



Alpenverein Weltweit Service

Důležité dodatečné informace k formuláři nahlašování škod nákladů za záchranu, převoz, transporty a léčebné ošetření

Pro plynulý průběh vyřizování škod, prosíme vás, abyste dbali na tyto body:

Vyplnění formuláře o ohlášení škody

- Vyplňte, prosím, **kompletně** obě strany formuláře hlášení škodné události **v němčině nebo v angličtině**.

Existence jiných pojištění

Abychom mohli zachovat pojištění Alpenverein Weltweit Servis v této formě a za těchto podmínek, musíme se snažit zajistit snížování nákladů spolupojištěním. K tomu potřebujeme Vaši pomoc!

- Uvedte stávající soukromé pojištění pro nemoc nebo úraz, členství ve svazech ÖSV, Naturfreunde, ÖAMTC, ARBÖ a také vlastnictví kreditní karty. Jestliže tyto zmíněné nemáte, odpovězte na otázky „ne / nein“.

Podání faktur s náklady na záchranu

- Pošlete poštou originály faktur nákladů na záchranu s eventuálními zprávami o nasazení.
- Tyto faktury neplaťte – budou započteny přímo se záchranářskou organizací.
- Obdržíte-li upomínky, ihned předejte dál!
- Vlastníte-li lyžařskou jízdenku „Freizeitticket Tirol“ přiložte kopii jízdenky.

Podání faktur za lékařské ošetření

- Předložte originály faktur a účtenky nejprve vaší zdravotní pojišťovně. Po obdržení odškodnění od zdravotní pojišťovny předejte nám doklad o proplacení včetně kopie faktur a účtenek.
- Sdělte nám, prosím, které podané faktury už byly vámi zaplacený, příp. které jsou ještě otevřené.

Hlášení škodné události zašlete se všemi podklady na:

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

Schadensmeldung für Bergungs-, Rückhol-, Heilbehandlungskosten zur Pol.Nr.: 000-1894-3432

Vor- und Zuname des Betroffenen

Jméno a příjmení postiženého

Tel.Nr.

Tel:

E-Mail

E-Mail:

Ständige Wohnadresse

Adresa trvalého bydliště

Geburtsdatum

Datum narození

Beruf

Povolání

ÖAV-Mitgliedsnummer

Členské číslo ÖAV

Datum des Ereignisses

Datum vzniku pojistné události

Uhrzeit

Hodina

Genauere Ortsangabe (Gebiet; Region; Staat)

Přesné udání místa (geografická oblast, region, stát)

Bei einer Auslandsreise (genaues Reisedatum von - bis)

Při cestě do zahraničí (rovněž datum cesty od - do)

Ausführliche Hergangsschilderung (bitte unbedingt ausfüllen!) (prosíme, je nutné vyplnit!)

(Bei Trekkingtouren bitte Routenbeschreibung beilegen)

Přesné popsání události

(u trekkingových túr prosíme o popis trasy)

Bei Bergungen/Suchaktionen: Wer verständigte die Bergrettung/Hubschrauber?

Durch welche Organisation erfolgte die Bergung? (Hubschrauber?)

Při záchraně/pátracích akcích: Kdo přivolal záchranný tým/ helikoptéru?

Přes kterou organizaci se uskutečnila záchranná akce / helikoptéra?

Art der Verletzung / Krankheit?

Druh zranění/ nemoc?

Bei welcher Krankenkasse ist der Betroffene versichert oder mitversichert?

U jaké zdravotní pojišťovny je postižený pojištěn nebo spolupojištěn?

Besteht eine private Krankenversicherung?

Má postižený komerční zdravotní pojištění?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Ano

Ne

Když ano, jaká?

Versicherungsunternehmen

Pojišťovací společnost

Polizzenummer

Číslo pojistky

Besteht eine private Unfallversicherung?
Má pojištěný soukromé úrazové pojištění?

Ja Nein
Ano Ne

Wenn ja, welche?
Když ano, jaká?

Versicherungsunternehmen
Pojišťovací společnost

Polizzenummer
Číslo pojistky

Welche Polizei- oder Rettungsdienststelle hat den Vorfall aufgenommen?

Která policejní stanice nebo místo záchranné služby případ zaznamenalo?

Ist der Betroffene (bitte unbedingt ausfüllen!)

Je pojištěný (prosím nutně vyplňte):

a) Mitglied oder Förderer der Bergrettung?

