

PLACE HERE

application number sticker

Ajánlati matrica helye

Please note! The insurance application is **ONLY** valid with an 'application number sticker'.

Kérjük vegye figyelembe, hogy az ajánlat kizárólag a felragasztott ajánlati sorszámmal ellátott matricával érvényes!

APPLICATION FORM BIZTOSÍTÁSI AJÁNLAT



International Private Medical Insurance
MediHelp International Plans

Nemzetközi Magán Egészségbiztosítás
MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítás

Please complete all relevant sections of this form. All information is confidential.
Kérjük, töltsse ki az összes Önre vonatkozó mezőt az űrlapon. Minden adatot bizalmasan kezelünk.

SECTION A/ A SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

MY PERSONAL DETAILS ARE AS FOLLOWS (Policyholder) SZEMÉLYES ADATOK (Szerződő)

If the policyholder is not legal entity
(If the policyholder is also the insured, only the Section C to be filled in besides this section.)
Jogi személyiséggel nem rendelkező szerződő esetén
(ha a szerződő biztosított is, akkor csak a C szakasz töltendő ki ezen szakasz mellett.)

Mr. / Mrs. / Ms. Úr / Hölgý						
My first name Keresztnev						
My family name Vezetéknév						
Date of birth Születési idő	Day Nap		Month Hónap		Year Év	
Place of birth Születési hely						
Mother's name (maiden name) Anyja leánykori neve						
Type of identity document Azonosító okmány típusa						
Number of identity document Azonosító okmány száma						
Gender Nem	Man Férfi		Woman Nő			
Nationality Állampolgárság						
Occupation Foglalkozás						
Residency address Lakcím						
Correspondence address Értesítési cím						
Phone/ Mobile Telefon/ Mobil						
E-mail address E-mail cím						

Application number/Ajánlatszám:

If the policyholder is legal entity/Ha a szerződő jogi személyiséggel rendelkező szervezet

Name of the company Cég neve			
Company's registration number Cégjegyzék száma			
Company's Hungarian fiscal identification no. Cég magyar adószáma			
Name of authorized representative Képviselőre jogosult neve			
Position of authorized representative Képviselőre jogosult beosztása			
Registered site address Székhely címe			
Branch of activity Cég tevékenysége			
Hungarian Permanent establishment* Magyarországi telephely címe*			
Name of the contact person Kapcsolattartó neve			
Phone/ Mobile Telefon/ Mobil			
E-mail address E-mail cím			

*to be filled if the company does not have a Hungarian registered office

* kitöltendő, ha a cégnek nincs magyarországi bejegyzett székhelye

Insurance Intermediary's data/Biztosításközvetítő adatai

Name Név			
JUST code JUST kód			
Registration Number at the Supervisory Felügyeleti regisztrációs szám			
Business unit code Területi egység kód			
Phone/ Mobile Telefon/ Mobil			
E-mail address E-mail cím			

SECTION B/ B SZAKASZ

PERSON(S) THAT I WISH TO INSURE
BIZTOSÍTANI KÍVÁNT SZEMÉLY(EK)

Application number/Ajánlatszám:

Total number of insured persons / Teljes biztosított létszám:

Insured's ordinal number Biztosított sorszáma					
Mr. / Mrs. / Ms.					
First name Keresztnév					
Family name Vezetéknév					
Date of birth Születési idő	Day Nap		Month Hónap		Year Év
Place of birth Születési hely					
Mother's name (maiden name) Anyja leánykori neve					
Type of identity document Azonosító okmány típusa					
Number of identity document Azonosító okmány száma					
Gender Nem	Man Férfi		Female Nő		
Nationality Állampolgárság					
Occupation Foglalkozás					
Residency address Lakcím					
Correspondence address Értesítési cím					
Phone/ Mobile Telefon/ Mobil					
E-mail address E-mail cím					
Her/His relationship to me Kapcsolata Önnel					

SECTION C/ C SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

This section asks for health and medical details, past and present about yourself.

Please tick Yes or NO to every question. If you tick YES to a question, please give full details below

in the additional information section. Please ensure you tell us about any known conditions and symptoms even if professional medical advice has not yet been sought. If you do not provide us with full details we may terminate your cover or we may not pay your claims.

If you to be covered under this plan:

* Seen a doctor or other healthcare professional **in the last three years**, OR

* Been admitted to a hospital, had an operation/procedure or had an investigation (e.g. scan/ blood tests) **in the last five years**, for any of the medical problems listed in questions 1-12 below, please advise accordingly.

