

Ajánlat és nyilatkozatok/ Insurance Application and Statements



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • generali.hu/kapcsolat

Ajánlat és nyilatkozatok a Generali Biztosító Zrt. STUDIUM szolgáltatás-finanszírozó egészségbiztosításához / Insurance Application and Statements Schedule for STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance Policy of Generali Biztosító Zrt.

Szerződő/Biztosított vezetékneve / Policyholder/Insured's last name

Szerződő/Biztosított keresztnéve / Policyholder/Insured's first name

Neme / Gender férfi / male nő / female Születési dátuma (nap/hó/év) / Day/month/year of birth:

Állampolgársága/Citizenship

Magyarországi levelezési cím/Mailing Address in Hungary

Mobilszáma/Mobile Phone Útlevelezési száma/Passport number

Email címe/ Email Address

Szerződésszám/Policy No. -SD-NL **Tertam/Term:** határozott/defined

Biztosítási időszak/insurance period (év/hó/nap/year/month/day) from 20 /

Területi hatály/Regional scope: Magyarország/Hungary **Biztosítás díja/Insurance Premium: HUF**

Nyilatkozat ügyféltájékoztatásról

(A nyilatkozatok csak a jelölőnégyzet kitöltésével együtt érvényesek!)

Kijelentem, hogy a fenti biztosítási szerződés megkötését megelőzően az alábbi vonatkozó angol és magyar nyelven is elérhető dokumentumokat az alább megadott webhelyről kellő időben letöltöttem, azok tartalmát megismertem, megértettem és elfogadtam, ideértve a Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlatról lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is, továbbá megértettem és tudomásul vettem, az egészségügyi szolgáltatások körére, tartalmára, az éves szolgáltatási limit és részlimit, továbbá az önrészek és a kizárások/mentesülések (ideértve a meglévő betegségekkel kapcsolatos kizárás) alkalmazására vonatkozó feltételeket.

- STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás szerződési feltételei,
 Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések,
 Terméktájékoztató a STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításról,
 Biztosítási termékismertető a STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításhoz,
 Biztosítási igények és szükségletek felmérése.

Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a fentiekben megjelölt adataimat a biztosító, mint adatkezelő az Egészségbiztosítási szerződés létrejötté, nyilvántartása és a szolgáltatás teljesítése céljából nyilván tartja és kezeli.

- Kijelentem, hogy a biztosításközvetítőre vonatkozó tájékoztatást a biztosításközvetítőtől átvettem.
 Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt a biztosítási igényeim és szükségleteim felmérése megtörtént, és a javasolt biztosítási termék összhangban van az igényfelmérés során általam megadott információkkal.
 Felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt.-t, hogy a biztosítási szerződés kezelésével, így különösen annak létrejöttével, esetleges megszüntetésével, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, kármegelőzéssel kapcsolatos információkat elektronikusan úton, az általam jelen nyomtatványon megadott email címre küldje meg részemre.

A biztosító és a biztosított kapcsolattartása valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar és angol nyelven történik azzal, hogy véleménykülönbség esetén a magyar nyelvű szöveg az irányadó.

A szerződés részét képező kapcsolódó dokumentumok letölthetők

a webhelyről.

Declaration on the Delivery of Customer Information

(Declarations are only valid if the respective boxes are checked.)

I hereby declare, furthermore, that I have read and understood the general terms and conditions of the health insurance, entitled 'Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies', and the document entitled 'Product Information for STUDIUM fee-for-service health insurance of Generali Biztosító Zrt' and agree to the terms, including the chapter summarizing the provisions of the policy conditions which substantially differ from the Civil Code and standard contractual practice (e.g. the 2-year limitation period, which is shorter than the standard 5-year limitation period), and I understand and acknowledge the conditions concerning the range and content of the covered health care services, the annual benefit limit and sub-limits, the deductibles as well as the exclusions/exemptions (including exclusions for pre-existing conditions).

- STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance – Terms and Conditions,
- Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies,
- Product Summary for STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance,
- Insurance Product Information Document on STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance,
- Insurance Demands and Needs survey.

I, the undersigned policyholder/insured hereby declare that I have been duly advised of the fact that my personal data specified above may be recorded and processed by the insurance company as data controller for the purposes of concluding and administering the Health Insurance Policy and for delivering health insurance services.

