



Alpenverein Weltweit Service

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
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 z pojištění odpovědnosti Österreichischer Alpenverein / č. poj. 2/81/39269171

Příjmení, jméno, titul | Family name, first name, title

Povolání | Profession

Datum narození | Date of birth

Ulice, číslo domu, PSČ, místo | Street, building number, postcode, town

Sekční / členské číslo | Section/membership number

lenský příspěvek uhrazen dne | Membership fee paid on

Telefonní číslo | Phone number

Email

Údaje ke škodní události: | Information on the incident:

Místo události, země | Location of the incident, country

Datum | Date of the incident

Čas | Time

Podrobné vyličení události | Precise description of the incident:

Úřední záznam | Officially recorded Ano Ne

Kde a proti komu probíhá řízení? | Where and against who are there proceedings pending? _____

Údaje poškozené/ho /žadatele: | Details of the complainant / injured party:

Příjmení, jméno, titul, ulice, číslo domu, PSČ, místo / family name, first name, title, street, building number, postcode, town

Kdo je viníkem? | Who is to blame?

Vztah k poškozené/mu / žadateli: příbuzný, známý, cizí? | Relationship to the complainant/ injured party: relative, acquaintance, stranger?

Škody na majetku a/nebo zranění osob: | Property damage and/or personal injury:

Co bylo poškozeno / K jakým poraněním došlo / Jaké nároky jsou kladeny? |

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

Existuje u jiné pojišťovny zákonné pojištění odpovědnosti nebo pojištění domácnosti? |

Are there any other party liability insurances with other insurance companies?

Ano Ne

Pokud ano, u které společnosti? | If yes, at which company? _____

Číslo pojistky: | Policy number: _____

Jiné poznámky: | Additional remarks:

Zplnomocňuji / zplnomocňujeme společnost Generali Versicherung AG k nahlédnutí do všech úředních spisů (policie atd.), které souvisejí s touto událostí. | 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

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. 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.

Místo a datum | Place and date

Podpis pojištěné osoby | Signature of the person insured

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

KNOX Versicherungsmanagement GmbH
Bundesstraße 23
A-6063 Rum
Tel.: +43/(0)512/238300
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