



Alpenverein Weltweit Service

Rozchodzi się przy tym o autriacką umowę, w stosunku do której należy w każdym przypadku zastosować prawo austriackie z wyjątkiem austriackich międzynarodowych norm odniesienia.

Ani Österreichischer Alpenverein („ÖAV“) ani KNOX Versicherungsmanagement GmbH nie odpowiadają za poprawność i treść innej niż wersja niemieckojęzyczna na stronie internetowej lub w podanych informacjach w folderze informacyjnym. W tym przypadku interpretacji obowiązuje tylko oryginalna, niemiecka wersja jako wiążąca dla Österreichischer Alpenverein. Tłumaczenia są oferowane tylko jako serwis Österreichischer Alpenverein dla swoich członków i nie tworzą w żadnym wypadku ważności prawnej (mocy wiążącej).

W stosunku do wszystkich zawartych z Österreichischer Alpenverein umów stosuje się prawo austriackie bez międzynarodowych austriackich norm odniesienia.

To zgłoszenie szkody ubezpieczeniowego należy przesać do:

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

**Tel.: +43 (0) 512 238300-30
Fax: +43 (0) 512 238300-15
E-Mail: 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 ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej Österreichischer Alpenverein / nr polisy 2/81/39269171

Nazwisko, imiona, tytuł | Family name, first name, title

Zawód | Profession

Data urodzenia | Date of birth

Ulica, numer domu, kod, miejscowość | Street, building number, postcode, town

Numer sekcji/członkostwa | Section/membership number

składka członkowska zapłacona w dniu | Membership fee paid on

Numer telefonu | Phone number

Email

Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego: | Information on the incident:

Miejsce zdarzenia, kraj | Location of the incident, country

Data | Date of the incident

Godzina | Time

Dokładny opis przebiegu zdarzenia: | Precise description of the incident:

Przesłuchanie urzędowe | Officially recorded Tak Nie

Gdzie i przeciw komu toczy się postępowanie? Where and against who are there proceedings pending? _____

Dane poszkodowanego/nej / wnoszącego roszczenie: | Details of the complainant / injured party:

Nazwisko, imię, tytuł, ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość / family name, first name, title, street, building number, postcode, town

Kto zawinił? | Who is to blame?

Stosunek do poszkodowanego/nej/ wnoszącego o roszczenie: spowinowacony, znajomy, obcy? | Relationship to the complainant/ injured party: relative, acquaintance, stranger?

Szkody rzeczowe i/lub osobowe: | Property damage and/or personal injury:

Co zostało uszkodzone / jakie wystąpiły obrażenia / jakie stawiane są żądania? |

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

Czy jest w innym towarzystwie ubezpieczeniowym ubezpieczenie OC lub ubezpieczenie gospodarstwa domowego? | Are there any other party liability insurances with other insurance companies?

Tak Nie Jeśli tak, w jakim towarzystwie ubezpieczeniowym? | If yes, at which company? _____

Numer polisy: | Policy number: _____

Pozostałe uwagi: | Additional remarks:

Ja /my upoważniamy Generali Versicherung AG do wglądu we wszystkie dotyczące przedmiotowego zajścia odnośnie akta w urzędach (policja etc.). | I/we authorize Generali Versicherung AG to have access to all files held by the authorities (e.g. police) concerning this particular incident.

Vyjádření souhlasu se sběrem a zpracováním dat

Vyjádřuji svůj souhlas s tím, aby společnosti Generali Versicherung AG a KNOX Versicherungsmanagement GmbH a příslušné přidružené společnosti v souvislosti s předmětným případem pojistného plnění sbíraly a zpracovávaly moje osobní data o zdravotním stavu („citlivá data“). A to za účelem vyřízení škodní události, statistických šetření a za účelem posouzení smluvní povinnosti plnění.

Rozsah požadovaných informací

Za požadované informace jsou považovány informace potřebné pro posouzení povinnosti plnění, získané od uvedených lékařů, nemocnic a jiných zařízení zdravotní péče nebo zdravotní prevence o nemocech, poškození zdraví, projevech opotřebení následkem nemoci, zlomeninách a následcích úrazů, které souvisejí s konkrétní pojistnou událostí. Zahrnuta je i zdravotnická dokumentace nezbytná pro posouzení povinnosti plnění (informace o důvodu hospitalizace nebo ambulantního ošetření, údaje o veškerých důvodech úrazů, informace o provedených léčebných výkonech, o délce pobytu nebo léčby i o jejich ukončení a důvodech propuštění; anamnéza aktuální léčby/ příjmu a stavový list, diagnostické nálezy, operační zprávy, lékařské zprávy o průběhu, propouštěcí zprávy, forenzní nálezy atd.), jakož i protokoly o zásahu a úřední protokoly. Dále zplnomocňuji společnost Generali Versicherung AG a KNOX Versicherungsmanagement GmbH a příslušné přidružené společnosti k nahlédnutí do všech úředních spisů (policie, soudy atd.), které souvisejí s touto pojistnou událostí. Souhlasím také s tím, aby pojistitelé získávali v rozsahu nezbytném pro posouzení povinnosti plnění informace od institucí sociálního pojištění a veřejných fondů pro financování zdravotnictví a u soukromých pojišťoven o požadovaném, existujícím nebo ukončeném osobním pojištění v době pojistné události (např. z hlediska duplicitního pojištění).

Následky odvolání souhlasu

Dále jsem byl poučen, že tento souhlas může být kdykoli odvolán. V případě pozdějšího odvolání bude od okamžiku odvolání zastaven veškerý sběr dat, předávání dat a vyhodnocování. Byl jsem informován, že při odmítnutí tohoto souhlasu či pozdějším odvoláním souhlasu musí pojistník příp. pojištěná osoba/pojištěné osoby sami opatřit informace potřebné pro posouzení a vypořádání nároků z předmětné pojistné události a předat je pojistiteli, a dokud pojistitel neobdrží data potřebná pro posouzení povinnosti plnění, nemohou být splatné žádné nároky na plnění z pojistné smlouvy. Pokud je sběr dat, předávání dat nebo vyhodnocení již předaných dat úplné nebo zčásti zastaveno, může to také vést k zbavení pojistitele povinnosti plnění.

Zbavení povinnosti mlčenlivosti

Pojistník nebo pojištěná osoba/pojištěné osoby nebo jiná způsobilá osoba/jiné způsobilé osoby předem zbavuji v rozsahu tohoto souhlasu výše uvedené respondenty lékařských a jiných profesních povinností mlčenlivosti. Svým podpisem potvrzuji, že jsem odpověděl na uvedené otázky úplně a pravdivě a že je toto hlášení pojistné události pravdivé. Beru na vědomí, že podle pojistných podmínek platných pro toto hlášení pojistné události mohou nepravdivé údaje znamenat porušení povinností, což může vést ke ztrátě mých nároků na plnění z pojistné smlouvy.

Miejscowość i data | Place and date

Podpis ubezpieczonej osoby | Signature of the person insured

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

KNOX Versicherungsmanagement GmbH
Resselstraße 33
A-6020 Innsbruck
Tel.: +43 (0) 512 238300-30
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