- I hereby declare that the insurance intermediary has disclosed to me the mandatory information about the insurance intermediary.
- I hereby declare that my insurance demands and needs had been assessed before I completed the insurance application, and the recommended insurance product was in accordance with the information I had disclosed during the needs survey.
- By virtue of signing this declaration, I hereby consent that all communications related to this insurance, including notification about the conclusion and cancellation of coverage, information about insurance claims, claim settlement and loss prevention, are to be delivered to the Policyholder electronically by Generali Biztosító Zrt., to the email address I specify herein.

Communication between the Insurance Company and the Insured, as well as notices addressed to the Insured persons shall be made both in Hungarian and in English, it being understood that in disputes or disagreement the Hungarian wording shall prevail.

The Insurance policy can be found under the

.....

Kelt/Date

Generali Biztosító Zrt.
 Generali Insurance Private Company
 Limited by Shares

Szerződő/Biztosított aláírása
 Signature of Policyholder/Insured

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a biztosító a biztosítási szerződésekre vonatkozó általános feltételekben külön fejezet(ek)ben foglalta össze a Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezéseket.

A biztosítási szerződésekre irányadó általános feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződéses gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezéseit tartalmazó fejezetében foglaltakat kifejezetten elfogadom.

Please be advised that all the provisions of the applicable policy conditions which substantially differ from the respective provisions of the Hungarian Civil Code are summarized separately in a separate chapter(s).

I hereby specifically agree to abide by the Chapter of the applicable general terms and conditions setting out 'Conditions which substantially differ from the provisions of the Hungarian Civil Code and from standard contractual practices'.

Kelt/Date:

.....
Szerződő/Biztosított aláírása
Signature of Policyholder/Insured

Részletes tájékoztatás a STUDIUM szolgáltatás-finanszírozó egészségbiztosítás biztosítási feltételekben

For detailed information STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance

Kockázatviselés kezdete

Az Ajánlat és nyilatkozatok ügyfél általi aláírásának és az egyösszegű biztosítási díj megfizetésének napját követő nap 0. óra (ha a két időpont egymástól eltér, a kockázatviselés az azt követő nap 0. órakor kezdődik, mikor mindkét feltétel teljesült), de legkorábban a biztosítási időszak kezdő napja.

Start of the coverage

At 0 a.m. of the day following the date when the customer executes the Insurance Application/Statements and pays the insurance premium in one sum (if it is not the same day, then on the date when both conditions are met), not to precede the desk or first day of the insured period.

Területi hatály: Magyarország

Geographical Limit: Hungary

Kijelölt szolgáltató

Szent Kristóf Szakrendelő Kft.

1117 Budapest, Fehérvári út 12.

Rendelési idő: hétfő–péntek: 08.00 – 20.00.

Betegség esetén először – munkanapokon 8:00-tól 20:00-ig – hívja az alábbi telefonszámokat, amelyen angolul jól beszélő alapellátó orvosok érhetők el, ők adnak eligazítást a további teendőkről.

Az orvosok elérhetősége: +36 30 678 6450.

Időpontfoglaláshoz (orvosi ellátás előjegyzéséhez) rendelési időben hívja az angolul beszélő betegirányítót a következő telefonszámon: +36 30 859 2657.

Egyéb időpontokban az Inter-Ambulance Zrt. biztosítja az ügyeleti ellátást a 1115 Budapest, Tétényi út 12–16. szám alatti ügyleti Ambulancián a Szent Imre Kórházban. Telefonszáma: +36 1 203 3615.

Designated service provider

Szent Kristóf Szakrendelő Kft.

Address of the Medical Center: 1117 Budapest, Fehérvári út 12.

Reception times: Monday–Friday: 08.00 – 20.00.

If you have an urgent medical problem, call the numbers below between 8:00a.m. and 20:00p.m. on workdays; our English-speaking primary care doctors will establish your need and provide you with further information about what to do.

Telephone number of primary care physician: +36 30 678 6450.

To make an appointment (to book a medical appointment) CALL OUR ENGLISH-SPEAKING OPERATOR DURING SURGERY OPENING HOURS at: +36 30 859 2657.