I HAVE READ THE ABOVE SECTION CAREFULLY AND I WILL COMPLETE ANY RELEVANT SECTIONS IN THE MEDICAL QUESTIONNAIRE/ STATEMENT OF HEALTH, WITH ALL DUE DILIGENCE

Ez a szakasz az Ön korábbi és jelenlegi egészségügyi állapotára kérdez rá.

Kérjük, hogy minden kérdésnél pipálja ki az Igen (I) vagy Nem (N) lehetőséget. Ha valamelyik kérdésre igennel válaszol, akkor a választ kérjük, hogy a kiegészítő információknál részletezze.

Kérjük, győződjön meg róla, hogy minden ismert betegséget és tünetet feltüntetett, még akkor is, ha azzal eddig nem fordult orvoshoz. A teljes adatszolgáltatás elmulasztása biztosításának felmondását, illetve a biztosítási igények kifizetésének megtagadását eredményezheti.

Igazak-e az alábbi állítások Önre?

* Fordult orvoshoz vagy más egészségügyi szakértőhöz **az elmúlt három évben** VAGY

* Beutalták kórházba, műtéten illetve beavatkozáson esett át vagy kivizsgálták (pl. szűrés, vizezvizsgálat) **az elmúlt öt évben** az 1-12. kérdésekben felsorolt egészségügyi problémával kapcsolatban.

A FENTI SZAKASZT FIGYELMESEN ELOLVASTAM ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV/ EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT RELEVÁNS SZAKASZAIT KELLŐ GONDOSSÁGGAL KITÖLTÖM

MEDICAL QUESTIONNAIRE/ STATEMENT OF HEALTH EGÉSZSÉGÜGYI KÉRDŐÍV/ EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

	Insured's name Biztosított neve	Insured's ordinal number Biztosított sorszáma	Yes Igen	No Nem
1	Heart or circulatory disorders e.g.: high blood pressure, angina, chest pains, heart attack, heart failure, abnormal heart beat, aneurysm or varicose veins. Szív- vagy keringési rendellenesség pl.: magas vérnyomás, angina, mellkasi fájdalmak, szívroham, szívleállás, szívritmuszavar, aneurizma vagy visszér.			
2	Endocrine (glandular) disorders e.g. diabetes (Type 1 or Type 2), thyroid problems, or obesity. Endokrin (mirigy) betegségek pl. cukorbetegségek (1-es vagy 2-es típusú), pajzsmirigy problémák vagy túlsúly.			
3	Breathing or respiratory disorders e.g. shortness of breath, asthma, COPD, chest infections, pneumonia, bronchitis, tuberculosis or allergies (including allergic rhinitis and anaphylaxis). Légzési vagy légúti rendellenességek pl. légszomj, asztma, COPD, mellkasi fertőzések, tüdőgyulladás, hörghurut, tuberkulózis vagy allergiák (beleértve a szénanáthát és anafilaxist).			
4	Stomach, intestines, liver or gall bladder problems e.g. stomach inflammation/ ulcers, irritable bowel, Crohn's disease, colitis, change in bowel habits, abdominal pain, hemorrhoids/piles, pancreatitis, liver inflammation, cirrhosis, gall stones or hernias. Gyomor, bél, máj vagy epehólyag problémák pl. gyomorgyulladás/ fekély, irritábilis bél szindróma, Crohnbetegség, vastagbélgyulladás, székelési problémák, hasi fájdalmak, aranyér, hasnyálmirigy-gyulladás, májgyulladás, májzsugorodás, epekő vagy sérv.			
5	Cancer, tumors or growths e.g. polyps, benign growths, any cancers or pre-cancerous conditions. Rák, tumor vagy daganat pl. polip, jóindulatú daganat, bármilyen rák vagy rákot megelőző állapot.			

