

Szolgáltatási igénybejelentő Generali STUDIUM Szolgáltatásfinanszírozó  
egészségbiztosításhoz  
Insurance Claim Form for Generali STUDIUM Health insurance policies



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

Oktatási intézmény/Educational institution: .....  
STUDIUM kártya száma/STUDIUM Health Insurance Card: .....

**Biztosított adatai**

Biztosított neve/Insured's name: .....  
Születési helye, ideje/Place and date of birth: .....  
Címe/Address: .....  
Telefon/Phone: ..... Email cím/E-mail address\*: .....

**A szolgáltatás összegét kérem, hogy az alábbi számlaszámra utalják/  
I request that the benefit shall be wire transferred to the following bank account:**

Számlatulajdonos neve/Account holder's name: .....  
Születési helye, ideje/Place and date of birth: .....  
Pénzintézet neve/Bank: .....  
Számlaszáma/Bank account number: ..... - ..... - .....

.....  
A biztosított aláírása/Signature of the insured

**Igénybejelentő adatai (Abban az esetben töltendő ki, ha eltér a biztosított személyétől!)**  
**The Claimant (To be filled in only if the claimant is not the insured person!)**

Igénybejelentő neve/Claimant's name: .....  
Születési helye, ideje/Place and date of birth: .....  
Címe/Address: .....  
Telefon/Phone: ..... Email cím/E-mail address\*: .....

**Milyen biztosítási eseményre kéri a szolgáltatást? (Kérjük x-el jelölje!)**  
**What is the insured event underlying the insurance claim? (Please, mark with an x!)**

- Biztosított által előfinanszírozott orvosi ellátások/ Prepaid health care by insured person  
 Gyógyszerköltség és gyógyászati eszköz megtérítése/Medication and durable medical equipment

\* Kérem, hogy az itt megadott email címen kommunikáljanak velem.  
Please, use the email address provided herein for communication purposes.

Kelt: .....

.....  
Szolgáltatási igény bejelentőjének aláírása  
Signature of Claimant

Oktatási intézmény/Educational institution: .....

Biztosított neve/Insured's name: .....

## NYILATKOZAT/DECLARATIONS

Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy a biztosított egészségi állapotára vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén az adott biztosított biztosított jogviszonya; továbbiakban egységesen: biztosítási szerződés) megkötésével, módosításával, állományban tartásával, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével, illetve a szolgáltatási igény elbírálásával közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat beszeresse és nyilvántartsa. Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosított vonatkozásában a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.

**Tájékoztatjuk, hogy egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat, ezért a szolgáltatási igényének az elbírálása érdekében kérjük, hogy a fenti jelölőnégyzet kipipálásával nyilatkozzon a hozzájárulás megadásáról.**

Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – a biztosított egészségi állapotára 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 szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa. Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titkot 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.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam bejelentett szolgáltatási igényről, annak típusáról, a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről, illetve a szolgáltatási igényteljesítése esetén a kifizetett szolgáltatási összegről a szerződőt, illetve az eljáró biztosításközvetítőt – a szerződő ezirányú kérése esetén – tájékoztassa.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. a biztosítási szerződés kezelésével, így különösen annak létrejöttével, esetleges megszűnésével, szolgáltatási, kárrendezési igénnyel, kármegelőzéssel kapcsolatos információkat elektronikus úton, az általam jelen igénybejelentő nyomtatványon megadott email címre küldje meg részemre.

By virtue of signing this form, I hereby authorize the insurance company to obtain, process and keep records of information directly related to the insured's medical conditions which are strictly necessary for the conclusion, modification and maintenance of the insurance policy referred to above (or the insurance coverage of the particular insured under a group policy; hereinafter jointly referred to as: insurance policy) as well as for the assessment of claims arising from the insurance policy and their settlement.

I specifically authorize the insurance company to process and use the health data of the insured person disclosed at the time when this declaration is executed or any time before or after it, or otherwise obtained (made available to the insurance company) for the purposes of managing the insurance policy referred to above.

**Please note that the processing of your health data may be based on your explicit consent, so please indicate your consent by ticking the box above in order to have your insurance claim assessed.**

By virtue of signing this form I hereby specifically agree that to the extent necessary for underwriting, claims assessment, claims settlement, co-insurance, and re-insurance related to this insurance policy, the insurance company may forward the insured's protected health information to its parent company, to any re-insurance company seated in a member state, or in the case of co-insurance to a risk sharing insurance company seated in a member state, or for the purposes of medical management services to the designated health care provider and/or to the medical management service provider as well as to any of its contracted partners providing medical and health services, in compliance with the provisions on the confidential treatment of insurance information. 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.

