

PLACE HERE  
application number sticker

Ajánlati matrica helye

Please note! The insurance application is **ONLY** valid with an 'application number sticker'.

Kérjük vegye figyelembe, hogy az ajánlat kizárólag a felragasztott ajánlati sorszámmal ellátott matricával érvényes!

# APPLICATION FORM BIZTOSÍTÁSI AJÁNLAT



International Private Medical Insurance  
**MediHelp International Plans**

Nemzetközi Magán Egészségbiztosítás  
**MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítás**

Please complete all relevant sections of this form in **BLOCK CAPITALS**. All information is confidential.

Kérjük, **NYOMTATOTT NAGYBETŰVEL** töltsse ki az összes Önre vonatkozó mezőt az űrlapon. Minden adatot bizalmasan kezelünk.

# SECTION A/ A SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

## MY PERSONAL DETAILS ARE AS FOLLOWS (Policyholder) SZEMÉLYES ADATOK (Szerződő)

If the policyholder is not legal entity (If the policyholder is also the insured, only the Section C, D and E to be filled in besides this section.)  
Jogi személyiséggel nem rendelkező szerződő esetén (ha a szerződő biztosított is, akkor csak a C, D és E szakasz töltendő ki ezen szakasz mellett.)

Mr. / Mrs. / Ms. Úr / Högy						
My first name Keresztnév						
My family name Vezetéknév						
Name at birth Születési név						
Date of birth Születési idő	Day Nap		Month Hónap		Year Év	
Place of birth (country, city) Születési hely (ország, város)						
Mother's name (maiden name) Anyja leánykori neve						
Type of identity document Azonosító okmány típusa						
Number of identity document Azonosító okmány száma						
Gender Neme	Man Férfi		Woman Nő			
Nationalities Állampolgárságok						
Occupation Foglalkozás						
Residency address Lakcím						
Correspondence address Értesítési cím						
Phone / Mobil Telefon / Mobil						
E-mail address Email cím						

Application number/Ajánlatszám:

**If the policyholder is legal entity / Ha a szerződő jogi személyiséggel rendelkező szervezet**

Name of the company Cég neve		
Company's registration number Cégjegyzékszám		
Date of Company's registration Cégbejegyzés dátuma		
Country of Company's registration Cégbejegyzés országa		
Company's Hungarian fiscal identification no. Cég magyar adószáma		
Name of authorized representative Képviselőre jogosult neve		
Position of authorized representative Képviselőre jogosult beosztása		
Registered site address Székhely címe		
Branch of activity Cég tevékenysége		
Hungarian Permanent establishment* Magyarországi telephely címe*		
Name of the contact person Kapcsolattartó neve		
Phone / Mobile Telefon / Mobil		
E-mail address Email cím		

\*to be filled if the company does not have a Hungarian registered office

\* kitöltendő, ha a cégnek nincs magyarországi bejegyzett székhelye

**Insurance Intermediary's data / Biztosításközvetítő adatai**

Name Név		
JUST code JUST kód		
Registration Number at the Supervisory Felügyeleti regisztrációs szám		
Business unit code Területi egység kódja		
Phone / Mobile Telefon / Mobil		
E-mail address Email cím		

# SECTION B/ B SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

## PERSON(S) THAT I WISH TO INSURE BIZTOSÍTANI KÍVÁNT SZEMÉLY(EK)

Total number of insured persons / Teljes biztosított létszám:

Insured's ordinal number Biztosított sorszáma						
Mr. / Mrs. / Ms. Úr / Högy						
First name Keresztnév						
Family name Vezetéknév						
Name at birth Születési név						
Date of birth Születési idő	Day Nap		Month Hónap		Year Év	
Place of birth (country, city) Születési hely (ország, város)						
Mother's name (maiden name) Anyja leánykori neve						
Gender Neme	Man Férfi		Woman Nő			
Nationalities Állampolgárságok						
Occupation Foglalkozás						
Residency address Lakcím						
Correspondence address Értesítési cím						
Phone / Mobil Telefon / Mobil						
E-mail address Email cím						
Her/His relationship to me Kapcsolata Önnel						

# SECTION C/ C SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

## MEDICAL QUESTIONNAIRE / STATEMENT OF HEALTH EGÉSZSÉGI KÉRDŐÍV / EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT

**This section asks about your health and medical details, throughout your life.**

Please, give complete and true answers to the following questions by ticking Yes or No. If you tick YES to a question, please give full details below in the additional information section. **Please ensure you tell us about all previous examinations, treatments, surgeries, hospitalizations, and all known conditions and symptoms even if professional medical advice has not yet been sought.**

I HAVE READ THE ABOVE SECTION CAREFULLY AND I WILL COMPLETE THE MEDICAL QUESTIONNAIRE/ STATEMENT OF HEALTH, WITH ALL DUE DILIGENCE

**Ez a szakasz az Ön egészségi állapotára kérdez rá, teljes eddigi életére vonatkozóan.**

Kérjük hiánytalanul, a valóságnak megfelelően válaszolja meg a következő kérdéseket az Igen vagy Nem lehetőség kipipálásával. Ha valamelyik kérdésre igennel válaszol, akkor a választ kérjük, hogy a kiegészítő információknál részletezze.

**Kérjük, győződjön meg róla, hogy minden eddigi kivizsgálást, kezelést, műtétet, kórházi ellátást megadott, valamint minden ismert betegséget és tünetet is feltüntetett, még akkor is, ha azzal eddig nem fordult orvoshoz.**

A FENTI SZAKASZT FIGYELMESEN ELOLVASTAM ÉS AZ EGÉSZSÉGI KÉRDŐÍVET/EGÉSZSÉGI NYILATKOZATOT KELLŐ GONDOSSÁGGAL KITÖLTÖM.

