiążące.

W stosunku do wszystkich zawartych z Österreichischer Alpenverein umów stosuje się prawo austriackie, z wyłączeniem austriackiego prawa prywatnego międzynarodowego i międzynarodowych norm odniesienia.

**To zgłoszenie szkody ubezpieczeniowej należy przesać do:**

**KNOX Versicherungsmanagement GmbH  
Resselstraße 33  
A-6020 Innsbruck**

**Tel.: +43 (0) 512 238300-30  
Faks: +43 (0) 512 238300-15  
E-mail: [av-service@knox.co.at](mailto:av-service@knox.co.at)**

Niniejsze zgłoszenie szkody należy wypełnić w języku niemieckim lub angielskim. Tłumaczenia służą jedynie w celach pomocniczych. Zgłoszenia szkody wypełnione w języku polskim nie są niestety akceptowane przez ubezpieczyciela.

## Zgłoszenie szkody dla kosztów akcji ratowniczej oraz powstałych za granicą kosztów transportu i leczenia do polisy nr: 000-1894-3432

Imię i nazwisko osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe | First name and surname of the person concerned

Nr tel.: | Phone number

E-mail

Stały adres zamieszkania: | Permanent residence

Data urodzenia | Date of birth

Zawód | Profession

Nr członka ÖAV | ÖAV membership number

Data zdarzenia | Date of the incident

Godzina | Time

Dokładna lokalizacja (obszar, region, stan) w przypadku terenu bez dostępu do drogi – podanie współrzędnych | Exact location (area, region, state) for rough terrain, specify the coordinates

Dokładna data podróży od-do (przy podróży zagranicznej) | exact travel dates: from-to (in case of a journey abroad)

Zdarzenie miało miejsce:  w czasie wolnym  podczas wykonywania pracy

Czy była to wyprawa kierowana przez przewodnika górskiego?  Tak  Nie

**Jeżeli tak, prosimy dołączyć raport przewodnika górskiego.**

Dokładny opis przebiegu wypadku (prosimy koniecznie wypełnić – bez opisu okoliczności nie jest możliwe podjęcie dalszych czynności.) | Precise description of the incident (obligatory)

(Przy trasach trekkingowych prosimy dołączyć opis trasy) | (in case of trekking tours, please enclose a route description):

W przypadku akcji ratowniczych / akcji poszukiwawczych: | In case of rescue/search operations:

Kto powiadomił ratownictwo górskie / helikopter? Jaka organizacja przeprowadziła akcję ratowniczą? (zapewniła helikopter?) |

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

Rodzaj obrażeń/choroby? | Nature of injury / illness

Czy po zakończeniu akcji ratunkowej miało miejsce leczenie ambulatoryjne w szpitalu? | Was there an in-patient stay following the rescue?  Tak | Yes  Nie | No Jeśli tak, to ile ono trwało? | If yes, for how long \_\_\_\_\_

W jakiej kasie chorych poszkodowany jest ubezpieczony lub współubezpieczony? |

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

Czy poszkodowany zawarł prywatne ubezpieczenie chorobowe? |  Tak  Nie  Jeśli tak, to jakie? | If yes, which one?  
Are there any private health insurances?

Towarzystwo ubezpieczeniowe | insurance company  numer polisy | policy number

Czy poszkodowany zawarł prywatne ubezpieczenie wypadkowe?  Tak  Nie  Jeśli tak, to jakie?  
| If yes, which one?  
Are there any private accident insurances?

Towarzystwo ubezpieczeniowe | insurance company  numer polisy | policy number

Jaki komisariat policji lub organ służb ratownictwa przyjął zgłoszenie o zajściu? |  
Which police station or rescue service has recorded the accident?

**Czy poszkodowany albo (w przypadku osób nieletnich) rodzic jest:** | Is the person concerned or for minors a parent:

a) Członkiem lub osobą wspierającą finansowo ratownictwo górskie?  Tak  Nie  
**Jeżeli tak, prosimy podać w tym miejscu nazwę organizacji krajowej oraz numer członkowski:**

b) Członkiem w Austriackim Związku Narciarskim ÖFV, Towarzystwie Przyjaciół Przyrody Naturfreunde, Austriackim Klubie Samochodowym, Motocyklowym i Turystycznym ÖAMTC - Schutzbrief, Austriackim Związku Samochodowym, Motocyklowym i Rowerowym ARBÖ itp.?  Tak  Nie  
**Jeżeli tak, prosimy podać w tym miejscu numer klubu/związku oraz numer członkowski:**

c) W posiadaniu kart kredytowych?  Tak  Nie  
**Jeżeli tak, prosimy podać numer i rodzaj karty (np. VISA):** \_\_\_\_\_

d) W posiadaniu karty na wyciągi narciarskie „Freizeitticket Tirol”?  Tak  Nie  
**Jeżeli tak, prosimy dołączyć kopię oraz podać numer karty:** \_\_\_\_\_

e) W posiadaniu ekskluzywnego ubezpieczenia dodatkowego na rok „Alpenverein Premium-Jahresreiseschutz” lub na pojedynczą podróż „Alpenverein Premium-Einzelreiseschutz”?  Tak  Nie  
**Jeżeli tak, prosimy podać numer umowy:** \_\_\_\_\_

Czy dostarczone rachunki zostały już przez Państwa opłacone  Tak  Nie

Jeśli tak, to które rachunki zostały już przez Państwa opłacone? | If yes, which of the submitted invoices?

