

Szerződés szám/Contract Nr.:



– SD – NL

Nysz.: 30004

A biztosító által vállalt szolgáltatások/The insurer's service

Egészségügyi ellátás költségeinek megtérítése a STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás feltételei szerint

Reimbursement of medical costs in accordance with the conditions of STUDIUM Fee-for-Service Health Insurance

Kijelölt szolgáltató/Designated service provider:

SZENT KRISTÓF SZAKRENDELŐ NONPROFIT KFT.

1117 Budapest, Fehérvári út 12.

Reception times (health advice): Monday – Friday: 08.00 – 20.00

Phone: +36 1 279 2111

(Mobil: +36 30 678 6450, +36 30 815 2218)

At weekends, on bank holidays or at night: FŐNIX-MED

Phone: +36 1 203 3615

National Ambulance Services phone: 112

A kártya használatához az útleveél is szükséges.

To use this card you need passport.

Hatályos/Validity

from:

____/____/____

year/month/day

-től to:

____/____/____

year/month/day

-ig

**SZENT KRISTÓF
SZAKRENDELŐ**



GENERALI

Tájékoztató a gyógykezelést végző intézet számára
Information for the medical institution (not for the insured)

Az egészségbiztosítási fedezet fennállását a biztosító a kijelölt szolgáltató közreműködésével igazolja.

A biztosító a nem sürgősségi ellátás keretében végzett egészségügyi ellátásra nem vállal fedezetet, ha az ellátásra nem a kijelölt szolgáltatónál kerül sor.

Amennyiben szükséges, vegye fel a kapcsolatot a kijelölt egészségügyi szolgáltatóval.

Kérjük, hogy **az egészségügyi ellátás ellenértékéről szóló tételes (ÁFÁ-s) számlát a biztosított nevének és kártya számának feltüntetésével állítsák ki,** és 15 napon belül a zárójelentéssel vagy az ambuláns lappal együtt küldjék meg az alábbi címre:

Generali Biztosító Zrt., Debreceni Személybiztosítási Kompetencia Központ, 4025 Debrecen, Piac utca 49–51.

Generali Biztosító Zrt.

1066 Budapest, Teréz körút 42–44.

Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333

Biztosított vezetékneve
Insured's last name

Biztosított keresztnéve
Insured's first name

Name/Sex

férfi/male

nő/female

Születési idő (nap/hó/év)
Day/month/year of birth

Állampolgársága
Citizenship

Útleve száma
Passport number

E-mail

Kelt
Date

Biztosított (törvényes képviselőjének)
aláírása /Signature of the insured
(or legal representative of the insured)