I hereby consent that Generali Biztosító Zrt. may inform the policyholder, or the acting Insurance Intermediary about any insurance claim I have notified, the type of benefit claimed, the acceptance or rejection of such claim, the amount of benefit payout made in respect of the claim, provided that such information is specifically requested by the policyholder.

By virtue of signing this declaration, I hereby consent to be delivered by Generali Biztosító Zrt. all communications related to this insurance electronically, including notification about the conclusion and cancellation of coverage, information about insurance claims, claim settlement and loss prevention, to the email address I specify on this insurance claim form.

Kelt/Date: .....

.....  
A biztosított aláírása/Signature of the insured

Oktatási intézmény/Educational institution: .....

Biztosított neve/Insured's name: .....

## ADATKEZELÉS/DATA PROCESSING

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

### Az adatkezelés céljai:

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása, amennyiben a biztosítási szerződés életbiztosítási kockázatot is tartalmaz;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, amennyiben a biztosítási szerződés kizárólag nem-életbiztosítási kockázatot tartalmaz;
- 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 a 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, kérelmeit 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.**

**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:

- keeping records of, and handling administrative matters concerning the insurance policy;
- processing and assessing insurance claims made on the insurance policy;
- preventing and combating the fraudulent use or abuse of insurance policies so as to protect the interest of the insurance pool;
- preventing and combating money laundering and terrorist financing, complying with international sanctions, and establishing tax residence, if the insurance policy includes a life insurance risk;
- preventing and combating the financing of terrorism, and complying with international sanctions, if the insurance policy covers only non-life risks;
- handling of complaints.

### The law grants you certain rights in respect of the personal data we hold about you

You have the right to obtain from the Company confirmation as to whether or not your personal data are being processed, and, where that is the case, access to the personal data. You 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 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 are infringed, you have the right to take legal action.

### 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 data privacy notice.

**To read the Privacy Notice, visit generali.hu and click on Data Processing (Adatkezelés) at the bottom of the page.**

Oktatási intézmény/Educational institution: .....

Biztosított neve/Insured's name: .....

**Kérjük, hogy a szolgáltatási igény bejelentéshez szíveskedjen a felsorolt dokumentumokat csatolni!**  
**Please make sure you enclose the documents listed below with your service request!**

Felhívjuk figyelmét, hogy amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a szükséges dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtja be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el! Tájékoztatjuk, hogy a biztosító bármely eredeti dokumentum bemutatását kérheti.

hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány  
 (a Biztosított aláírásával ellátva)

a vizsgálatot/beavatkozást szükségessé tevő betegség, tünet, panasz teljes kórlefolysását tartalmazó orvosi dokumentumok (ambuláns lapok, zárójelentések, vizsgálati eredmények, ápolási és kórházi ellátások, teszt eredmények, laboratóriumi vizsgálatok eredményei, diagnosztikai vizsgálatok vagy szövettan képanyagai, orvosi receptek, beutalók, stb.), beleértve az első orvosi ellátás dokumentumát,

az igénybevett egészségügyi szolgáltatásról vagy megvásárolt gyógyszerekről, gyógyászati segédeszközökről a biztosított nevére, címére kiállított számlák másolatát.

You are kindly reminded that if the claimant fails to submit the documents required for the assessment of the claim, or if not all the required documents are submitted, the insurance company may refuse the claim or assess it on the basis of the documents available. Please note that the insurance company may ask you to present the original document(s).

Completed claim form (with Insured signatures),

a copy of all medical documents related to the insured event, containing the complete course of the disease, symptom, complaint requiring the examination/intervention (e.g.: outpatient records, hospital discharge summary, examination records, nursing and hospital care documentation, test findings, laboratory records, images made during diagnostic or histology tests, prescriptions, referrals, etc.) and the documents produced during the first medical treatment,

a copy of invoice issued to the name and address of the insured, specifying the delivered medical or health service or the purchased medicines or medical aids,

**Kérjük, hogy a kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt a mellékletekkel együtt a lakóhelyéhez legközelebb lévő Generali Biztosító Zrt. ügyfélszolgálaton adja le vagy elektronikusan küldje el a [general.hu@general.com](mailto:general.hu@general.com) email címre.**

**Please make sure you deliver the completed insurance claim form together with the attachments to a customer service office of Generali Biztosító Zrt. closest to your home, or send it electronically to [general.hu@general.com](mailto:general.hu@general.com).**