Application number/Ajánlatszám:

	Insured's name Biztosított neve	Insured's ordinal number Biztosított sorszáma	Yes Igen	No Nem
6	Brain or nervous system disorders e.g. stroke, dementia, migraine, repeated headaches, multiple sclerosis, epilepsy/ seizures, nerve pain (including sciatica and shingles) or meningitis. Agyi vagy idegrendszeri rendellenesség pl. agyvérzés, elmebaj, migrén, visszatérő fejfájás, szklerózis multiplex, epilepszia/roham, idegfájdalom (beleértve az isiászt és övsömört) vagy agyhártyagyulladás.			
7	Muscle or skeletal problems e.g. arthritis, back pain, neck/shoulder problems, cartilage and ligament problems, joint replacements, fractures, osteoporosis, gout or inflammatory conditions. Izomokkal és vázrendszerrel kapcsolatos problémák pl. ízületi gyulladás, hátfájdalom, nyaki/vállproblémák, porc- és ínproblémák, ízületi protézisek, törések, csonttritkulás, köszvény vagy gyulladásos állapotok.			
8	Urinary or reproductive system problems e.g. kidney or bladder problems (including kidney failure), recurrent urinary infections, incontinence, pregnancy/ childbirth problems (including caesarean section), heavy or irregular periods, fibroids, endometriosis, infertility, abnormal smears, polycystic ovaries, testicular or prostate disorders. Húgyrendszerrel vagy nemi szervekkel kapcsolatos problémák pl. vese vagy hólyagproblémák (beleértve a veseelégtelenséget), visszatérő húgyúti fertőzések, inkontinencia, terhességi/szülési problémák (beleértve a császármetszést), nehéz vagy rendszertelen menstruáció, mióma, endometriózis, meddőség, rendellenes foltok, policisztás petefészkek, here vagy prosztata-rendellenesség.			
9	Blood/ infective/ immune disorders e.g. abnormal blood tests, high cholesterol, anemia, hepatitis, HIV, malaria, or any autoimmune disorder. Vér-/fertőző/immunrendszeri betegségek pl. rendellenes vérminta, magas koleszterin, vérszegénység, hepatitisz, HIV, malária vagy bármely autoimmun betegség.			
10	Eye, ear, nose, throat and dental problems e.g. cataracts, glaucoma, visual impairment, deafness, ear infections, tonsillitis, dental infections, wisdom teeth problems or gingivitis. Szem-, fül-, orr-, torok- és fogproblémák pl. szürkehályog, zöldhályog, látáskárosodás, sükettség, fül fertőzései, mandulagyulladás, a fog fertőzései, bölcsességfogakkal kapcsolatos problémák vagy fogínygyulladás.			
11	Psychiatric/ psychological disorders e.g. schizophrenia, compulsive or eating disorders, depression, stress, anxiety or drug/alcohol dependency. Pszichiátriai/pszichológiai betegségek pl. skizofrénia, kényszerbetegségek vagy étkezési zavarok, depresszió, stressz, szorongás vagy drog-/alkoholfüggőség.			
12	Are you taking any medication, prescribed or otherwise? Jelenleg szed orvos által felírt vagy egyéb gyógyszert?			
13	Are you receiving any treatment of any kind, or require or expect to require any review, investigations or treatment for any current or past medical problem not already mentioned in this application? Részt vesz-e bármelyik biztosítani kívánt személy bármilyen kezelésben, illetve szükséges vagy várhatóan szükséges-e a vizsgálata, kivizsgálása vagy kezelése bármely jelenlegi vagy korábbi, a biztosítási ajánlaton még nem említett egészségügyi problémával kapcsolatban?			
14	Have you experienced any signs or symptoms of any medical problem in the last six months, regardless of whether a health care professional has been consulted? Volt-e bármilyen egészségügyi problémával kapcsolatos tünete az elmúlt hat hónapban, függetlenül attól, hogy fordult-e vele orvoshoz?			
15	Height (cm) Magasság			
16	Weight (kg) Súly (kg)			
17	Have you smoked within the last 5 years? Dohányzott az elmúlt 5 évben?			

Application number/Ajánlatszám:

FURTHER INFORMATION
KIEGÉSZÍTŐ INFORMÁCIÓ

<p>Name of the insured and the relevant question number.</p> <p>A biztosított neve és a releváns kérdés száma.</p>	<p>Please specify as accurately as possible the name of the illness or medical problem.</p> <p>Kérjük, adja meg minél pontosabban a betegség vagy egészségügyi probléma nevét!</p>	<p>When did the symptoms started and when was treatment completed?</p> <p>Mikor kezdődtek a tünetek és mikor fejezték be a kezelést?</p>	<p>What treatment did you receive and when (please include dates, names and details of medication)?</p> <p>Mikor és milyen kezelést kapott (kérjük adja meg a dátumot, a gyógyszerek nevét és a kezelés részleteit)?</p>	<p>What was the outcome of the treatment (e.g. ongoing, complete recovery, recurrent or likely to recur)?</p> <p>Mi volt a kezelés eredménye (pl. folyamatban van, teljes felépülés, visszatérő vagy valószínűleg visszatérő)?</p>

* If there is insufficient space, please use a separate sheet to fill in, sign and date.

* Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő hely, kérjük folytassa egy üres lapon, aláírással, keltezéssel.

SECTION D/ D SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

MY PREFERRED PAYMENT DETAILS FIZETÉSI PREFERENCIÁK ÉS RÉSZLETEK

Please fill in the below tables in case of each insured person taking an X into the boxes.
Kérjük röltse ki az alábbi táblázatot minden egyes biztosított esetén egy x-vel jelölve válaszait.

Insured's name Biztosított neve		Insured's ordinal number Biztosított sorszáma	
------------------------------------	--	--	--






Currency Pénznem	HUF
---------------------	-----

Frequency of payment Fizetés üteme	Quarterly Negyedéves	Bi-annually Féléves	Annually Éves
---------------------------------------	-------------------------	------------------------	------------------

Payment method Fizetés módja	Bank Transfer Átutalás	Direct debit Csoportos beszedési megbízás
---------------------------------	---------------------------	--

Deductibles in case of Blue and Azure Plan Önrész Blue és Azure csomag esetén	None Nincs	24 375 HUF	48 750 HUF	81 250 HUF	162 500 HUF	325 000 HUF	812 500 HUF	1 462 500 HUF
--	---------------	---------------	---------------	---------------	----------------	----------------	----------------	------------------

Deductibles in case of Cobalt, Admiral and Royal Plan Önrész Cobalt, Admiral és Royal csomag esetén	None Nincs	48 750 HUF	97 500 HUF	203 125 HUF	406 250 HUF	812 500 HUF	2 031 250 HUF
---	---------------	---------------	---------------	----------------	----------------	----------------	------------------

Insurance plan Biztosítási csomag					
--------------------------------------	---	---	---	---	---

Optional plan Opcionális csomag	DENTAL/ FOGÁSZATI	Total price per insured Végösszeg biztosítottanként	HUF/Year HUF/Év
------------------------------------	----------------------	---	--------------------

Notes: The deductible will apply to every insured person per insurance year.
Megjegyzés: Az önrész biztosítási évente minden biztosítottra vonatkozik.

SECTION E/ E SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

POLICYHOLDER'S DECLARATION/ SZERZŐDŐI NYILATKOZAT

Declarations are valid only if you tick the checkboxes!
A nyilatkozatok csak a jelölőnégyzet kitöltésével együtt érvényesek!

Please be advised Generali will carry out underwriting before it accepts the insurance application. The underwriting procedure takes maximum 60 days. In case in which, following the Application evaluation and of the all documents which were part of the Application completion, Generali considers that the insured risk is not standard, he is entitled to propose different insurance conditions from the ones mentioned in the Application, or to deny the application, without giving its reasons.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító az ajánlat elfogadásához egyedi kockázatbírálást végez. A kockázatbírálási idő legfeljebb 60 nap. Abban az esetben, ha a biztosítási ajánlat és annak részét képező minden egyéb dokumentum elbírálását követően a Generali úgy ítéli meg, hogy nem átlagos a biztosítási kockázat, jogában áll a biztosítási ajánlatba foglaltaktól eltérő biztosítási feltételeket ajánlania vagy az ajánlatot indokolás nélkül visszautasítani.

I, the undersigned policyholder, hereby apply for this insurance MediHelp International Plans coverage to Generali Biztosító Zrt.
Alulírott szerződő a fenti ajánlatot teszem a MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítás szerződés megkötésére a Generali Biztosító Zrt. részére.

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

- I specifically agree to the standard terms of the general conditions applicable to the insurance policy that substantially differ from the provisions of the Hungarian Civil Code. / A biztosítási szerződésre irányadó általános feltételeknek a „Polgári Törvénykönyvtől lényegesen eltérő rendelkezései” című fejezetében foglaltakat kifejezetten elfogadom.
- I hereby acknowledge that the provision on the statute of limitations set out in these conditions differs from the five (5) year limitation period prescribed in Section 6:22. (1) of the Civil Code. I understand, furthermore, that the limitation period of claims enforceable under the policy shall be 180 days. / Tudomásul veszem, hogy a szerződés elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 (öt) éves elévülési időtől, így a szerződésből származó igények 180 nap elteltével elévülnek.