At other times medical services/emergency care is provided by Inter-Ambulance Zrt. in an out-ofhours Clinic located at 1115 Budapest, Tétényi út 12-16. Telephone: +36 1 203 3615.

A biztosító szolgáltatásaira adott biztosítási időszakon belül alkalmazandó összeghatár/ rész-összeghatár / önrész

Limits/sublimits/ deductibles applicable to insurance benefits within any one insured period:

Összeghatár **HUF 2 000 000**

Limit of Cover: **HUF 2 000 000**

Adott biztosítási időszakon belül alkalmazandó részösszeghatár

Sublimits applicable to insurance benefits within any one insured period

– Gyógyszerekre HUF 100 000

to pharmaceuticals HUF 100 000

– Gyógyászati segédeszközökre HUF 100 000

to durable medical equipment HUF 100 000

Gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre vonatkozó költségtérítés esetén alkalmazandó önrész: 50%

Deductibles applicable to the reimbursement of the costs of pharmaceuticals and durable medical equipment: 50%

A biztosító és a biztosított kapcsolattartása, valamint a biztosítottak tájékoztatása magyar és angol nyelven történik azzal, hogy véleménykülönbség esetén a magyar nyelvű szöveg az irányadó.

Communication between the Insurance Company and the Insured, as well as notices addressed to the Insured persons shall be made both in Hungarian and in English, it being understood that in disputes or disagreement the Hungarian wording shall prevail.

Szerződésszám/Policy No. -SD-NL

Biztosított neve:

Útleveleszám:

A biztosított egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításhoz

Tájékoztatjuk, hogy az egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat, ezért a biztosított jogviszonyának létrehozatala, illetve jövőbeni szolgáltatási igényének az elbírálása érdekében kérjük, hogy az alábbi (első és második) jelölőnégyzet kipipálásával nyilatkozzon a hozzájárulás megadásáról. Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított az alábbi hozzájáruló nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található első és második jelölőnégyzet kitöltésével.

- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, az azokhoz elengedhetetlenül szükséges személyes adatokat kezelje, valamint az azokat kezelő intézményektől, személyektől (különösen: járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények, társadalombiztosítási szerv, az egészségkárosodás mértékének megállapítására jogosult szerv, háziorvos) beszerezze. Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában a biztosító a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (a biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.
- Jelen nyilatkozat aláírásával felmentem az egészségi állapotomra vonatkozó személyes adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó intézményeket, személyeket (pl. háziorvos, járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv, a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás/egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.
- Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a fent megjelölt biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak, – illetve ellátásszervezői tevékenység esetén annak lefolytatása céljából, a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett a kijelölt egészségügyi szolgáltatóknak és/vagy a szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatás-szervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

Név: **Szent Kristóf Szakrendelő Kft.**
 Székhely: **1117 Budapest, Fehérvári út 12.**
 Adószám: **21814097-2-43**

Tájékoztatjuk, hogy az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkok képező személyes adatokat a biztosító az adatvédelmi előírások betartása mellett adatfeldolgozó részére, továbbá kiszervezési tevékenység keretében szerződött szakértői (orvosok, orvosszakértők, egészségügyi szolgáltatók) részére kockázatelbírálással és szolgáltatási igény rendezésével kapcsolatos szakértői vélemény elkészítése érdekében átadhatja.

Insured's Declaration for the Processing of Medical Information, Waiver of Medical Confidentiality for STUDIUM Fee-For-Service Health Insurance

Please note that the processing of your health data is subject to your explicit consent, so in order to add you as insured to the insurance policy or to assess your future insurance claims, you need to give consent by ticking the following (the first and second) boxes below. Please, note that the insurance company may only underwrite the insured risk and thus provide the health insurance coverage under the insurance policy if the insured has duly given consent to data processing by checking the first and second boxes in this declaration form.

I, the undersigned, hereby give my express consent and authorize Generali Biztosító Zrt to process the personal data directly relating to my health and/or my medical condition (health data) to the extent they are necessary for the purposes of concluding, establishing, amending and administering the insurance policy (including the coverage of the insured) specified to above, as well as for assessing and settling insurance claims arising from the insurance policy, and to obtain them from health care institutions and medical personnel (in particular, from outpatient and inpatient facilities, other health care and social institutions, social security bodies, administrative bodies entitled to assess the extent of health impairment, general practitioners). I specifically authorize the insurance company to process the health data which I have provided or the insurance company has obtained (or otherwise accessed) in connection with the health insurance policy specified above, at the time of signing this declaration or at any time afterwards, or at any time previously, for the above purposes and to use them also for the insurance policy specified above.