Ja Nein

a) člen nebo pomocný člen záchranné služby?

Ano

Ne

Landesorganisation u. Mitgliedsnummer hier anführen
Zemská organizace a členské číslo

b) Mitglied bei ÖSV, Naturfreunde, ÖAMTC-Schutzbrief, ARBÖ udgl.?

Ja Nein

b) člen ÖSV (Rakouská lyžařská federace), Naturfreunde, , ÖAMTC, ARBÖ, ... ?

Ano

Ne

Vereins- und Mitgliedsnummer hier anführen
Název spolku a členské číslo

c) Im Besitz von Kreditkarten?

Ja Nein

c) Vlastník kreditních karet?

Ano

Ne

Kartenummer
Číslo karty

Karte (z.B.: Visa, Mastercard)
Karta (např. Visa, Mastercard)

d) Im Besitz der Skiliftkarte "Freizeitticket Tirol"?
(bitte Kopie beilegen)

Ja Nein

d) Jste vlastník lyžařského lístku „Freizeit Tiket Tirol“? (prosím přiložte kopii)

Kartenummer
Číslo lístku

e) Im Besitz der exklusiven Zusatzversicherung "Alpenverein Premium-Jahresreiseschutz" o.
"Alpenverein Premium-Einzelreiseschutz"?

e) Jste vlastník ročního pojištění Alpenverein Premium nebo jednorázového pojištění Alpenverein Premium?

Ja Nein
Ano Ne

Vertragsnummer
Číslo smlouvy

Wurden die eingereichten Rechnungen bereits von Ihnen bezahlt?

Ja Nein

Zaplatili jste už podané faktury /účty?

Ano

Ne

Wenn ja, welche Rechnungen wurden bereits von Ihnen bezahlt?

Pokud ano, které faktury byly vám již uhrazeny?

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung für den Leistungsfall bekannt:

Sdělte nám, prosím, vaše bankovní spojení pro tento pojistný případ:

IBAN:
IBAN

BIC:
BIC

Name und Adresse der Bank

Zustimmungserklärung zur Datenerhebung, Datenbe-/verarbeitung
Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen detaillierten Auskünfte von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen. Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen medizinischen Unterlagen (Informationen über Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung, Daten allfälliger Unfallgründe, Informationen über erbrachte Behandlungsleistungen, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie deren Beendigung und Entlassungsgründe; Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP-Berichte, ärztliche Verlaufsberichte, Entlassungsberichte, gerichtsmedizinische Befunde, etc.) sowie Einsatz- und Behördenprotokolle.

Umfang der erforderlichen Auskünfte

Erforderliche Auskünfte sind die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen detaillierten Auskünfte von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Gesundheitsschäden, krankheitswertige Abnützungerscheinungen, Gebrechen und Unfallfolgen. Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen medizinischen Unterlagen (Informationen über Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung, Daten allfälliger Unfallgründe, Informationen über erbrachte Behandlungsleistungen, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie deren Beendigung und Entlassungsgründe; Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, diagnostische Befunde, OP-Berichte, ärztliche Verlaufsberichte, Entlassungsberichte, gerichtsmedizinische Befunde, etc.) sowie Einsatz- und Behördenprotokolle.

Des Weiteren ermächtige ich die Generali Versicherung AG und die KNOX Versicherungsmanagement GmbH und die jeweils damit verbundenen Unternehmen in alle, diesen Versicherungsfall betreffenden, Akten bei Behörden (Polizei, Gerichte, etc.) Einsicht zu nehmen. Ich stimme ferner zu, dass zur Beurteilung der Leistungspflicht der Versicherer bei Sozialversicherungsträgern und öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und bei privaten Versicherungsunternehmen über, zum Zeitpunkt des

¹⁾ Překlad viz poslední strana.

Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen Informationen (zB im Hinblick auf Doppelversicherungen) im notwendigen Ausmaß einholt.