E-communication, e-invoice / E-kommunikáció, e-számla

- I hereby authorize Generali Biztosító Zrt. to send me information by electronic means in relation to the management of my insurance contracts, in particular with conclusion and possible termination of my policy or management of my insurance claims, service demands, and damage prevention as well as the invoice about the premium of the following insurance period./ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. a biztosítási szerződéseim kezelésével, így különösen azok megkötésével, esetleges megszüntetésével, szolgáltatási, kárrendezési igényekkel, kármegelőzéssel kapcsolatos, valamint a következő biztosítási időszakra várható díjról szóló információkat elektronikus úton küldje meg részemre.
- I also authorize the Insurer to issue electronic invoice covering the insurance premium and send me by electronic means. Information on electronic invoice can be found on webpage <https://generali.hu/E-szamla>. /Felhatalmazom a biztosítót arra, hogy a biztosítási díjakról a részemre elektronikus úton, elektronikus formátumban állíthassa ki számlát. Az elektronikus számlával kapcsolatos tudnivalók a <https://generali.hu/E-szamla> webcímen ismerhetők meg.

Approval to marketing e-mails / Hozzájárulás marketing tartalmú üzenetek küldéséhez

- I assent that the Generali Biztosító Zrt. and MediHelp International Kft. will be allowed to process my provided personal data for direct marketing purposes until my consent will be withdrawn, and that the insurance company may also use these data to send me commercial advertisements in electronic mail or equivalent individual communications. I also declare that my declaration is voluntary and I gave my consent having received proper information. / Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. és a MediHelp International Kft. az általam megadott személyes adatokat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámat küldjön. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg.

I, the policyholder, hereby confirm that I have given this consent voluntarily, and I understand that I may, any time, withdraw my consent or request the insurance company to stop sending direct mails with advertisements free of charge and without giving reasons by sending an e-mail and giving my name, date of birth and policy number and sent to medihelp.hu@generali.com/ Az adatkezelés hozzájárulásom alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének a megtiltására, illetőleg hozzájárulásom visszavonására bármikor indokolás nélkül, az alábbi címen, - név, születési dátum és kötvényszám megadásával - van lehetőség: medihelp.hu@generali.com elektronikus levelezési címen.

Application number/Ajánlatszám:

I accept the benefits terms conditions and limits provided for in the terms of the insurance policy and I agree to be bound by such terms. / Elfogadom a biztosítási feltételekben megadott szolgáltatások feltételeit, kikötéseit és összeghatárait és azokat magamra nézve kötelezőnek tartom.

By signing this declaration, I hereby confirm that in due time prior to signing the insurance application I have downloaded / received a copy of all the following documents effective at the time when I sign the application, and that I have read, understood and agreed to their terms. / Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a biztosítási ajánlat megtétele előtt kellő időben, az ajánlat aláírásának időpontjában hatályos, alább felsorolt dokumentumokat letöltöttem / egy másolati példányát megkaptam, azok tartalmát megismertem és elfogadom.

Customer Information and General Provisions governing Insurance Policies / Ügyfélértájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések

MediHelp International Health Plans Terms and Conditions / MediHelp nemzetközi egészségbiztosítás általános feltételei

MediHelp Health Insurance Product Information Document / MediHelp egészségbiztosítás biztosítási termékismertető

Insurance Needs and Demands Survey / Biztosítási igények és szükségletek felmérése

I hereby confirm that prior to signing the insurance application my insurance needs and demands have been reviewed with me and the recommended insurance product is in accordance with the information I have provided during such needs analysis. / 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.

I declare that the Intermediary have given a copy of Information about the Insurance Intermediary to me. / Kijelentem, hogy a biztosításközvetítőre vonatkozó tájékoztatást a biztosításközvetítőtől átvettem.

I declare that I haven't received any other information beside the above mentioned related to the insurance contract. / Kijelentem, hogy a megkötendő biztosítási szerződéssel összefüggő, a Biztosítási ajánlat és nyilatkozat elnevezésű dokumentumon, valamint a fent nevezett és jelen dokumentumban rögzített tájékoztatáson kívül egyéb tájékoztatást nem kaptam.