By signing this declaration, I hereby release and discharge the institutions and persons (e.g. general practitioners, outpatient and inpatient medical facilities and other health care and social institutes) as well as government organizations (e.g. the social insurance agency, the body authorized by the effective legislation to determine a degree of disability/physical or mental impairment) who/which keep records of such protected health information concerning my medical conditions to comply with the law, from their confidentiality obligation.

I, the undersigned, hereby give the insurance company specific consent and permission to transfer my protected health data to its parent company, to any member state re-insurance company, or in the case of co-insurance to a risk sharing insurance company seated in a member state for the purposes of underwriting risks, assessing insurance claims, claim settlement, co-insurance, and re-insurance related to the insurance policy specified above; as well as to the designated medical service provider and/or to the medical management service provider and to any of its contracted partners providing medical and health services for the purposes of coordinating and arranging medical services and treatments, in compliance with the provisions on the confidential treatment of insurance information.

Name: **Szent Kristóf Szakrendelő Kft.**
 Registered address: **1117 Budapest, Fehérvári út 12.**
 TAX Number: **21814097-2-43**

Please note that in compliance with data protection regulations, the insurance company may disclose protected health data and confidential data related to insurance to the data processor, or to its contracted experts (physicians, medical experts, health care service providers) within the framework of outsourcing activities, for the purposes of preparing expert opinions as required for underwriting and the settlement of claims.

Kelt/Date:

.....
 Szerződő/biztosított aláírása / Signature of Policyholder/Insured

Tanúk/Witnesses:

Név/Name:

Név/Name:

Cím/Address:

Cím/Address:

Aláírás/Signature:

Aláírás/Signature:

Szerződésszám/Policy No. -SD-NL

Biztosított neve:

Ütlevélszám:

ADATKEZELÉS

A személyes adatok kezelője a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

- **Az adatkezelés céljai**
 - a) a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
 - b) a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
 - c) a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
 - d) a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása;
 - e) a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
 - f) panaszok kezelése.

- **Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban**
 Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.
 Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben.
 Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kéréseit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni.
 Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

- **Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről**
 A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató a generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.

DATA PROCESSING

Personal data will be processed on behalf of Generali Biztosító Zrt (registered seat: 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.), the data controller.

- **The purposes of the processing**
 - a) keeping records of, and handling administrative matters concerning the insurance policy;
 - b) processing and assessing insurance claims made on the insurance policy;
 - c) preventing and combating the fraudulent use or abuse of insurance policies so as to protect the interest of the insurance pool;
 - d) preventing and combating money laundering and terrorist financing, complying with international sanctions, and establishing tax residence;
 - e) preventing and combating the financing of terrorism, and complying with international sanctions;
 - f) handling of complaints.

- **In respect of the processing of your personal data**
 You shall have the right to obtain from the data controller confirmation as to whether or not your personal data are being processed, and, where that is the case, access to the personal data. You shall have the right to obtain from the data controller the rectification of inaccurate personal data concerning you, or in the cases specified in legislation, the erasure of your personal data or restriction of processing of your data; you shall also have right to data portability. Where processing is based on your consent, you have the right to withdraw your consent at any time.
 You shall have the right to object to the processing of your personal data for direct marketing purposes, or to data processing based on a legitimate interest of the data controller. If a complaint or request concerning the processing of your personal data could not be resolved to your satisfaction, or you believe that the processing of your personal data infringes the law, you are entitled to lodge a complaint with the National Authority for Data Protection and Freedom of Information.
 If your rights to the protection of your personal data has been breached, You may address your complaint + to court.

- **Detailed Information on Personal Data Processing**
 The detailed rules of data processing for the purposes specified above, as well as the list of data processors engaged, and the rights and remedies related to the processing of personal data are set out in the Insurance Company's Privacy Notice. To read the Privacy Notice, visit generali.hu and click on Data Processing (Adatkezelés) at the bottom of the page.