

ANTRAG Alpenverein Premium-Einzelreiseschutz
APPLICATION Alpenverein Premium-Single Trip Cover

Besteigungen von Bergen über 6.000 m
Climbs of mountains over 6,000 m

Exklusiv für Mitglieder des Österreichischen Alpenverein
Exclusively for members of Österreichischer Alpenverein



Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag per E-Mail an av-service@knox.co.at
Sie werden über die Annahme bzw. Ablehnung Ihres Antrages schriftlich informiert.
Please send the completed application by email to av-service@knox.co.at
You will be informed in writing about the acceptance or rejection of your application.

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers / Name and address of the policyholder: ☐ Herr / Mr ☐ Frau / Mrs

Titel / Title: _____ Zuname / Last name: _____ Vorname / First name: _____

Geb.datum / Date of birth:

T/D	T/D	M	M	J/Y	J/Y	J/Y	J/Y

 ÖAV-Mitgliedsnummer /
ÖAV-Membership number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse / Address: _____ PLZ / Postcode: _____ Ort / City/Place: _____

Telefon / Phone: _____ E-Mail: _____
(Empfänger Versicherungspolize / recipient of insurance policy)

Reisebeginn / Begin of journey:

T/D	T/D	M	M	J/Y	J/Y	J/Y	J/Y

 Reiseende / End of journey:

T/D	T/D	M	M	J/Y	J/Y	J/Y	J/Y

Es muss immer der gesamte Reisezeitraum versichert werden. Versicherungsbeginn frühestens um 00.00 Uhr nach dem Tag des Einlangens des Antrags beim Versicherer.
The whole duration of the trip must be insured. Start of cover not earlier than 0.00 of the day following the date on which the application is received by the insurer.

Ort / Location, Datum / Date 7 Unterschrift des Versicherungsnehmers / Signature of the policyholder

Angaben zur Reise / zu den geplanten Besteigungen von Bergen über 6.000 m
Information about the trip / the planned climbs of mountains over 6,000 m

1. Name des Berges (der Berge) inkl. Höhenangabe / Name of the mountain(s) including height information:

2. Wieviele Höhenlager / BaseCamps sind geplant und in welcher Höhe befinden sich diese?
How many high-altitude camps / base camps are planned and at what altitude are they located?

3. Dauer der geplanten Besteigung / Duration of the planned climb: _____

4. Schwierigkeitsstufe (nach UIAA-Skala) / Difficulty level (according to UIAA scale): _____

5. Detaillierter Routenplan/Tourenbeschreibung od. Angabe des entsprechenden Links, wo die Tour beschrieben wird /
Detailed route plan/tour description or indication of the corresponding link where the tour is described:

ANTRAG Alpenverein Premium-Einzelreiseschutz
APPLICATION Alpenverein Premium-Single Trip Cover

Besteigungen von Bergen über 6.000 m

Climbs of mountains over 6,000 m

Exklusiv für Mitglieder des Österreichischen Alpenverein

Exclusively for members of Österreichischer Alpenverein



6. Wieviele Jahre an Bergerfahrung haben Sie? How many years of mountain experience do you have?

7. Welche vergleichbaren Berge wurden bis jetzt von Ihnen bestiegen?

Which comparable mountains have you climbed so far?

8. Wie lange haben Sie sich körperlich für die Besteigung des Berges über 6.000 m vorbereitet?

How long did you physically prepare for climbing the mountain over 6,000 m?

☐ bis 6 Monate / up to 6 months

☐ bis 12 Monate / up to 12 months

☐ länger als 12 Monate / longer than 12 months

9. Haben Sie die Besteigung des Berges über 6.000 m über einen Veranstalter gebucht?

Did you book the climb of the mountain over 6,000 m through an organizer?

☐ Ja / Yes

☐ Nein / No

Wenn ja, welchen / If yes, which one:

10. Wird Ihre Besteigung des Berges über 6.000 m von einem erfahrenen Tourenleiter/Bergführer begleitet?

Is your climb of the mountain over 6,000 m accompanied by an experienced tour leader/mountain guide?

☐ Ja / Yes

☐ Nein / No

Wenn ja, welchen / If yes, which one:

11. Verwenden Sie für das Besteigen des Berges über 6.000 m künstlichen Sauerstoff?

Do you use artificial oxygen to climb the mountain over 6,000 m?

☐ Ja / Yes

☐ Nein / No

12. Werden Sie durch erfahrene Sherpas auf den Gipfel begleitet?

Will you be accompanied to the summit by experienced Sherpas?

☐ Ja / Yes

☐ Nein / No

Wenn ja, wo wurden diese gebucht? If yes, where did you book them?