Date/ Kelt:

.....
Policyholder's signature/ Szerződő aláírása

Statements for the Processing of Medical Information, Waiver of Medical Confidentiality (In case Policyholder is also Insured)/ Egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozat (Ha a Szerződő egyben Biztosított is)

I, the undersigned Policyholder, hereby authorize the Insurance Company to obtain, process and keep records of all the information which directly relate to my health or medical conditions, and/or may be required for the conclusion, amendment and administration of the insurance policy or the insurance coverage, and the assessment of claims arising from the insurance policy or the insurance coverage. I hereby release the persons (e.g. general practitioner) and organizations (e.g. social insurance agency) that are authorized by law to keep records of these data from their confidentiality obligation. / Alulírott Szerződő felhatalmazom a Biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító kezelje és nyilvántartsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartott személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

I agree, that all the personal data provided (name, address, birth date etc), including data on health status, socio-professional data and any other data necessary for the insurance/reinsurance activity to be communicated by Generali to the Reinsurance Company Assicurazioni Generali SpA from Italy, with the head office in Trieste (34132), Piazza Duca degli Abruzzi, registered in Italy under the no 100003, ISVAP, to the companies from Generali Group and to the other Insurance / Reinsurance companies for the purposes of risk assessment, payment of contract benefits, coinsurance and reinsurance, which shall be deemed as domestic data forwarding. Such data may also be communicated to any other Insurance or Reinsurance Companies abroad for the same purposes, the information keeping its confidentiality. /Elfogadom, hogy a Generali köteles átadni minden megadott személyes adatot (Név, cím, születési idő stb.), beleértve az egészségi állapotra vonatkozó adatokat, társadalmi-gazdasági adatokat és minden biztosítási/viszontbiztosítási tevékenységhez szükséges adatot az olaszországi Assicurazioni Generali SpA-nak, a Trieszt (34132), Piazza Duca degli Abruzzi székhelyű, Olaszországban a pénzügyi szervezetek olaszországi felügyeleti hatósága (ISVAP) által 100003 számon bejegyzett viszontbiztosítónak, a Generali Csoport vállalatának és a többi biztosítónak/viszontbiztosítónak kockázatelemzés, a biztosítási szerződés szolgáltatásainak kifizetése, együttbiztosítás és viszontbiztosítás céljából, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül. Ezeket az adatokat azonos célból közzétehetik bármilyen más külföldi biztosítóval vagy viszontbiztosítóval, az információ bizalmas kezelése mellett.

Application number/Ajánlatszám:

- I hereby authorize the insurance company to forward my insurance policy data, including information about my medical history, to MediHelp International Kft. (12 Váci utca 1052 Budapest, Hungary), Europ Assistance Canada (150 Commerce Valley Drive West Toronto ON L3T 7Z3, Canada) and AP Companies Global Solutions Ltd. (1 Zagorognoye Shosse, 117152 Moscow, Russia), the designated service provider and to any contracted partners providing medical and health services of the designated service provider, for the purposes of pursuing medical management activities and/or medical and health care services, in compliance with the provisions on confidential information related to insurance. / Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos adataimat - beleértve az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat is - ellátásszervezői tevékenység folytatása és/vagy egészségügyi ellátás céljából - a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett MediHelp International Kft. (1052 Budapest, Váci utca 12. Magyarország), Europ Assistance Canada (150 Commerce Valley Drive West Toronto ON L3T 7Z3, Canada) és AP Companies Global Solutions Ltd. (1 Zagorognoye Shosse, 117152 Moscow, Russia) kijelölt szolgáltatók részére, valamint a kijelölt szolgáltató egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnerei részére továbbítsa.
- I acknowledge that at the time of submitting this insurance application, the medical management service providers specified in the policy are Generali Global Health, Assicurazioni Generali S.p.A. UK Branch (reg. seat: 100, Lemn Street, London E1 8AJ, comp. reg. no: BR1185), who are contracted to perform medical management activities within the framework of this insurance policy. The insurance company is entitled to change the medical management service provider any time within the contract duration, subject to sending notification to the policyholder. I authorize the insurance company to forward the policy information for the purposes set out herein, including premium payment information, to the medical management service provider and to any of its contracted partners providing medical and health services, in compliance with the provisions on the confidential treatment of insurance information insurance. / Tudomásul veszem, hogy a Biztosítotti nyilatkozat aláírásakor a biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatásszervezők a Generali Global Health, Assicurazioni Generali S.p.A. UK Branch (székhelye: 100, Lemn Street, London E1 8AJ, cégjegyzék száma: BR1185), a biztosítóval kötött külön szerződésük alapján. A biztosítónak jogában áll a szolgáltatásszervező személyét - szerződő tájékoztatása mellett - a szerződés tartamán belül bármikor megváltoztatni. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a szolgáltatás megszervezése céljából a biztosítási szerződés, valamint a biztosítotti jogviszony adatait - a díjfizetésre vonatkozó adatokat is beleértve - a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett a szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

Policyholder printed name/Szerződő neve nyomtatott betűkkel: _____

Policyholder signature/Szerződő aláírása: _____

Date/Dátum: _____

Intermediary's signature/Közvetítő aláírása: _____

WITNESSES/TANÚK

We declare that the statements contained in this declaration were signed by the Insured in our presence.
Kijelentjük, hogy a jelen okiratba foglalt nyilatkozatokat a Biztosított előttünk írta alá.

