

Biztosítotti nyilatkozat/Insured's Statement

STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításhoz/
for STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance Policy



Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • general.hu

Szerződő adatai/Particulars of Policyholder:

Budapesti Egyetem

székhelye/registered seat: 1034. Budapest, Bécsi út 96/B

A biztosított hallgatói jogviszonyban áll. / The Insured is enrolled as a scholarship student at

Biztosított személyi adatai/Personal particulars of the Insured

Vezetéknév/Last name: Keresztnév/First name:

Státusz/Position: student Neme/Sex: férfi/male nő/female

Születési idő (év/hó/nap) /Date of birth (year/month/day): / / Állampolgárság/Citizenship:

Szerződésszám/Policy No.: - SD - NL

Biztosítási időszak/insurance period (év/hó/nap/year/month/day) from 20 17 / 11 / 22-tól to 20 18 / 08 / 31-ig

A jelen biztosítotti nyilatkozat a fentiekben megjelölt szerződő (a továbbiakban: szerződő) és a Generali Biztosító Zrt. (a továbbiakban: biztosító) között létrejött **Egészségbiztosítási szerződés** (a továbbiakban: szerződés) részét képezi. A szerződés részét képező kapcsolódó dokumentumok letölthetők a

This insured's statement shall be an integral part of the Health Insurance Policy (hereinafter: policy) concluded by and between the Policyholder named above (hereinafter: policyholder) and Generali Biztosító Zrt. (hereinafter: insurance company). Please be advised that you may download all documents which shall be read together with the insurance policy from this website:

..... webhelyről.

Biztosítotti nyilatkozat

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy az előző bekezdésben hivatkozott biztosítási szerződés hatálya rám, mint biztosítottra kiterjedjen.

Insured's Statement

By signing this statement I, the undersigned, hereby agree that I shall be added as an insured person to the coverage of the insurance policy referred to the paragraph above.

Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy megismertem a „Az ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” című általános szerződési feltételt, valamint a „Terméktájékoztató a Generali Zrt. STUDIUM szolgáltatás-finanszírozó egészségbiztosításról” című nyomtatványt, kijelentem továbbá, hogy az azokban foglaltakat megértettem és elfogadtam, különös tekintettel az egészségügyi szolgáltatások körére, tartalmára továbbá az éves szolgáltatási limit és részlimit, továbbá az önrészek alkalmazására vonatkozó feltételeket.

By signing this statement I hereby acknowledge that I have been advised of the following documents: **terms and conditions titled 'Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies', as well as the 'Product Information on Generali's STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance'**; I hereby declare furthermore that I have understood and agreed to abide by the terms set forth therein, particularly the provisions on the scope and content of medical services, the annual limits and pro rata limits applicable to insurance benefits, and on the application of deductibles.

Felhatalmazom a biztosítót, hogy a bejelentett szolgáltatási igényeimmel, illetve a részemre teljesített biztosítási szolgáltatásokkal kapcsolatban a szerződő részére a következő adatokat átadja: név, kárszám, káresemény dátuma, egészségügyi szolgáltató, a kifizetett szolgáltatás összege.

I hereby authorize the Insurance Company to disclose, in respect of the insurance claims I have filed, or insurance benefits I have been paid to the policyholder the data listed herein: name, claim number, date of the insurance event, name of health care service provider, amount of benefits paid.

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.

Nysz.: 20129 Kelt/Date: Budapest, 2017.11.21.

.....
Biztosított aláírása/Signature of Insured

Nyilatkozatok/Statements



Generali Biztosító Zrt. • Levelezési cím: 7602 Pécs, Pf. 888 • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • general.hu

A biztosított egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata

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 beszerezze és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja, illetve a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló törvényben meghatározott egyéb célok körében az arra jogosultak számára továbbítsa. Egyúttal felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl. háziorvos) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

Alulírott biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel, illetve a biztosított jogviszonnal kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, egyúttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, egyúttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa, amely belföldre történő adatátvitelnek minősül.

Alulírott biztosított hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződés, illetve a biztosított jogviszony adatait – az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat is beleértve – a szerződés szerinti biztosítási eseménnyel kapcsolatban engem ellátó kijelölt egészségügyi szolgáltatóknak

Szent Kristóf Szakrendelő Nonprofit Kft.

1117. Budapest, Fehérvári út 12.

a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett, valamint a kijelölt egészségügyi szolgáltató egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

Insured's Declaration for the Processing of Medical Information, Waiver of Medical Confidentiality

I, the undersigned insured, hereby authorize the insurance company to obtain, process and keep records of all the information which directly relate to my medical conditions and/or which may be required for the conclusion, amendment and administration of the insurance policy, and the assessment of claims arising from the insurance policy, and to use such data for the above purposes, or forward them to persons or entities for purposes set out in the Act on Insurance Institutions and the Insurance Business. Additionally, 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.

I, the undersigned insured hereby approve that the insurance company may forward data on my medical conditions in relation to the insurance policy or my insurance coverage, for the purposes of underwriting, claims assessment, claims settlement, co-insurance, and re-insurance, to the parent company of the insurance company, to any re-insurance company seated in a member state, or in case of co-insurance, to a risk sharing insurance company seated in a member state, which shall be deemed as domestic data forwarding.

I, the undersigned insured hereby authorize the insurance company to forward policy information and/or details of my insurance coverage, including information in my medical file, to the designated health care provider

Szent Kristóf Szakrendelő Nonprofit Kft.

1117. Budapest, Fehérvári út 12.

and to any of its contracted partners providing medical and health services, for the purposes of arranging medical care in relation to any insured event in compliance with the provisions on the confidential treatment of insurance information.

Kelt/Date: Budapest, 2017.11.21

Biztosított aláírása/Signature of Insured

Tanúk/Witnesses:

Név/Name: Paksa István

Cím/Address: 1183. Budapest, Csaba u. 29.

Aláírás/Signature:

Név/Name: Lukács Béla

Cím/Address: 1082. Budapest, Múzeum krt. 10.

Aláírás/Signature: