

Alpenverein Weltweit Service

Důležité doplňující informace ke hlášení škody s ohledem na náklady na záchranu a náklady na repatriaci a léčebné výlohy vzniklé v zahraničí.

Pro rychlou likvidaci pojistné události žádáme o dodržování následujících bodů:

Vyplnění hlášení pojistné události

Vyplňte **prosím** kompletně obě strany hlášení pojistné události.

Soupis jiného pojištění

Abychom mohli zachovat pojistnou ochranu pojištění Alpenverein Weltweit Service v této podobě a za těchto podmínek, snažíme se o snížení nákladů prostřednictvím soupojištění.

K tomu potřebujeme vaši pomoc!

Prosíme o poskytnutí následujících informací/údajů:

existující soukromá pojištění pro případ nemoci nebo úrazu, členství v ÖSV (rakouský lyžařský spolek), ve spolku Naturfreunde (Přátelé přírody), v ÖAMTC (rakouský automotoklub), v ARBÖ (rakouský automotoklub) apod. a také údaje o kreditních kartách a jejich čísla. Pokud nemáte sjednané žádné z výše uvedených soukromých pojištění, odpověďte prosím na příslušné otázky „ne“.

Doručení faktur za záchranné akce

- Originály faktur za záchranné akce společně s veškerými zprávami o zásahu zašlete poštou.
Přijímáme pouze originály dokumentů.
- Tyto faktury neplaťte, prosíme vás o zaslání originálu poštou na naši adresu.
- Pokud obdržíte upomínky, obratem nám je rovněž přepošlete!
- Jestliže jste držitelem skipasu "Freizeitticket Tirol" přiložte i kopii tohoto skipasu.

Předložení léčebných výloh vzniklých v cizině

- Originální faktury nejprve doručte na správu sociálního zabezpečení.
Po obdržení úhrady ze strany správy sociálního pojištění zašlete doklad o úhradě i s kopií faktury.
Náhrada nákladů může být poskytnuta jen po předložení písemného sdělení vaší správy sociálního zabezpečení o poskytnutí plnění (a to i zamítavého).
- Sdělte nám prosím, které z doručených faktur jste již uhradili příp. které ještě nebyly uhrazeny.

Toto oznámení škodní události musí být vyplněno v němčině nebo v angličtině. Překlady slouží pouze jako pomůcka. Vyplněná oznámení škodní události v češtině nemůže bohužel pojistitel přijmout.



Jedná se o rakouskou smlouvu, na kterou musí být v každém případě aplikováno rakouské právo s výjimkou rakouských mezinárodních referenčních norem.

Österreichischer Alpenverein („ÖAV“) ani KNOX Versicherungsmanagement GmbH neodpovídají za správnost a obsah jiných informací než uvedených v německé verzi na webové stránce nebo v informačním prospektu. V případě výkladu platí pro Österreichischer Alpenverein jako závazná pouze originální, německá verze. Překlady nabízí Österreichischer Alpenverein svým členům vždy jako službu a v žádném nejsou právně závazné.

Na všechny smlouvy uzavřené s Österreichischer Alpenverein je aplikovatelné rakouské právo bez mezinárodních rakouských referenčních norem.

Hlášení pojistné události s veškerou dokumentací zašlete na adresu:

**KNOX Versicherungsmanagement GmbH
Bundesstraße 23
A - 6063 Rum**

Tel.: +43 (0) 512 23 83 00-30

Fax: +43 (0) 512 23 83 00-15

E-Mail: av-service@knox.co.at

Toto oznámení škodní události musí být vyplněno v němčině nebo v angličtině. Překlady slouží pouze jako pomůcka. Vyplněná oznámení škodní události v češtině nemůže bohužel pojistitel přijmout.

Hlášení pojistné události pro uplatnění nároku na uhrazení nákladů na záchranné akce, repatriaci a transport a léčebné výlohy: 000-1894-3432

Jméno a příjmení dotčené osoby | First name and surname of the person concerned

Tel. č. | Phone number

Email

Adresa trvalého bydliště | Permanent residence

Datum narození | Date of birth

Povolání | Profession

Členské číslo ÖAV | ÖAV membership number

Datum události | Date of the incident

Čas | Time

Přesné umístění (oblast, oblast, stát) **u neschůdného terénu udejte souřadnice** | Exact location (area, region, state) **for rough terrain, specify the coordinates**

přesné datum cesty od - do (při zahraniční cestě) | **Exact travel dates: from-to** (in case of a journey abroad)

Událost se stala: během dovolené při výkonu zaměstnání

Jednalo se o výpravu s horským vůdcem? Ano Ne

Pokud ano, prosím dodejte zprávu od horského vůdce!

Podrobné vyličení události (Nutné vyplnit, jelikož bez popisu události není možné dále postupovat) |

Precise description of the incident (obligatory)

(U trekkingových túr přiložte popis trasy) | (in case of trekking tours, please enclose a route description):

U záchranných/pátracích akcí: | In case of rescue/search operations:

Kdo informoval horskou službu/vrtulník? Která organizace prováděla záchrannou akci? (Vrtulník?) |

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

Druh poranění / nemoci? | Nature of injury / illness

U které zdravotní pojišťovny je dotčená osoba pojištěna nebo spolupojištěna? |

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

Existuje soukromé zdravotní pojištění? | Ano Ne Pokud ano, jaké? | If yes, which one?
Are there any private health insurances?

Pojišťovna | insurance company

Číslo pojistky | policy number

Existuje soukromé úrazové pojištění? Ano Ne Pokud ano, jaké? | If yes, which one?
Are there any private accident insurances?

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?

Zde se uvede poškozený, resp. u nezletilých osob jeden z rodičů | Is the person concerned, or for minors a parent:

a) Člen nebo přispívající člen horské služby? Ano Ne

Pokud ano, prosím uveďte zemskou organizaci a členské číslo: _____

b) Člen ÖSV, Naturfreunde, ÖAMTC-Schutzbrief, ARBÖ apod.? Ano Ne

Pokud ano, uveďte prosím číslo spolku a členské číslo: _____

c) Držitel platebních karet? Ano Ne

Pokud ano, uveďte prosím číslo a druh karty (např. VISA): _____

d) Držitel skipasu "Freizeitticket Tirol"? Ano Ne

Pokud ano, přiložte prosím kopii a uveďte číslo karty: _____

e) Držitel exkluzivního připojištění "Alpenverein Premium-Einzelreiseschutz" (exkluzivní cestovní pojištění na jednu cestu)? Ano Ne

Pokud ano, uveďte prosím číslo smlouvy: _____

Už jste zaslané faktury uhradili? Ano Ne

Pokud ano, které faktury jste již uhradili? | If yes, which of the submitted invoices?

Uveďte prosím bankovní spojení pro případ plnění: | Please provide your bank details (IBAN and BIC):

Account number (IBAN)

BIC

Název a adresa banky | Name and address of the bank

Vyjádření souhlasu se sběrem a zpracováním dat

Vyjadřuji svůj souhlas s tím, aby společnost 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. Zahnutá 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 samy 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 zbavují 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 povinnosti, což může vést ke ztrátě mých nároků na plnění z pojistné smlouvy.

Místo a datum | Place and date

Podpis | Signature of the person insured

Toto hlášení pojistné události zašlete na adresu: **KNOX Versicherungsmanagement GmbH, Bundesstraße 23, 6063 Rum**

KNOX Versicherungsmanagement GmbH
Bundesstraße 23
A-6063 Rum
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