

Biztosítotti nyilatkozat/Insured's Declaration

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



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

Szerződő adatai/Particulars of Policyholder: Állatorvostudományi Egyetem / University of Veterinary Medicine Budapest
(székhelye/registered seat: 1078 Budapest, István utca 2.)
A biztosított a/az Állatorvostudományi Egyetemen hallgatói jogviszonyban áll.
The Insured is enrolled as a scholarship student at University of Veterinary Medicine Budapest

Biztosított személyi adatai/Personal particulars of the Insured

Vezetéknév/Last name: Keresztnév/First name:
Státusz/Position: ☒ student Neme/Gender: ☐ férfi/male ☐ nő/female
Születési név/Name at birth:
Születési ország/Country of birth:
Születési hely, idő (nap/hó/év)/Place and date of birth (day/month/year):
Anyja születési neve/Mother's maiden name: Állampolgárság/Nationality:
Szerződésszám/Policy No.: - SD - NL
Biztosítási időszak/insurance period (év/hó/nap/year/month/day) from 20.26. / 09. / ... -tól to 20.27. / 08. / 31. -ig

A jelen biztosítotti nyilatkozat a fent 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

<https://univet.hu/en/education/admission/stipendium-hun> 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).
The contract may be downloaded from

<https://univet.hu/en/education/admission/stipendium-hungaricum/>

Biztosítotti nyilatkozat

(A nyilatkozatok csak a jelölőnégyzet kitöltésével együtt érvényesek!)

☐ Hozzájárulásumat adom az Egészségbiztosítási szerződés hatályának reám, mint biztosítottra való kiterjesztéséhez.

Alulírott biztosított jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a szerződő a biztosítotti jogviszony létrejötté, nyilvántartása és a szolgáltatás teljesítése céljából indokolt, fentiekben megadott adataimat a biztosítónak, mint adatfeldolgozónak a cél és ok megjelölésével átadja, és azokat nyilvántartsa.

☐ Kijelentem, hogy az egészségbiztosítási szerződés mellékletét képező „Az ügyfél-tájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések” című általános szerződési feltétel, valamint a „Terméktájékoztató a Generali Biztosító Zrt. STUDIUM szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításhoz” elnevezésű dokumentumot átvettem, megismertem és elfogadtam, ideértve a Biztosítási feltételeknek a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlatról lényegesen eltérő szabályait (pl. általános 5 éves elévülési időtől rövidebb, 2 éves elévülési idő) összefoglaló fejezetét is, továbbá megértettem és tudomásul vettem, az egészségügyi szolgáltatások körére, tartalmára, az éves szolgáltatási limit és részlimit, továbbá az önrészek és a kizárások/mentesülések (ideértve a meglévő betegségekkel kapcsolatos kizárás) alkalmazására vonatkozó feltételeket.

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

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.

Declaration of the Insured Individual

(Declarations are only valid if the respective boxes are checked.)

I hereby give my consent that the coverage of the insurance policy shall be extended to me as the insured party.

By signing this declaration I, the undersigned insured, hereby authorize the Policyholder to disclose the data provided above to the insurance company, acting as data processor, for the purposes of concluding and administering the insurance policy, and for paying insurance claims, and to keep records of them, specifying the purpose and reason for data processing.

I hereby declare, furthermore, that I have read and understood the general terms and conditions of the health insurance, entitled 'Customer Information and General Provisions Governing Insurance Policies', and the document entitled 'Product Information for STUDIUM fee-for-service health insurance of Generali Biztosító Zrt' and agree to the terms, received including the chapter summarizing the provisions of the policy conditions which substantially differ from the Civil Code and standard contractual practice (e.g. the 2-year limitation period, which is shorter than the standard 5-year limitation period), and I understand and acknowledge the conditions concerning the range and content of the covered health care services, the annual benefit limit and sub-limits, the deductibles as well as the exclusions/exemptions (including exclusions for pre-existing conditions).

I hereby consent that Generali Biztosító Zrt. may **inform the Policyholder about any insurance claim I notify, the type of benefit claimed, the acceptance or rejection of such claim, the amount of benefit payout made in respect of the claim, if such information is specifically requested by the Policyholder.**

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.

Nyilatkozatok/Declaration



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

A biztosított egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata
STUDIUM szolgáltatásfinansírozó egészségbiztosításhoz

Tájékoztatom, hogy az egészségügyi adatok kezelése kifejezett hozzájáruláson alapulhat, ezért a biztosított jogviszonyának létrehozatala, illetve jövőbeni szolgáltatási igényének az elbírálása érdekében kérjük, hogy az alábbi jelölőnégyzetek kipipálásával nyilatkozzon a hozzájárulás megadásáról. Tájékoztatom, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosított jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított az alábbi hozzájáruló nyilatkozatot megtette a jelen nyilatkozaton található jelölőnégyzetek kitöltésével.

