

# Biztosítotti nyilatkozat/Insured's Statement

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



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

## Szerződő adatai/Particulars of Policyholder:

**Semmelweis Egyetem** székhelye/registered seat: **1085 Budapest, Üllői út 26.**

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

## 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: .....

Mobilszám/Mobile Phone: .....

E-mail cím/E-mail Address: .....

**Szerződésszám/Policy No.:** **SE** OM azonosító/OM ID: .....

## Biztosítotti jogviszony, biztosítási időszak/ Insurance cover, insurance period

A Biztosítotti jogviszony a Biztosított Semmelweis Egyetemen fennálló aktív hallgatói jogviszonyának fennállása időtartamára jön létre, feltéve, hogy a Semmelweis Egyetem a Biztosítónak Biztosítottként bejelentette és a rá vonatkozó biztosítási díjat az adott biztosítási időszakra megfizette.

A biztosítási időszakok fél évesek, minden tárgyévben szeptember 1. napjától a következő naptári év február 28. napjáig, illetve március 1. napjától augusztus 31. napjáig tartanak.

The insurance cover is established for the period of active student status of the insured person at Semmelweis University provided that the Semmelweis University has reported the student as an insured for the Insurer and has paid the insurance premium for the given insurance period.

Each period of insurance cover shall be six months, starts at the 1st of September every year and lasts for the 28th of February the next calendar year and/or starts at the 1st of March and lasts for the 31st of August every calendar year.

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

<http://www.semmelweis.hu> webhelyről.

**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:**

<http://www.semmelweis.hu>

## Biztosítotti nyilatkozat

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

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. 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 és a kizárások/mentesülések alkalmazására vonatkozó feltételeket.

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.

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.

## 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.**

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 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, on the cases when the Insurance Company is relieved of payment of the Insurance Benefits and on the events excluded from the Insurance coverage.

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.

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.: 20522 Kelt/Date: .....

.....  
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 egészségügyi 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, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – egészségügyi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás 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 egészségügyi állapotomra vonatkozó adatokat is beleértve – a szerződés szerinti biztosítási eseménnyel kapcsolatban engem ellátó kijelölt egészségügyi szolgáltatónak

**Semmelweis Egészségügyi Kft.**

Székhelye: 1085 Budapest, Úllői út 26.  
Cégjegyzékszám: 01-09-879749

**Europe Assistance Magyarország Kft.**

Székhely: 1134 Budapest, Dévai utca 26.  
Cégjegyzékszám: 01-10-043228

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

**Semmelweis Egészségügyi Kft.**

Seat: 1085 Budapest, Úllői út 26.  
Company registration number: 01-09-879749

**Europe Assistance Magyarország Kft.**

Seat: 1134 Budapest, Dévai utca 26.  
Company registration number: 01-10-043228

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: .....

.....  
Biztosított aláírása/Signature of Insured

**Tanúk/Witnesses:**

Név/Name: Busa Zsuzsanna

Cím/Address: 3035 Gyöngyöspata, Rédei út 7.

Aláírás/Signature: .....

Név/Name: Orbánné Ványi Olga

Cím/Address: 1131 Budapest, Béke u. 75.

Aláírás/Signature: .....