	Insured's name Biztosított neve	Insured's ordinal number Biztosított sorszáma	Yes Igen	No Nem
1	<b>Heart or circulatory disorders</b> e.g.: high blood pressure, angina, chest pains, heart attack, heart failure, heart rhythm disorder, heart valve disease, coronary artery disease, aneurysm, vasoconstriction, varicose veins, etc. <b>Szív- vagy keringési rendellenesség</b> pl. magas vérnyomás, angina, mellkasi fájdalmak, szívroham, szívleállás, szívritmus-zavar, szívbillentyű-hiba, koszorúér-betegség, aneurizma, érszűkület, visszérbetegség, stb.			
2	<b>Endocrine and metabolic diseases</b> , e.g. type 1 or 2 diabetes, thyroid disease, elevated cholesterol, elevated triglycerides, liver enzyme abnormalities, overweight, weight loss. <b>Endokrin- és anyagcsere betegségek</b> pl. 1-es vagy 2-es típusú cukorbetegség, pajzsmirigy betegség, emelkedett koleszterin, emelkedett triglicerid, májenzim eltérés, túlsúly, fogyás.			
3	<b>Respiratory or airway disorders</b> , such as persistent cough or hoarseness, bloody sputum, shortness of breath, asthma, COPD, pneumonia, chronic bronchitis, tuberculosis, sarcoidosis, pneumothorax, fibrosis, or allergies (including hay fever and anaphylactic reaction). <b>Légzési vagy légúti rendellenességek</b> pl. tartós köhögés vagy rekedtség, véres köpet, légszomj, asztma, COPD, tüdőgyulladás, krónikus hörghurut, tuberkulózis, szarkoidózis, légmell, fibrózis vagy allergiák (beleértve a szénanáthát és az anafilaxiás reakciót is).			
4	<b>Stomach, intestinal, liver or gallbladder disorders</b> , e.g. reflux, gastritis, ulcers, irritable bowel syndrome, Crohn's disease, ulcerative colitis, colitis, bowel disorders, abdominal pain, liver, gallbladder, pancreatic disease, hernias, hemorrhoids/piles. <b>Gyomor-, bél-, máj- vagy epehólyag rendellenességek</b> pl. reflux, gyomorgyulladás, fekély, irritábilis bél szindróma, Crohn-betegség, Colitis ulcerosa, vastagbélgyulladás, székelési zavar, hasi fájdalmak, máj- epe-, hasnyálmirigy-betegség, sérv, aranyér.			
5	<b>Benign lesions</b> , e.g. polyps, benign tumors (e.g. lipoma, fibroma, cyst), <b>malignant tumors, any pre-malignant condition.</b> <b>Jóindulatú elváltozások</b> pl. polip, jóindulatú daganat (pl. lipoma, fibroma, ciszta), <b>rosszindulatú daganatos megbetegedések, bármilyen rosszindulatú daganatot megelőző állapot.</b>			
6	<b>Skin diseases, skin lesions and interventions due to them</b> e.g. eczema, dermatitis, psoriasis, moles, rashes, or allergies <b>Bőrbetegségek, bőrelváltozások illetve ezek miatti beavatkozások</b> pl. ekcéma, dermatitis, pikkelysömör, anyajegy, kiütés vagy allergia.			

Application number/Ajánlatszám:

	Insured's name Biztosított neve	Insured's ordinal number Biztosított sorszáma	Yes Igen	No Nem
7	<b>Brain or nervous system disorders</b> e.g. recurrent headaches, migraines, dizziness, fainting, stroke, paralysis, dementia, multiple sclerosis, epilepsy, nerve pain (including sciatica and shingles), meningitis. <b>Agyi vagy idegrendszeri rendellenesség</b> pl. visszatérő fejfájás, migrén, szédülés, ájulás, agyvérzés, bénulás, demencia, szklerózis multiplex, epilepszia, idegfájdalom (beleértve az isiást és övsömört), agyhártyagyulladás.			
8	<b>Muscle or skeletal problems</b> e.g. arthritis, back pain, spinal deformities, neck/shoulder problems, muscle, cartilage and tendon problems, joint replacements, fractures, ligament injuries, osteoporosis, gout, elevated uric acid levels. <b>Izmokkal és vázrendszerrel kapcsolatos problémák</b> pl. ízületi gyulladás, hátfájdalom, gerincoszlop elváltozások, nyaki/vállproblémák, izom-, porc- és ínproblémák, ízületi protézisek, törések, szalagsérülések, csonttritkulás, köszvény, emelkedett húgysavszint.			
9	<b>Problems related to the kidney and urinary system or genitals,</b> e.g. kidney stones, kidney failure, bladder diseases, recurrent urinary tract infections, incontinence, pregnancy/childbirth complications, caesarean section, bleeding disorders, breast, vaginal, ovarian and uterine diseases (e.g. fibroids, endometriosis, ovarian cysts, PCO syndrome), infertility, testicular or prostate disorders. <b>Vese- és húgyúti rendszerrel, nemi szervekkel kapcsolatos problémák</b> pl. vesekő, veseelégtelenség, húgyhólyag betegségei, visszatérő húgyúti fertőzések, inkontinencia, terhességi/szülési komplikációk, császármetszés, vérzési rendellenesség, emlő-, hüvely, petefészek-és méhbetegségek (pl. mióma, endometriózis, petefészekciszta, PCO syndroma), meddőség, here- vagy prosztatata-rendellenesség.			
10	<b>Blood/infectious/immune system diseases,</b> e.g. laboratory abnormalities, anemia, hepatitis (including viral carrier), HIV, malaria, any autoimmune disease. <b>Vér-/fertőző/immunrendszeri betegségek</b> pl. laboreltérések, vérszegénység, hepatitisz (vírushordozó is), HIV, malária, bármely autoimmun betegség.			
11	<b>Eye, ear, nose, throat and dental problems</b> e.g. cataracts, glaucoma, visual impairment, hearing impairment, chronic ear infections, sinusitis, deviated septum, sleep apnea, tonsillitis, dental infections, wisdom teeth problems, gum disease. <b>Szem-, fül-, orr-, torok- és fogproblémák</b> pl. szürkehályog, zöldhályog, látáskárosodás, halláskárosodás, krónikus fülgyulladás, sinusitis, orrsövényferdülés, alvási apnoe, mandulagyulladás, a fog fertőzései, bölcsességfogakkal kapcsolatos problémák, fogínybetegségek.			
12	<b>Psychiatric/ psychological disorders</b> e.g. schizophrenia, compulsive or eating disorders, depression, stress, anxiety or drug/alcohol dependency. <b>Pszichiátriai/pszichológiai betegségek</b> pl. skizofrénia, kényszerbetegségek vagy étkezési zavarok, depresszió, stressz, szorongás vagy drog-/alkoholfüggőség.			
13	<b>Are you</b> currently or have you been under medication or other treatment (e.g. medicinal preparation, homeopathy) in the past 1 year? <b>Áll-e</b> jelenleg, vagy az elmúlt 1 évben áll-e gyógyszeres vagy egyéb kezelés (pl. gyógyhatású készítmény, homeopátia) alatt?			
14	<b>Are you</b> undergoing any treatment or require any examination, treatment, or surgery for any current or past medical problems? <b>Részt vesz-e</b> bármilyen kezelésben, illetve szükséges-e a vizsgálata, kezelése, műtete bármely jelenlegi vagy korábbi egészségi problémával kapcsolatban?			
15	<b>Have you</b> experienced any signs or symptoms of any medical problem in the last six months, regardless of whether a health care professional has been consulted? <b>Volt-e bármilyen</b> egészségügyi problémával kapcsolatos tünete az elmúlt hat hónapban, függetlenül attól, hogy fordult-e vele orvoshoz?			
16	Height (cm) Magasság (cm)			
17	Weight (kg) Súly (kg)			
18	<b>Do you currently smoke?</b> If so, please also state the daily amount! <b>Jelenleg dohányzik-e?</b> Ha igen, kérjük a napi mennyiség megadását is!		quantity (pcs/day) mennyiség (db/nap)	

## FURTHER INFORMATION KIEGÉSZÍTŐ INFORMÁCIÓ

Application number/Ajánlatszám:

Name of the insured and the relevant question number. A biztosított neve és a releváns kérdés száma.	Please specify as accurately as possible the name of the injury, illness or medical problem (including the body part and side if necessary). Kérjük, adja meg minél pontosabban a sérülés, betegség vagy egészségi probléma nevét (szükség esetén a testrész és az oldaliság megjelölésével).	When did the symptoms started and when was treatment completed? How often do you need a follow-up examination? Mikor kezdődtek a tünetek és mikor fejezték be a kezelést? Milyen gyakorisággal szükséges kontroll?	When and what examination or treatment was performed? (Please provide the date, name of the examination/s, medication, and details of the treatment/s.) Mikor és milyen vizsgálat, kezelés történt? (Kérjük adja meg a dátumot, a vizsgálat/ok, gyógyszerek nevét és a kezelés/ek részleteit.)	Please detail the outcome of the examination or treatment (e.g. examination in progress, ongoing treatment, full recovery, recurrent or likely to recur). Kérjük részletezze a vizsgálat vagy kezelés eredményét (pl. folyamatban lévő vizsgálat, folyamatos kezelés, teljes felépülés, visszatérő vagy valószínűleg visszatérő panasz).

- \* If there is insufficient space, please use a separate sheet to fill in, sign and date.
- \* Amennyiben nem áll rendelkezésre elegendő hely, kérjük folytassa egy üres lapon, aláírással, keltezéssel.

The insurance company will carry out underwriting before it accepts the insurance application.  
A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatbírálást végez.

The insurance company is entitled to verify any data so obtained and, for this purpose, may ask further questions regarding the health condition and occupation of the insured. The insurance company may require the insured to attend medical examinations for the underwriting procedure.  
A biztosító a közölt adatokat ellenőrizheti, és e célból a biztosított egészségi állapotára, foglalkozására vonatkozó további kérdéseket tehet fel, orvosi, egészségi vizsgálatot írhat elő.

I understand the advice of the insurance company that if a medical examination is required for taking out the insurance policy (or being added to the insurance coverage under a group insurance policy, hereinafter jointly referred to as insurance policy), I may obtain the results of the medical examination from the medical service provider, in accordance with the Act on Health Care.  
Tudomásul veszem a biztosító azon tájékoztatását, miszerint ha a biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosítotti jogviszonyom; továbbiakban egységesen: biztosítási szerződés) létrejöttének feltétele orvosi vizsgálat elvégzése, akkor az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló törvény alapján az egészségügyi szolgáltatótól megismerhetem.

Date/Dátum: .....