Witness 1/Tanú 1

Name/Név: _____

Address/Lakcím: _____

ID number/Személy igazolvány szám: _____

Signature/Aláírás

Witness 2/Tanú 2

Name/Név: _____

Address/Lakcím: _____

ID number/Személy igazolvány szám: _____

Signature/Aláírás

SECTION F/ F SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

MY MEMBERSHIP DECLARATION AS INSURED / BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT

Declarations are valid only if you tick the checkboxes! /
A nyilatkozatok csak a jelölőnégyzet kitérésével együtt érvényesek!

Insured's name Biztosított neve		Insured's ordinal number Biztosított sorszáma	
---	--	---	--

I would like to apply for membership to the MediHelp International Plans concluded by and between the policyholder specified below and Generali Biztosító Zrt. (Hereinafter: Generali). / Ezúton nyilatkozom, hogy az alábbiakban megjelölt szerződő és a Generali Biztosító Zrt. (a továbbiakban Generali) között létrejött MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítás biztosítottja kívánok lenni.

I accept that the Generali informs the Policyholder about my claims and solely about the fact of denying or providing service./ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali az általam bejelentett szolgáltatási igényről és kizárólag a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről a Szerződőt tájékoztassa.

I, the undersigned insured, hereby authorize the Insurance Company to obtain, process and keep records of all the information which directly relate to my health or medical conditions, and/or may be required for the conclusion, amendment and administration of the insurance policy or the insurance coverage, and the assessment of claims arising from the insurance policy or the insurance coverage. I hereby release the persons (e.g. general practitioner) and organizations (e.g. social insurance agency) that are authorized by law to keep records of these data from their confidentiality obligation. / Alulírott biztosított felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződés megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító kezelje és nyilvántartsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

I agree that all the personal data provided (name, address, birth date etc.), including data on health status, socio-professional data and any other data necessary for the insurance/reinsurance activity to be communicated by Generali to the Reinsurance Company Assicurazioni Generali SpA from Italy, with the head office in Trieste (34132), Piazza Duca degli Abruzzi, registered in Italy under the no 100003, ISVAP, to the companies from Generali Group and to the other Insurance / Reinsurance companies for the purposes of risk assessment, payment of contract benefits, insurance and reinsurance, which shall be deemed as domestic data forwarding. Such data may also be communicated to any other Insurance or Reinsurance Companies abroad for the same purposes, the information keeping its confidentiality. /Elfogadom, hogy a Generali köteles átadni minden megadott személyes adatot (név, cím, születési idő stb.), beleértve az egészségi állapotra vonatkozó adatokat, társadalmi-gazdasági adatokat és minden biztosítási/viszontbiztosítási tevékenységhez szükséges adatot az olaszországi Assicurazioni Generali SpA-nak, a Trieszt (34132), Piazza Duca degli Abruzzi, Olaszországban a pénzügyi szervezetek olaszországi felügyeleti hatósága (ISVAP) által 100003 számon bejegyzett viszontbiztosítónak, a Generali Csoport vállalatának és a többi biztosítónak/viszontbiztosítónak kockázatelemzés, a biztosítási szerződés szolgáltatásainak kifizetése, együttbiztosítás és viszontbiztosítás céljából, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül. Ezeket az adatokat azonos célból közölhetik bármilyen más külföldi biztosítóval vagy viszontbiztosítóval, az információ bizalmas kezelése mellett.