☐ Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt.-t, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt csoportos biztosítási szerződés (biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásával közvetlenül összefüggő, az azokhoz elengedhetetlenül szükséges személyes adatokat kezelje, valamint az azokat kezelő intézményektől, személyektől (különösen: járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények, társadalombiztosítási szerv, az egészségkárosodás mértékének megállapítására jogosult szerv, háziorvos) beszerezze.

Kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a fent megjelölt csoportos biztosítási szerződés vonatkozásában a biztosító a jelen nyilatkozat aláírásával egyidejűleg, vagy azt követően, illetőleg korábban bármikor megadott, illetve a birtokába került (a biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat a fenti célokból kezelje és a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja.

☐ Jelen nyilatkozat aláírásával felmentem az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó intézményeket, személyeket (pl. háziorvos, járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények) és szervezeteket (pl. társadalombiztosítási szerv, a mindenkor hatályos magyar jogszabályokban meghatározott, az egészségkárosodás/egészségi állapot mértékének megállapítására jogosult szerv) a titoktartási kötelezettségük alól.

☐ Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a fent megjelölt csoportos biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségi állapotomra 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 kijelölt egészségügyi szolgáltatónak és/vagy a szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

Kijelölt egészségügyi szolgáltató:

Neve: **Szent Kristóf Szakrendelő Kft.**
 Székhelye: **1117 Budapest, Fehérvári út 12.**
 Adószám: **21814097-2-43**

Tájékoztatom, hogy 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.

The Insured's consent for the processing of the protected health information, waiver of medical confidentiality obligation
for STUDIUM fee-for-service health insurance

Please note that the processing of your health data is subject to your explicit consent, so in order to add you as insured to the insurance policy or to assess your future insurance claims, you need to give consent by ticking the following boxes below. Please, note that the insurance company may only underwrite the insured risk and thus provide the health insurance coverage under the insurance policy if the insured has duly given consent to data processing by checking boxes in this declaration form.

I, the undersigned, hereby give my express consent and authorize Generali Biztosító Zrt. to process the personal data directly relating to my health and/or my medical condition (health data) to the extent they are necessary for the purposes of concluding, establishing, amending and administering the group insurance policy (including the coverage of the insured) specified to above, as well as for assessing and settling insurance claims arising from the insurance policy, and to obtain them from health care institutions and medical personnel (in particular, from outpatient and inpatient facilities, other health care and social institutions, social security bodies, administrative bodies entitled to assess the extent of health impairment, general practitioners).

I specifically authorize the insurance company to process the health data which I have provided or the insurance company has obtained (or otherwise accessed) in connection with the group health insurance policy specified above, at the time of signing this declaration or at any time afterwards, or at any time previously, for the above purposes and to use them also for the insurance policy specified above.

By signing this declaration, I hereby release and discharge the institutions and persons (e.g. general practitioners, outpatient and inpatient medical facilities and other health care and social institutes) as well as government organizations (e.g. the social insurance agency, the body authorized by the effective legislation to determine a degree of disability/physical or mental impairment) who/which keep records of such protected health information concerning my medical conditions to comply with the law, from their confidentiality obligation.

I, the undersigned, hereby give the insurance company specific consent and permission to transfer my protected health data to its parent company, to any member state re-insurance company, or in the case of co-insurance to a risk sharing insurance company seated in a member state for the purposes of underwriting risks, assessing insurance claims, claim settlement, co-insurance, and re-insurance related to the group insurance policy specified above; as well as to the designated medical service provider and/or to the medical management service provider and to any of its contracted partners providing medical and health services for the purposes of coordinating and arranging medical services and treatments, in compliance with the provisions on the confidential treatment of insurance information.

Designated medical service provider:

Name: **Szent Kristóf Szakrendelő Kft.**
 Registered Seat: **1117 Budapest, Fehérvári út 12.**
 TAX Number: **21814097-2-43**

Please note that 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.

Kelt/Date:

.....
Biztosított aláírása/Signature of Insured

Tanúk/Witnesses:

Név/Name:

Név/Name:

Cím/Address:

Cím/Address:

Aláírás/Signature:

Aláírás/Signature:

ADATKEZELÉS

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;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása;
- 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 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.

DATA PROCESSING

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;
- preventing and combating the financing of terrorism, and complying with international sanctions;
- handling of complaints.

- **In respect of the processing of your personal data**

You shall have the right to obtain from the data controller confirmation as to whether or not your personal data are being processed, and, where that is the case, access to the personal data. You shall 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 shall 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 has been breached, You may address your complaint + to court.

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