ANTRAG Alpenverein Premium-Einzelreiseschutz APPLICATION Alpenverein Premium-Single Trip Cover

Besteigungen von Bergen über 6.000 m
Climbs of mountains over 6,000 m

Exklusiv für Mitglieder des Österreichischen Alpenverein
Exclusively for members of Österreichischer Alpenverein



Versicherungsdauer / Insured period:

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Versicherungsdauer an. Pro Antrag kann nur eine Versicherungsdauer gewählt werden.

Please choose the applicable insurance period. Only one insurance period can be selected per application.

Versicherungsdauer bis / Insured period up to	Weltweit über 6.000 m Worldwide over 6,000 m
☐ 31 Tage / days	€ 400
☐ 2 Monate / months	€ 650
☐ 3 Monate / months	€ 900
☐ 4 Monate / months	€ 1.150

Leistungen / Benefits: Laut Leistungsbeschreibung Alpenverein Premium-Einzelreiseschutz Stand 12/2022. According to „Cover description“ of the Alpenverein Premium single travel insurance (Version 12/2022).

Versicherungsbedingungen / Insurance Conditions:

Es gelten die EUROPÄISCHEN Reiseversicherungsbedingungen ERV-RVB ÖAV 2022. The insurance product is subject to the EUROPÄISCHE travel insurance conditions ERV-RVB ÖAV 2022.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist eine Mitgliedschaft der versicherten Person beim Österreichischen Alpenverein.
The **prerequisite** for insurance cover is the membership of the insured person in the Österreichischen Alpenverein.

SEPA-Lastschrift-Mandat: SEPA-direct debit-mandate:

Zahlungsempfänger: Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien
Gläubiger-Identifikationsnummer (Creditor ID): AT37ZZZ00000002762
Creditor: Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Vienna
Creditor ID: AT37ZZZ00000002762

IBAN: _____ BIC: _____

Name/Firma des Kontoinhabers**: _____
Account holder name/company

Adresse des Kontoinhabers**: _____
Address of account holder**

** nur auszufüllen, wenn vom Versicherungsnehmer abweichender Kontoinhaber

** only to be completed if the account holder is different from the policyholder

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich

- das **Informationsblatt** zum gewählten Versicherungsprodukt, die **Leistungsbeschreibung**, die **Versicherungsbedingungen**, das **Informationsblatt zur Datenverarbeitung**, die **Beschwerdemöglichkeiten** und die **Belehrung über das Rücktrittsrecht** erhalten habe,
- die **Beratungsdokumentation** erhalten und die Richtigkeit und Vollständigkeit der darin gemachten Angaben geprüft habe,
- mit der **Zusendung der Versicherungspolizze per E-Mail** einverstanden bin und
- die Europäische Reiseversicherung AG ermächtige, Zahlungen **von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen**. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Europäischen Reiseversicherung AG auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

With my signature, I confirm that I

- have received the information regarding the insurance product (**Insurance Product Information Document, Coverage Description, Terms and conditions of insurance, Information on data processing, Complaints procedure and Withdrawal rights**),
- have received the **advisory documentation** and checked the accuracy and completeness of the information provided,
- agree to **receive the insurance policy by email** and
- authorize Europäische Reiseversicherung AG to send instructions to my bank to **debit my account**. Furthermore I instruct my bank to debit my account in accordance with the instructions from Europäische Reiseversicherung AG. As part of my rights, I am entitled to a refund from my bank under the terms and conditions of my agreement with my bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which my account was debited. The conditions agreed with my credit institution apply.

Ort, Datum / Place and date

7

Unterschrift des Kontoinhabers / Signature of the account holder

Versicherer: **Europäische Reiseversicherung AG**, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien
Tel. +43 1 317 25 00, E-Mail: info@europaeische.at, www.europaeische.at, Firmenbuch HG Wien FN 55418y.
Insurer: **Europäische Reiseversicherung AG**, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Vienna
T +43 1 317 25 00, info@europaeische.at, www.europaeische.at, Commercial register HG Wien FN 55418y.

Unser Informationsblatt zur Datenverarbeitung ist unter europaeische.at/datenschutz abrufbar oder kann bei unserem Kundenservice angefordert werden.

Aufsichtsbehörde: FMA Finanzmarktaufsicht, Bereich: Versicherungsaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Wien. Die Europäische Reiseversicherung AG gehört zur Unternehmensgruppe der Assicurazioni Generali S.p.A., Triest, eingetragen im Versicherungsgruppenregister der IVASS unter der Nummer 026.

Our information sheet on data is available at europaeische.at/en/legal/privacy or can be requested from our customer service.

Supervisory authority: FMA Financial Market Authority, Department: Insurance Supervision, Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Vienna. The Europäische Reiseversicherung AG belongs to the Group of Assicurazioni Generali S.p.A., Trieste, which is registered in the register of insurance groups of IVASS under no. 026.