

Alpenverein Weltweit Service

Dôležité dodatočné informácie o ohlásení škody v zmysle nákladov na záchranu a taktiež nákladov vzniknutých v zahraničí, súvisiacich s prevozom do vlasti a lekárskou starostlivosťou.

Pro rychlou likvidaci pojistné události žádáme o dodržování následujících bodů:

Vyplnenie hlásenia škôd

Obe strany hlásenia škôd musia byť **kompletne** vyplnené.

Existencia ďalších poistiek

S cieľom zachovať súčasnú podobu a podmienky poistnej ochrany Alpenverein Weltweit Service skúmame možnosti zníženia nákladov prostredníctvom spolupojistenia.

Na to potrebujeme vašu pomoc.

Oznámte nám preto tieto informácie/údaje:

existujúce súkromné zdravotné alebo úrazové poistenia, členstvá v ÖSV (rakúsky lyžiarsky zväz), spolok Naturfreunde (Priatelia prírody), ÖAMTC (rakúsky automobilový klub), ARBÖ (rakúsky automobilový a cyklistický zväz) a podobne, a taktiež údaje o kreditných kartách a ich čísla. Ak nemáte uzatvorené žiadne súkromné poistenia, ako je uvedené vyššie, na príslušné otázky odpovedajte „nie“.

Predloženie faktúr za záchranu

- Poštou nám zašlite originálne faktúry za záchranu s prípadnými správami o zásahu.
Akceptované budú výlučne originály.
- Tieto účty neuhrádzajte. Originály účtov pošlite, prosím, poštou na našu adresu.
- Bezodkladne nám pošlite aj prípadné upomienky.
- Ak vlastníte kartu na lyžiarsky vlek Freizeitticket Tirol, priložte jej kópiu.

Žiadosť o úhradu nákladov na lekársku starostlivosť v zahraničí

- Originálne faktúry najprv predložte sociálnej poisťovni. Po vykonaní úhrady zo strany sociálnej poisťovne nám pošlite potvrdenie o úhrade spolu s kópiou faktúry. Náklady sa môžu preplatiť až po predložení výkonového listu (aj zamietnutia) vašej sociálnej poisťovne.
- Informujte nás, ktoré z predložených faktúr ste už zaplatili a ktoré ešte nie sú uhradené.

Toto nahlásenie škody treba vyplniť po nemecky alebo po anglicky. Preklady slúžia iba ako pomôcka. Hlásenia škody vyplnené v češtine žiaľ nemôže poisťovateľ prijať.



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
Resselstraße 33
A-6020 Innsbruck**

**Tel.: +43 (0) 512 238300-30
Fax: +43 (0) 512 238300-15
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 nákladov na záchranné práce, návrat do vlasti a liečebného ošetrovania: 000-1894-3432

Rodné meno a priezvisko poistenca | First name and surname of the person concerned

Tel. č. | Phone number

Email

Adresa trvalého bydliska | Permanent residence

Dátum narodenia | Date of birth

Povolanie | Profession

Členské číslo v ÖAV | ÖAV membership number

Dátum udalosti | Date of the incident

Čas | Time

Presná poloha (oblasť, región, štát) **v prípade nezjazdného terénu treba zadať súradnice** |
Exact location (area, region, state) **for rough terrain, specify the coordinates**

Presný dátum cesty od – do (pri ceste do zahraničia) | **exact travel dates: from-to** (in case of a journey abroad)

Udalosť sa stala: počas vášho voľného času počas vykonávania vašej pracovnej činnosti

Stala sa udalosť počas túry s horským vodcom? Ano Ne

Ak áno, priložte, prosím, správu horského vodcu.

Podrobný opis udalosti (Bezpodmienečne vyplňte, pretože bez popisu priebehu sa prípad nemôže ďalej spracúvať.) | **Precise description of the incident (obligatory)**

(pri trekingových túrach priložte opis trasy) | (in case of trekking tours, please enclose a route description):

Pri záchranných/pátracích akciách: | In case of rescue/search operations:

Kto upovedomil horskú záchrannú službu/vrtuľník? Ktorá organizácia vykonala záchranu? (Vrtuľník?) |

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

Druh úrazu/ochorenia? | Nature of injury / illness

V ktorej zdravotnej poisťovni je dotknutá osoba poistená alebo spolupoistená? |

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

Má dotknutá osoba súkromné zdravotné poistenie? | Ano Ne Ak áno, aké? | If yes, which one?
Are there any private health insurances?

Poisťovňa | insurance company

Číslo poisťnej zmluvy | policy number

Existuje súkromé úrazové pojišteni? |
Are there any private accident insurances?

Ano

Ne

Pokud ano, jaké? | If yes, which one?

Pojišťovna | insurance company

Číslo pojistky | policy number

Která policejní stanice nebo stanice záchranné služby událost zaznamenala? |
Which police station or rescue service has recorded the accident?

Je dotyčná osoba, resp. v prípade maloletého jeden z rodičov | Is the person concerned, or with minors a parent:

a) členom alebo podporujúcim členom horskej záchranej služby? Ano Ne

Ak áno, tu uveďte krajinú organizáciu a členské číslo: _____

b) členom združenia ÖSV, Naturfreunde, ÖAMTC, ARBÖ a pod.? Ano Ne

Ak áno, tu uveďte číslo spolku a členské číslo: _____

c) držiteľom kreditných kariet? Ano Ne

Ak áno, uveďte číslo karty a typ (napr. VISA): _____

d) držiteľom karty na lyžiarsky vlek Freizeitticket Tirol? Ano Ne

Ak áno, priložte kópiu a uveďte číslo karty: _____

e) držiteľom exkluzívneho doplnkového poistenia Alpenverein Premium-Einzelreiserschutz? Ano Ne

Ak áno, uveďte číslo zmluvy: _____

Zaplatili ste už predložené faktúry? Ano Ne

Ak áno, ktoré faktúry ste už zaplatili?

| If yes, which of the submitted invoices?

Uveďte číslo svojho bankového účtu pre prípad poistného plnenia: | Please provide your bank details (IBAN and BIC):

Account number (IBAN)

BIC

Názov a adresa banky | Name and address of the bank

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 poisťnej udalosti („citlivé údaje“) na účel vybavenia škodovej udalosti, štatistického prieskumu a posúdenia povinnosti zmluvného poistného 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, súdolekárske 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 poistenec, resp. poistená/é osoba/ý, 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 poistného plnenia.

Zbavenie záväzku mlčanlivosti

Poistenec, resp. poistená/é alebo oprávnená/é osoba/ý vopred zbavuje/ú vyššie uvedené konzultované osoby lekárskeho a iných profesných záväzkov mlčanlivosti v rozsahu tohto vyhlásenia o súhlase. 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 poistnú udalosť, predstavujú porušenie povinností, ktoré môže viesť k strate mojich nárokov na poistné plnenie.

Miesto a dátum | Place and date

Podpis | Signature of the person insured

Hlásenia škôd pošlite na túto adresu: **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
Landskroningasse 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