.....  
Signature of Insured/Biztosított aláírása  
(signature of the legal representative – parent, legal guardian – on behalf of an insured minor, or incapacitated adult)  
(kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén törvényes képviselő – szülő, gyám, gondnok – aláírása)

## SECTION D/ D SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

### OPTIONS REGARDING THE WHOLE CONTRACT / TELJES SZERZŐDÉSRE VONATKOZÓ OPCÍÓK

Frequency of payment Fizetés üteme	Quarterly Negyedéves	Bi-annually Féléves	Annually Éves

Payment method Fizetés módja	Bank Transfer Átutalás	Direct debit Csoportos beszedési megbízás

MHD Option* Meglévő betegségek befogadása*	
---	--

Terms of contract in the case of group policies** Szerződés időtartama csoportos biztosítások esetén**	1 year/év	2 years/év	3 years/év

\* Note: This option is only available for group contracts with a minimum of 15 insured employees.  
Megjegyzés: Ez az opció csak csoportos szerződések esetén választható, minimum 15 fő biztosított dolgozó esetén.

\*\* In case of group policies it is possible to choose the term of the contract for 1-3 years however the insurance company reserves the right to propose a change in premiums starting from the insurance anniversary and both parties can terminate the contract on the insurance anniversary.

Csoportos biztosítás esetén lehetséges a szerződés tartamát 1-3 évre megválasztani, de a biztosító fenntartja a jogot, hogy biztosítási évfordulótól díjmódosításra tegyen javaslatot; valamint mindkét fél felmondhatja a szerződést biztosítási évfordulóra.

## OPTIONS REGARDING EACH INSURED PERSON/EACH INSURED GROUPS BIZTOSÍTOTTANKÉNTI/BIZTOSÍTOTTI CSOPORTONKÉNTI OPCIÓK






Please fill in the below tables in case of each insured person/each insured group taking an X into the boxes.

Kérjük, töltsse ki az alábbi táblázatot biztosítottanként/biztosított csoportonként, minden egyes biztosított/biztosított csoport esetén egy x-el jelölve válaszait.

Insured's/Insured group's name Biztosított/biztosított csoport neve							Insured's date of birth/ Number of people in the insured group Biztosított születési ideje/ biztosított csoport létszáma	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

Deductibles in case of Blue and Azure Plan Önrész Blue és Azure csomag esetén	None Nincs	60 000 HUF	90 000 HUF	150 000 HUF	300 000 HUF	600 000 HUF	1 500 000 HUF	2 700 000 HUF
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deductibles in case of Cobalt, Admiral and Royal Plan Önrész Cobalt, Admiral és Royal csomag esetén	None Nincs	60 000 HUF	120 000 HUF	240 000 HUF	480 000 HUF	970 000 HUF	2 400 000 HUF
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Insurance Plan Biztosítási csomag					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Optional extension of area of coverage for Israel in case of Blue or Azure Plan Opcionális Területi hatály kiterjesztés Izraelre Blue vagy Azure csomag esetén	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Optional Dental Plan in case of Cobalt, Admiral or Royal Plan Opcionális Fogászati csomag Cobalt, Admiral, vagy Royal csomag esetén	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Optional extension of area of coverage for USA in case of Cobalt, Admiral or Royal Plan Opcionális Területi hatály kiterjesztés USA-ra Cobalt, Admiral és Royal csomag esetén	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Optional Pregnancy plan (in case of group contract, for Azure Plan uniformly) Opcionális Terhességi csomag (Csoportos szerződés esetén Azure csomaghöz választható egységesen)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Total price per insured/insured group Végösszeg biztosítottanként/biztosított csoportonként	HUF/ Year Ft/ Év
	<input type="checkbox"/>

**Notes:** The deductible and options will apply uniformly to every insured person who is covered by the same plan per insurance year.  
**Megjegyzés:** Az önrész és az opcionális kiegészítők az azonos csomaggal fedezett biztosítottak/biztosított csoportok számára biztosítási évente egységesen választhatóak.

## SECTION E/ E SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

### POLICYHOLDER'S DECLARATION/ SZERZŐDŐI NYILATKOZAT

Please be advised that at the time when this insurance application is made, **the medical management service provider, within the meaning of the policy conditions, is Europ Assistance Magyarország Kft.** (registered seat: 1132 Budapest, Váci út 36-38., company registration number: 01-09-565790), and as such it is contracted with the insurance company to perform medical management activities for the insured parties. **The insurance company is entitled to change the medical management service provider any time within the contract duration**, subject to sending notification to the policyholder.

Tájékoztatjuk, hogy a jelen ajánlat megtételekor **a biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatásszervező az Europ Assistance Magyarország Kft.** (székhely: 1132 Budapest, Váci út 36-38., cégjegyzékszám: 01-09-565790), amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az ellátásszervezői tevékenységet a biztosítottak tekintetében elvégezze. **A biztosítónak jogában áll a szolgáltatásszervező személyét – szerződő tájékoztatása mellett – a szerződés tartamán belül bármikor megváltoztatni.**

Please be advised that the insurance company will carry out case by case underwriting before it accepts the insurance application. If a medical history statement, medical examination or health checkup (hereinafter jointly: medical underwriting) is required for the assessment of this application, the underwriting procedure may take 60 days.