Widerrufsfolgen

Weiters wurde ich darüber belehrt, dass diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden kann. Im Fall des späteren Widerrufs unterbleiben ab dem Widerrufszeitpunkt sämtliche Datenerhebungen, Datenübermittlungen und Auswertungen. Ich wurde darüber informiert, dass bei Verweigerung dieser Zustimmung oder späterem Widerruf der Zustimmung der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte(n) Person(en) die für die Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus gegenständlichem Versicherungsfall erforderlichen Auskünfte selbst zu beschaffen und dem Versicherer zu übermitteln hat und vor Zugang der zur Beurteilung der Leistungspflicht benötigten Daten beim Versicherer, keine Leistungsansprüche aus dem Versicherungsvertrag fällig werden. Soweit eine Datenerhebung, eine Datenübermittlung oder die Auswertung bereits übermittelter Daten ganz oder teilweise unterbleibt, kann dies auch zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

Entbindung von der Schweigepflicht

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte(n) oder bezugsberechtigte(n) Person(en) entbinden die o.a. Befragten im Umfang dieser Zustimmungserklärung im Vorhinein von ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die angeführten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe und diese Schadensmeldung richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für diese Schadensmeldung und den Versicherungsfall geltenden Versicherungsbedingungen unwahre Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einem Verlust meiner Leistungsansprüche führen kann.

Ort und Datum

Místo a datum

Unterschrift (eigenhändig unterzeichnen)

Podpis

Diese Schadensmeldung senden Sie bitte an: **KNOX Versicherungsmanagement GmbH, Bundesstraße 23, 6063 Rum**

Toto „Hlášení škodné události“ pošlete, prosím, na:

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

1) Překlad ze strany 3

Souhlas se shromažďováním údajů v případě pojistné události

Prohlašuji, že souhlasím se shromažďováním osobních údajů o zdravotním stavu pojišťovnou Generali Versicherung AG resp. KNOX Versicherungsmanagement GmbH výhradně pro účely posouzení smluvního pojistného plnění v případné pojistné události.

Rozsah požadovaných informací

Požadované informace jsou informace nezbytné k posouzení pojistného plnění pro konkrétní pojistnou událost, a to informace o nemocech, poškození zdraví, projevech opotřebením, postižení či následcích úrazu souvisejících s touto pojistnou událostí, které poskytne lékař či zdravotnické zařízení. Mezi požadované informace patří potřebné lékařské podklady (údaje o důvodu hospitalizace či ambulantního ošetření, možných příčinách úrazu, poskytnutém ošetření, délce hospitalizace či ošetření, údaje o propuštění z nemocnice nebo ukončení léčení; a to např. anamnéza aktuálního ošetření/přijetí a stav pacienta, diagnostické nálezy, zpráva o provedených operacích, zpráva o průběhu léčení, lékařská propouštěcí zpráva, nálezy soudního lékařství) a také úřední protokoly. Dále zmocňuji pojišťovnu Generali Versicherung AG resp. KNOX Versicherungsmanagement GmbH k nahlédnutí do všech úředních spisů (policie, soudy atd.) týkajících se této pojistné události. Dále souhlasím s tím, že si pojistitel vyžádá informace o požadovaném, stávajícím nebo ukončeném osobním pojištění u sociálních pojišťovatelů, veřejných fondů a soukromých pojišťoven (z důvodu dvojitého pojištění) za účelem posouzení výše pojistného plnění.

Následky zrušení

Dále jsem byl(a) poučen(a) o tom, že toto zmocnění může být kdykoliv zrušeno. V případě pozdního zrušení nejsou údaje shromažďovány, předávány ani zpracovávány od okamžiku zrušení. Byl(a) jsem informován(a) o tom, že v případě odmítnutí udělit tento souhlas či při jeho pozdním zrušení si sám pojištěnec, resp. pojištěná osoba musí opatřit veškeré informace pro posouzení a plnění všech nároků vyplývajících z předmětné pojistné události a předat je pojistiteli a že před doručením údajů potřebných k posouzení pojistného plnění pojistiteli nejsou splatné žádné nároky na plnění vyplývající z pojistné smlouvy. Pokud není proveden sběr, předání nebo vyhodnocení už předaných údajů, ať v úplném nebo částečném rozsahu, může to vést ke krácení či zamítnutí plnění pojistitele.

Zbavení mlčenlivosti

Pojištěnec resp. pojištěná nebo oprávněná osoba (pojištěné nebo oprávněné osoby) předem zbavují výše uvedené dotazované zdravotnické a jiné subjekty povinnosti mlčenlivosti v rozsahu tohoto souhlasu.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem uvedené otázky zodpověděl(a) pravdivě a úplně. Beru na vědomí, že ve smyslu pojistných podmínek platných pro mou smlouvu jsou nepravdivé údaje považovány za porušení povinnosti, které může vést ke ztrátě mého nároku na pojistné plnění.