



## 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](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.

## Ochrona prawna-zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego Österreichischer Alpenverein / nr polisy 1/66/22354750

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

Zawód | Profession

Data urodzenia | Date of birth

Ulica, numer domu, kod, miejscowo | 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 uczestnika/ uczestników: | Details of the person(s) concerned:

Nazwisko, imię, tytuł, ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowo |  
Family name, first name, title, street, building number, postcode, town

Kto zawinił? | Who is to blame?

Stosunek do uczestnika (rannego): spowinowacony, znajomy, obcy? |  
Relationship to the party concerned (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 w innym towarzystwie ubezpieczeniowym jest ubezpieczenie związane z ochroną od kosztów  
prawnych? | Are there any other legal expenses insurances with other insurance companies?

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

Numer polisy: | Policy number: \_\_\_\_\_

**Czy życzy sobie Pan/i adwokata:** Pozostawią Pan/i/Państwo wybór adwokata do reprezentowania  
Pana/i interesów firmie Generali Versicherung AG czy życzą sobie Pan/i/Państwo zamieszkałego w  
okręgu sądowym (administracyjnym) adwokata swojego zaufania? Adwokat otrzymuje zlecenie od  
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.

**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.

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

Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na zbieranie, opracowywanie i przetwarzanie moich odnoszących  
się do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową danych ("wrażliwe dane") przez Generali Versicherung  
AG i KNOX Versicherungsmanagement GmbH i każdorazowo przez związane z tym przedsiębiorstwa.  
Także dla celów likwidacji zdarzenia ubezpieczeniowego, ankiet, badań statystycznych i w celu oceny  
umownego obowiązku świadczenia.

**Zakres wymaganych informacji**

Wymagane informacje są potrzebnymi do oceny obowiązku świadczenia szczegółowymi informacjami  
od wymienionych lekarzy, ze szpitali i innych instytucji opieki zdrowotnej jak i z pozostałych instytucji  
opieki zdrowotnej i profilaktyki zdrowotnej o chorobach związanych z konkretnym zdarzeniem  
ubezpieczeniowym, szkodach zdrowotnych, sklasyfikowanych jako choroba skutkach zużycia, osłabieniu  
i następstwach wypadku. To obejmuje również dane niezbędne do oceny obowiązku świadczenia  
dokumenty medyczne (informacje o powodzie przyjęcia stacjonarnego lub leczenia ambulatoryjnym,  
niezbędnych danych odnośnie przyczyn wypadku, informacje o świadczonych usługach leczenia w  
czasie pobytu lub leczenia jak i ich zakończenia i powody wypisania, wywiad o obecnym leczeniu /  
przyjęcie oraz arkusz stanu, wyniki diagnostyczne, raporty operacyjne, raporty medyczne, karty leczenia  
szpitalnego, wyniki z zakresu medycyny sądowej, etc.), jak również protokoły dotyczące akcji i urzędowe.  
Ponadto upoważniam firmę Generali Versicherung AG i KNOX Versicherungsmanagement GmbH -  
KNOX Zarządzanie ubezpieczeniami Sp.z.o.o. oraz każdorazowo powiązane z tym firmy, aby mogły  
mieć wgląd do wszystkich odnośnych akt w urzędach (policja, sądy, itp.), które dotyczą tego zdarzenia  
ubezpieczeniowego. Zgadzam się również, żeby do oceny obowiązku świadczenia ubezpieczyciel  
zasięgnął w niezbędnym zakresie informacji w instytucjach zabezpieczenia socjalnego i funduszach  
publicznych do finansowania ochrony zdrowia i w prywatnych firmach ubezpieczeniowych o w chwili

zdarzenia złożonych wnioskach, istniejących lub zakończonych ubezpieczeniach osobowych (np. w  
odniesieniu do podwojnych ubezpieczeń).

**Następstwa odwołania**

Co więcej, został pouczone, że to pozwolenie może zostać cofnięte w dowolnym momencie. W przypadku  
późniejszego odwołania wszystkie zgromadzone, przekazane i ocenione dane zostaną anulowane od  
momentu odwołania. Poinformowano mnie, że przy odrzuceniu takiej zgody lub późniejszym odwołaniu  
zgody ubezpieczony lub ubezpieczony (e) osoba (osoby) musi sama/muszą sami uzyskać niezbędne  
informacje odnośnie oceny i rozliczenia zobowiązań z przedmiotowego zdarzenia ubezpieczeniowego i  
przekazując ubezpieczycielowi i że przed dostępem potrzebnych do oceny obowiązku świadczenia danych  
u ubezpieczyciela, nie są wymagalne/platne żadne roszczenia wynikające z umowy ubezpieczeniowej.  
Jeśli pominię się gromadzenie danych, przesyłanie danych lub oceny już przesłanych danych w całości lub  
częściowo, może to również prowadzić do swobody świadczenia usług ubezpieczyciela.

**Zwolnienie z obowiązku przestrzegania tajemnicy**

Ubezpieczony względnie ubezpieczona (ubezpieczeni) lub upoważniona/y do pobierania zwałniają  
wymienionych powyżej respondentów w zakresie oświadczenia zgody z góry z lekarskich i  
pozostałych zawodowych obowiązków zachowania tajemnicy. Niniejszym podpisem potwierdzam, że  
całkowicie i zgodnie z prawdą odpowiedziałem kompletnie na zadane pytania i to zgłoszenie zdarzenia  
ubezpieczeniowego jest prawidłowe. Przyjmuje do wiadomości, że w rozumieniu obowiązujących  
dla tego zgłoszenia przypadku ubezpieczeniowego i zdarzenia ubezpieczeniowego warunków  
ubezpieczenia nieprawdziwe dane stanowią naruszenie obowiązku, co może prowadzić do utraty moich  
roszczeń/praw do świadczenia.

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