The insurance company is entitled to decline the application, without giving reasons, within 15 days – or within 60 days if medical underwriting is required – of receipt of this insurance application by the insurance company or its representative, even if an insured event occurs during such period.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító az ajánlat elfogadásához egyedi kockázatelbírálást végez. Amennyiben a jelen ajánlat elbírálásához egészségi nyilatkozat, orvosi vagy egészségi vizsgálat (továbbiakban: egészségi kockázatelbírálás) szükséges úgy a kockázatelbírálási idő 60 nap. Jelen ajánlat biztosító vagy képviselője általi átvételét követő 15 – vagy amennyiben az ajánlat elbírálásához egészségi kockázatelbírálásra van szükség 60 – napon belül a biztosító jogosult az ajánlatot indokolás nélkül visszautasítani abban az esetben is, ha a fenti időszak alatt biztosítási esemény következik be.

Declarations are valid only if you tick the checkboxes!

A nyilatkozatok csak a jelölőnégyzet kitöltésével együtt érvényesek!

I, the undersigned policyholder, hereby approve that the insurance company may forward data in relation to the insurance policy or the insurance coverage to the insurance company's 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, which shall be deemed as domestic data forwarding.

Alulírott szerződő hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel, illetve a biztosított jogviszonnyal kapcsolatos adatokat a biztosító anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.

I, the undersigned policyholder, hereby apply for this insurance MediHelp International Plans coverage to Generali Biztosító Zrt.

Alulírott szerződő a fenti ajánlatot teszem a MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítás szerződés megkötésére a Generali Biztosító Zrt. részére.

Please be advised that all the provisions of the applicable policy conditions which substantially differ from the respective provisions of the Hungarian Civil Code and standard contractual practice are summarized separately in a single chapter.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a biztosító a biztosítási szerződésre vonatkozó általános feltételekben külön fejezet(ek)ben foglalta össze a Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlatról lényegesen eltérő rendelkezéseket.

I specifically agree to the standard terms of the general conditions applicable to the insurance policy that substantially differ from the provisions of the Hungarian Civil Code and standard contractual practice. / A biztosítási szerződésre irányadó általános feltételeknek a „Polgári Törvénykönyvtől és a szokásos szerződési gyakorlatról lényegesen eltérő rendelkezései” című fejezetében foglaltakat kifejezetten elfogadom.

I hereby acknowledge that the provision on the statute of limitations set out in these conditions differs from the five (5) year limitation period prescribed in Section 6:22. (1) of the Civil Code. I understand, furthermore, that the limitation period of claims enforceable under the policy shall be 2 years from the last day of the received treatment or service in connection with an insured event. / Tudomásul veszem, hogy a szerződés elévülésre vonatkozó előírása eltér a Ptk. 6:22. § (1) bekezdésében meghatározott általános 5 (öt) éves elévülési időtől, így a szerződésből származó igények a biztosítási eseménnyel összefüggésben igénybe vett egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás utolsó napjától számított 2 év elteltével évülnek el.

Application number/Ajánlatszám:

**Data Management authorization for MediHelp International Kft. / Adatkezelési felhatalmazás MediHelp International Kft. részére**

I, the undersigned, hereby give my explicit consent and permission to MediHelp International Egészségügyi Szolgáltató Kft. (reg. seat: 1052 Budapest, Váci utca 12., comp. reg. no.: Cg. 01-09-691934), acting as a tied insurance intermediary – and as the Managing General Agent of Generali Biztosító Zrt. –, to process my personal data for the purposes of concluding, modifying and administering my insurance policy referred to above as well as for assessing and settling my insurance claims arising out of or under such insurance policy. /Alulírott kifejezett hozzájárulásmat adom ahhoz, hogy a MediHelp International Egészségügyi Szolgáltató Kft. (1052 Budapest, Váci utca 12., Cg. 01-09-691934) mint függő biztosításközvetítő – a Generali Biztosító Zrt. vezérügynöke – a fent megjelölt biztosítási szerződés megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásához szükséges személyes adataimat kezelje.

The detailed rules of data processing by MediHelp International Kft, acting as a tied insurance intermediary, while mediating insurance products, 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 Data Privacy Notice of MediHelp International Kft. The data privacy notice is available at [www.medihelp.hu](http://www.medihelp.hu) / A MediHelp International Kft-nek, mint függő biztosításközvetítőnek a biztosítási termékek közvetítése kapcsán végzett adatkezeléseiről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a MediHelp International Kft. adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a [www.medihelp.hu](http://www.medihelp.hu) weboldalról.

**Approval to marketing e-mails for Generali Biztosító Zrt.**

**Hozzájárulás marketing tartalmú üzenetek küldéséhez a Generali Biztosító Zrt. részére**

I assent that the Generali Biztosító Zrt. will be allowed to process my provided personal data for direct marketing purposes until my consent will be withdrawn, and that the insurance company may also use these data to send me commercial advertisements in electronic mail or equivalent individual communications or may contact me, using the contact information which I have disclosed, due to business purposes. I also declare that my declaration is voluntary and I gave my consent having received proper information.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam megadott személyes adatokat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámot küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg.

I understand that data processing is subject to my voluntary consent. I understand that I may, any time, withdraw my consent or request the insurance company to stop sending direct mails with advertisements free of charge and without giving reasons by contacting the customer service office of Generali Biztosító Zrt. giving my name and date of birth at [general.hu@general.com](mailto:general.hu@general.com) electronic email address, and I may unsubscribe from messages sent in emails by writing to [leiratkozas@general.hu](mailto:leiratkozas@general.hu), or in a postal mail addressed to Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, PO Box 888. I understand that my rights to know my data that is processed, the engagement of data processing agents, the information about data processing, and my rights related to data processing and how to exercise them are governed by the provisions of the 'Customer Information and General Provisions governing Insurance Policies' document.