**Prosimy o podanie danych Państwa rachunku bankowego dla zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową:** | Please provide your bank details (IBAN and BIC):

Account number (IBAN)

BIC

KNOX Versicherungsmanagement GmbH  
Resselstraße 33  
A-6020 Innsbruck  
Tel.: +43 (0) 512 238300-30  
Faks: +43 (0) 512 238300-15  
av-service@knox.co.at

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

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

#### Oświadczenie o zgodzie na gromadzenie/opracowywanie/przetwarzanie danych

Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na gromadzenie, opracowywanie i przetwarzanie moich danych dotyczących zdrowia odnośnie do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową („dane wrażliwe”) przez Generali Versicherung AG i KNOX Versicherungsmanagement GmbH oraz odpowiednie spółki powiązane. Ma to na celu likwidację szkód, prowadzenie badań statystycznych i ocenę umownego obowiązku świadczenia.

#### Zakres wymaganych informacji

Niezbędne informacje to szczegółowe informacje wymagane do oceny obowiązku świadczenia od wymienionych lekarzy, szpitali i innych instytucji opieki zdrowotnej, jak i pozostałych instytucji opieki zdrowotnej i profilaktyki zdrowotnej o chorobach związanych z konkretnym zdarzeniem ubezpieczeniowym, szkodach zdrowotnych, mających charakter choroby oznakach zużycia, kalectwie i następstwach wypadku. Obejmuje to również niezbędną do oceny obowiązku świadczenia dokumentację medyczną (informacje o powodzie przyjęcia stacjonarnego lub leczeniu ambulatoryjnym, dane dotyczące wszelkich przyczyn wypadku, informacje o świadczonych usługach leczenia, o czasie pobytu lub leczenia oraz jego zakończeniu i powodach wypisania, wywiad chorobowy o obecnym leczeniu/przyjęciu oraz karta statusu pacjenta, wyniki badań diagnostycznych, karty operacji, raporty medyczne, raporty o zwolnieniach, wyniki z zakresu medycyny sądowej, etc.), jak również protokoły dotyczące akcji i protokoły urzędowe. Ponadto upoważniam firmę Generali Versicherung AG i KNOX Versicherungsmanagement GmbH oraz odpowiednie spółki powiązane do wglądu we wszystkie dotyczące tego zdarzenia ubezpieczeniowego akta w urzędach (policja, sądy, itp.). Zgadzam się również, żeby do oceny obowiązku świadczenia ubezpieczyciel zasięgnął w niezbędnym zakresie informacji (np. w odniesieniu do podwójnych ubezpieczeń) w instytucjach ubezpieczeń społecznych i funduszach publicznych na finansowanie opieki zdrowotnej i w prywatnych zakładach ubezpieczeniowych na temat istniejących lub zakończonych ubezpieczeń osobowych, o które wnioskowano w czasie trwania zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

#### Następstwa odwołania

Ponadto poinformowano mnie, że pozwolenie to może zostać w dowolnym momencie odwołane. W przypadku późniejszego odwołania każde gromadzenie, przesyłanie i ocena danych ustają z chwilą odwołania. Poinformowano mnie, że w przypadku odrzucenia takiej zgody lub późniejszego jej odwołania ubezpieczający lub osoba(-y) ubezpieczona(-e) musi sama / muszą same uzyskać niezbędne informacje odnośnie do oceny i zaspokojenia roszczeń wynikających z danego zdarzenia ubezpieczeniowego i przekazać je ubezpieczycielowi oraz że przed otrzymaniem przez ubezpieczyciela danych wymaganych do oceny obowiązku świadczenia, nie są wymagalne/płatne żadne roszczenia wynikające z umowy ubezpieczeniowej. O ile gromadzenie danych, przekazywanie danych lub ocena danych już przekazanych nie są dokonywane w całości lub częściowo, może to również prowadzić do zwolnienia ubezpieczyciela z obowiązku świadczeń umownych.

#### Zwolnienie z obowiązku przestrzegania tajemnicy

Ubezpieczający lub też osoba ubezpieczona lub uprawniona (osoby ubezpieczone lub uprawnione) zwalniają z góry wyżej wymienione osoby z lekarskich i pozostałych zawodowych obowiązków zachowania tajemnicy w zakresie objętym niniejszym oświadczeniem o zgodzie. Niniejszym podpisem potwierdzam, że udzielone przeze mnie odpowiedzi na powyższe pytania są kompletne i zgodne z prawdą oraz że niniejsze zgłoszenie szkody jest prawidłowe. Przyjmuję do wiadomości, że w rozumieniu warunków ubezpieczenia mających zastosowanie do niniejszego zgłoszenia szkody i zdarzenia objętego ubezpieczeniem, nieprawdziwe informacje stanowią naruszenie obowiązku, co może prowadzić do utraty moich roszczeń/praw do świadczenia.

Miejscowość i data | Place and date

Podpis | Signature of the person insured

To zgłoszenie szkody ubezpieczeniowej należy przesłać do: **KNOX Versicherungsmanagement GmbH, Resselstraße 33, A-6020 Innsbruck**

KNOX Versicherungsmanagement GmbH  
Resselstraße 33  
A-6020 Innsbruck  
Tel.: +43 (0) 512 238300-30  
Faks: +43 (0) 512 238300-15  
av-service@knox.co.at

Generali Versicherung AG  
Landskronngasse 1-3  
A-1010 Wiedeń  
Tel.: +43 (0) 1 53401-0  
Faks: +43 (0) 1 5320949-11011  
office.at@generali.com

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