I hereby authorize the insurance company to forward my insurance policy data, including information about my medical history, to MediHelp International Kft. (12 Váci utca 1052 Budapest, Hungary), Europ Assistance Canada (150 Commerce Valley Drive West Toronto ON L3T 7Z3, Canada) and AP Companies Global Solutions Ltd. (1 Zagorognoye Shosse, 117152 Moscow, Russia), the designated service provider and to any contracted partners providing medical and health services of the designated service provider, for the purposes of pursuing medical management activities and/or medical and health care services, in compliance with the provisions on confidential information related to insurance. / Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos adataimat - beleértve az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat is - ellátásszervezői tevékenység folytatása és/vagy egészségügyi ellátás céljából - a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett MediHelp International Kft. (1052 Budapest, Váci utca 12. Magyarország), Europ Assistance Canada (150 Commerce Valley Drive West Toronto ON L3T 7Z3, Canada) és AP Companies Global Solutions Ltd. (1 Zagorognoye Shosse, 117152 Moscow, Russia) szolgáltatók részére, valamint a kijelölt szolgáltató egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnerei részére továbbítsa.

I acknowledge that at the time of submitting this insurance application, the medical management service providers specified in the policy are Generali Global Health, Assicurazioni Generali S.p.A. UK Branch (reg. seat: 100, Leman Street, London E1 8AJ, comp. reg. no: BR1185), who are contracted to perform medical management activities within the framework of this insurance policy. The insurance company is entitled to change the medical management service provider any time within the contract duration, subject to sending notification to the policyholder. I authorize the insurance company to forward the policy information for the purposes set out herein, including premium payment information, to the medical management service provider and to any of its contracted partners providing medical and health services, in compliance with the provisions on the confidential treatment of insurance information. / Tudomásul veszem, hogy a Biztosítotti nyilatkozat aláírásakor a biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatásszervezők a Generali Global Health, Assicurazioni Generali S.p.A. UK Branch (székhelye: 100, Leman Street London E1 8AJ, cégjegyzék száma: BR1185), a biztosítóval kötött külön szerződésük alapján. A biztosítónak jogában áll a szolgáltatásszervező személyét - szerződő tájékoztatása mellett - a szerződés tartamán belül bármikor megváltoztatni. Hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a szolgáltatás megszervezése céljából a biztosítási szerződés, valamint a biztosítotti jogviszony adatait - a díjfizetésre vonatkozó adatokat is beleértve - a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett a szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

Application number/Ajánlatszám:

E-communication / E-kommunikáció

- I, as insured hereby permit Generali to contact me with electronic information in particular inform me via the given e-mail address in connection with my insurance claims, loss prevention and possible termination of my insured status. I acknowledge that the Generali do not assume any liability for any damage or lost profit because of unsuccessful e-mail delivery. / Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali a biztosítási jogviszonyom kezelésével, így különösen a szolgáltatási és kárrendezési igényemmel, kármegelőzéssel, a jogviszony esetleges megszüntetésével kapcsolatos információkat elektronikus úton küldje meg részemre, az általam megadott e-mail címre. Tudomásul veszem, hogy a biztosító az e-mail üzenet kézbesítésének sikertelenségéért és az ebből eredő kárért vagy elmaradt haszonért a felelősséget nem vállalja.

Approval to marketing e-mails / Hozzájárulás marketing tartalmú üzenetek küldéséhez

- I assent that Generali and MediHelp International Kft. will be allowed to process my provided personal data for direct marketing purposes until my consent will be withdrawn, and that the insurance company may also use these data to send me commercial advertisements in electronic mail or equivalent individual communications. I also declare that my declaration is voluntary and I gave my consent having received proper information. / Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali és a MediHelp International Kft. az általam megadott személyes adatokat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámot küldjön. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg. I, the policyholder, hereby confirm that I have given this consent voluntarily, and I understand that I may, any time, withdraw my consent or request the insurance company to stop sending direct mails with advertisements free of charge and without giving reasons by contacting Generali and giving my name, date of birth and policy number in an e-mail sent to medihelp.hu@general.com. / Az adatkezelés hozzájáruláson alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének a megiltására, illetőleg hozzájárulás visszavonására bármikor indokolás nélkül, az alábbi címen – név, születési dátum, kötvényszám megadásával – van lehetőség: medihelp.hu@general.com elektronikus levelezési címen.

Date/Kelt:

Signature of Insured / Biztosított aláírása

(parent, legal guardian in case of a minor or insured under guardianship / kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)

In witness whereof / Előttünk, mint tanúk előtt

Witness 1/Tanú 1

Name/Név:

Address/Lakcím:

ID number/Személy igazolvány szám:

Witness 2/Tanú 2

Name/Név:

Address/Lakcím:

ID number/Személy igazolvány szám:

Signature/Aláírás

Signature/Aláírás