Az adatkezelés hozzájáruláson alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének a megtiltására, illetőleg hozzájárulás visszavonására bármikor indokolás nélkül, az alábbi címeken, illetve a Generali Biztosító Zrt. bármelyik ügyfélszolgálatán – név, születési dátum megadásával – van lehetőség: [general.hu@general.com](mailto:general.hu@general.com) elektronikus levelezési címen, emailben kapott üzenetek esetén pedig a [medihelp.hu@general.com](mailto:medihelp.hu@general.com) címen, vagy postai küldeményként a Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 címen. Az adatok megismerésére, adatfeldolgozó igénybevételére, az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatásra, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos jogokra és azok érvényesítésére az Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések című dokumentumban foglaltak megfelelően irányadók.

Application number/Ajánlatszám:

**Approval to marketing e-mails for MediHelp International Kft.**

**Hozzájárulás marketing tartalmú üzenetek küldéséhez a MediHelp International Kft. részére**

I assent that the MediHelp International Kft. (reg. seat 1052 Budapest, Váci utca 12) will be allowed to process my provided personal data for direct marketing purposes until my consent will be withdrawn, and that the insurance company may also use these data to send me commercial advertisements in electronic mail or equivalent individual communications or may contact me, using the contact information which I have disclosed, due to business purposes. I also declare that my declaration is voluntary and I gave my consent having received proper information.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a MediHelp International Kft. (székhelye: 1052 Budapest, Váci utca 12. ) az általam megadott személyes adatokat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámot küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg.

I understand that data processing is subject to my voluntary consent. I understand that I may, any time, withdraw my consent or request the insurance company to stop sending direct mails with advertisements free of charge and without giving reasons by contacting the customer service office of MediHelp International Kft. giving my name and date of birth, and I may unsubscribe from messages sent in emails by writing to office@medihelp.hu, or in a postal mail addressed to MediHelp International Kft. 1052 Budapest, Váci utca 12. The detailed rules of data processing by MediHelp International Kft, 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 Data Privacy Notice of MediHelp International Kft. The Data Privacy Notice is available at [www.medihelp.hu](http://www.medihelp.hu).

Az adatkezelés hozzájáruláson alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének megtiltására, illetőleg hozzájárulás visszavonására bármikor indokolás nélkül, az alábbi címeken, illetve a MediHelp International Kft. ügyfélszolgálatán - név, születési dátum megadásával - van lehetőség, emailben kapott üzenetek esetén pedig az office@medihelp.hu címen, vagy postai küldeményként a 1052 Budapest, Váci utca 12., 2. em. levelezési címen. A MediHelp International Kft. adatkezeléseiről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a MediHelp International Kft. adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a [www.medihelp.hu](http://www.medihelp.hu) weboldalról.

**I accept the benefits terms conditions and limits provided for in the terms of the insurance policy and I agree to be bound by such terms. / Elfogadom a biztosítási feltételekben megadott szolgáltatások feltételeit, kikötéseit és összeghatárait és azokat magamra nézve kötelezőnek tartom.**

**By signing this declaration, I hereby confirm that in due time prior to signing the insurance application I have / received a copy of all the following documents effective at the time when I sign the application, and that I have read, understood and agreed to their terms. / Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a megújítási nyilatkozat megtétele előtt a hatályos, alább felsorolt dokumentumok egy másolati példányát megkaptam, azok tartalmát megismertem és elfogadom.**

- Customer Information and General Provisions governing Insurance Policies / Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések
- MediHelp International Health Plans Terms and Conditions / MediHelp nemzetközi egészségbiztosítás általános feltételei

Application number/Ajánlatszám:

**Statements for the Processing of Medical Information, Waiver of Medical Confidentiality (In case Policyholder is also Insured)/ Egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozat (Ha a Szerződő egyben Biztosított is)**

Please be informed that the insurance company may only underwrite the insured risk and thus may only offer insurance coverage, if the insured has duly made all the declarations included in this part of declaration by checking the boxes, as required.

Tájékoztatjuk, 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 valamennyi, jelen nyilatkozási részben rögzített nyilatkozatot megtette a jelölőnégyzetek kitöltésével.

- I, the undersigned, hereby give Generali Biztosító as well as its contracted outsourcing medical management partner, my specific consent and permission to collect and process my personal data directly related to my health and/or my medical conditions (jointly referred to as health data) for the purposes of concluding, modifying and administering my insurance policy referred to above (or my insurance coverage under a group insurance policy) as well as for assessing and settling insurance claims arising out of or under such insurance policy. Furthermore, I hereby give the insurance company specific consent and permission to use the health data collected or otherwise obtained (made available to the insurance company) for the purposes specified above any time, whether subsequently or before, in respect of the insurance policy referred to above.

Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t valamint ezen biztosító kiszervezett ellátásszervezői tevékenységet végző szerződéses partnerét, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosított jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásához szükséges személyes adataimat beszerezze és kezelje. Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja a fenti célokból az akár a későbbiekben, akár korábban bármikor megadott illetve a birtokába került (a biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat.

- Additionally, I hereby release and discharge the institutions and persons processing my protected health data referred to above (particularly outpatient and inpatient clinics, other medical, health care and social institutes, the social insurance agency, the body authorized by the effective legislation to determine a degree of disability/physical or mental impairment, general practitioners) from their confidentiality obligation, and I hereby give my explicit consent to the insurance company named above as well as to its contracted outsourcing medical management partner, to transfer my personal data which they process, for the purposes of assessing and settling insurance claims.

Felmentem a fent említett személyes adataimat kezelő intézményeket, személyeket (különösen: járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények, társadalombiztosítási szerv, az egészségkárosodás mértékének megállapítására jogosult szerv, háziorvos) a titoktartási kötelezettségük alól, és kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a fent nevezett biztosító valamint ezen biztosító kiszervezett ellátásszervezői tevékenységet végző szerződéses partnere részére az általuk, a szolgáltatás teljesítésével kapcsolatban kezelt személyes adataimat továbbítsák a szolgáltatási igények elbírálása és teljesítése érdekében.

- 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 my 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.

Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a 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 szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

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.

Az egészségi állapotra vonatkozó adatokat és a biztosítási titok 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.

Application number/Ajánlatszám:

The detailed rules of data processing, data processors engaged, rights and remedies related to the processing of personal data are set out in the data privacy notice of the insurance company. The data privacy notice is available at [generali.hu](http://generali.hu).

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a [generali.hu](http://generali.hu) oldalról.

Policyholder printed name/Szerződő neve nyomtatott betűkkel: \_\_\_\_\_

Policyholder signature/Szerződő aláírása: \_\_\_\_\_

Date/Dátum: \_\_\_\_\_

Intermediary's signature/Közvetítő aláírása: \_\_\_\_\_

#### WITNESSES/TANÚK

We declare that the statements contained in this declaration were signed by the Insured in our presence.

Kijelentjük, hogy a jelen okiratba foglalt nyilatkozatokat a Biztosított előttünk írta alá.

#### Witness 1/Tanú 1

Name/Név: \_\_\_\_\_

Address/Lakcím: \_\_\_\_\_

Signature/Aláírás

#### Witness 2/Tanú 2

Name/Név: \_\_\_\_\_

Address/Lakcím: \_\_\_\_\_

Signature/Aláírás

# SECTION F/ F SZAKASZ

Application number/Ajánlatszám:

## MY MEMBERSHIP DECLARATION AS INSURED / BIZTOSÍTOTTI NYILATKOZAT

Insured's name Biztosított neve		Insured's ordinal number Biztosított sorszáma	
------------------------------------	--	--	--

Please be advised, that at the time when this Membership Declaration is made, **the medical management service provider, within the meaning of the policy conditions, is Europ Assistance Magyarország Kft.** (registered seat: 1132 Budapest, Váci út 36-38., company registration number: 01-09-565790), and as such it is contracted with the insurance company to perform medical management activities for the insured parties. **The insurance company is entitled to change the medical management service provider any time within the contract duration,** subject to sending notification to the policyholder.

Tájékoztatjuk, hogy a jelen Biztosítotti nyilatkozat aláírásakor **a biztosítási feltételekben meghatározott szolgáltatásszervező az Europ Assistance Magyarország Kft.** (székhely: 1132 Budapest, Váci út 36-38., cégjegyzékszám: 01-09-565790), amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az ellátásszervezői tevékenységet a biztosítottak tekintetében elvégezze. **A biztosítónak jogában áll a szolgáltatásszervező személyét – szerződő tájékoztatása mellett – a szerződés tartamán belül bármikor megváltoztatni.**

In the cases specified in the policy conditions, the insurance company may be released from the obligation to pay benefits, or may limit the benefit payment, or exclude certain events from the insurance coverage.

A biztosító a biztosítási feltételekben írt esetekben mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, szolgáltatását korlátozza, illetve bizonyos eseményeket a kockázatviseléséből kizár.

**Declarations are valid only if you tick the checkboxes! / A nyilatkozatok csak a jelölőnégyzet kitöltésével együtt érvényesek!**

I would like to apply for membership to the MediHelp International Plans concluded by and between the policyholder specified below and Generali Biztosító Zrt. (Hereinafter: Generali). / Ezúton nyilatkozom, hogy az alábbiakban megjelölt szerződő és a Generali Biztosító Zrt. (a továbbiakban Generali) között létrejött MediHelp Nemzetközi Egészségbiztosítás biztosítottja kívánok lenni.

### Statements for the Processing of Medical Information, Waiver of Medical Confidentiality Egészségügyi adatkezeléssel, egészségügyi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozat

Please be informed that the insurance company may only underwrite the insured risk and thus may only offer insurance coverage, if the insured has duly made all the declarations included in this part of declaration by checking the boxes, as required.

Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a biztosítási kockázatot kizárólag abban az esetben tudja vállalni, így a biztosítotti jogviszony kizárólag abban az esetben jöhet létre, ha a biztosított valamennyi, jelen nyilatkozási részben rögzített nyilatkozatot megtette a jelölőnégyzetek kitöltésével.

I, the undersigned, hereby give Generali Biztosító as well as its contracted outsourcing medical management partner, my specific consent and permission to collect and process my personal data directly related to my health and/or my medical conditions (jointly referred to as health data) for the purposes of concluding, modifying and administering my insurance policy referred to above (or my insurance coverage under a group insurance policy) as well as for assessing and settling insurance claims arising out of or under such insurance policy. Furthermore, I hereby give the insurance company specific consent and permission to use the health data collected or otherwise obtained (made available to the insurance company) for the purposes specified above any time, whether subsequently or before, in respect of the insurance policy referred to above.

Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom és egyben felhatalmazom a Generali Biztosító Zrt-t valamint ezen biztosító kiszervezett ellátásszervezői tevékenységet végző szerződéses partnerét, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosítotti jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásához szükséges személyes adataimat beszerezze és kezelje. Hozzájárulok továbbá, hogy a biztosító a fent megjelölt biztosítási szerződés vonatkozásában is felhasználja a fenti célokból az akár a későbbiekben, akár korábban bármikor megadott illetve a birtokába került (a biztosító rendelkezésére álló) egészségügyi adatokat.

Application number/Ajánlatszám:

- Additionally, I hereby release and discharge the institutions and persons processing my protected health data referred to above (particularly outpatient and inpatient clinics, other medical, health care and social institutes, the social insurance agency, the body uthorized by the effective legislation to determine a degree of disability/physical or mental impairment, general practitioners) from their confidentiality obligation, and I hereby give my explicit consent to the insurance company named above as well as to its contracted outsourcing medical management partner, to transfer my personal data which they process, for the purposes of assessing and settling insurance claims.

Felmentem a fent említett személyes adataimat kezelő intézményeket, személyeket (különösen: járó- és fekvőbeteg, valamint egyéb egészségügyi ellátó és szociális intézmények, társadalombiztosítási szerv, az egészségkárosodás mértékének megállapítására jogosult szerv, háziorvos) a titoktartási kötelezettségük alól, és kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a fent nevezett biztosító valamint ezen biztosító kiszervezett ellátásszervezői tevékenységet végző szerződéses partnere részére az általuk, a szolgáltatás teljesítésével kapcsolatban kezelt személyes adataimat továbbítsák a szolgáltatási igények elbírálása és teljesítése érdekében.

- 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 my 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.

Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a 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 szolgáltatásszervezőnek, valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

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.

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.

- I accept that the Generali informs the Policyholder about my claims and solely about the fact of denying or providing service./ Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali az általam bejelentett szolgáltatási igényről és kizárólag a szolgáltatás teljesítéséről vagy az elutasítás tényéről a Szerződőt tájékoztassa.

Application number/Ajánlatszám:

**Data Management authorization for MediHelp International Kft. / Adatkezelési felhatalmazás MediHelp International Kft. részére**

- I, the undersigned, hereby give my explicit consent and permission to MediHelp International Egészségügyi Szolgáltató Kft. (reg. seat: 1052 Budapest, Váci utca 12., comp. reg. no.: Cg. 01-09-691934), acting as a tied insurance intermediary – and as the Managing General Agent of Generali Biztosító Zrt. –, to process my personal data, including information related to my health and/or medical conditions (jointly referred to as protected health data) for the purposes of concluding, modifying and administering my insurance policy referred to above (or my insurance coverage under a group insurance policy) as well as for assessing and settling my insurance claims arising out of or under such insurance policy.  
Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a MediHelp International Egészségügyi Szolgáltató Kft. (1052 Budapest, Váci utca 12., Cg. 01-09-691934) mint függő biztosításközvetítő – a Generali Biztosító Zrt. vezérigényelője – a fent megjelölt biztosítási szerződés (csoportos biztosítási szerződés esetén a biztosítotti jogviszonyom) megkötéséhez, létrejöttéhez módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, illetve a szolgáltatási igények elbírálásához szükséges személyes adataimat – beleértve az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat is – kezelje.
- I, the undersigned, hereby give my explicit consent and permission to MediHelp International Egészségügyi Szolgáltató Kft. (reg. seat: 1052 Budapest, Váci utca 12., comp. reg. no.: Cg. 01-09-691934) to forward – in full compliance with data privacy regulations – my personal data related to the insurance policy, including my protected health data, to the medical management service provider of Generali Biztosító Zrt. (Europ Assistance Magyarország Kft) as well as to any of its in-network medical and health care service providers, for the purposes of carrying out medical management services.  
Alulírott kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a MediHelp International Egészségügyi Szolgáltató Kft. (1052 Budapest, Váci utca 12., Cg. 01-09-691934) a biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adataimat – beleértve az egészségi állapotomra vonatkozó adatokat is – ellátásszervezői tevékenység lefolytatása céljából, a biztosítási titokra vonatkozó rendelkezések betartása mellett a Generali Biztosító Zrt. szolgáltatásszervezőjének (Europ Assistance Magyarország Kft.), valamint a szolgáltatásszervező egészségügyi szolgáltatást nyújtó szerződött partnereinek továbbítsa.

The detailed rules of data processing by MediHelp International Kft, acting as a tied insurance intermediary, while mediating insurance products, 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 Data Privacy Notice of MediHelp International Kft. The data privacy notice is available at [www.medihelp.hu](http://www.medihelp.hu).  
A MediHelp International Kft-nek, mint függő biztosításközvetítőnek a biztosítási termékek közvetítése kapcsán végzett adatkezeléseiről, az igénybe vett adafeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a MediHelp International Kft. adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a [www.medihelp.hu](http://www.medihelp.hu) weboldáról.

**Approval to marketing e-mails for Generali Biztosító Zrt.  
Hozzájárulás marketing tartalmú üzenetek küldéséhez a Generali Biztosító Zrt. részére**

- I assent that the Generali Biztosító Zrt. will be allowed to process my provided personal data for direct marketing purposes until my consent will be withdrawn, and that the insurance company may also use these data to send me commercial advertisements in electronic mail or equivalent individual communications or may contact me, using the contact information which I have disclosed, due to business purposes. I also declare that my declaration is voluntary and I gave my consent having received proper information. / Hozzájárulok ahhoz, hogy a Generali Biztosító Zrt. az általam megadott személyes adatokat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámat küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg.
- I understand that data processing is subject to my voluntary consent. I understand that I may, any time, withdraw my consent or request the insurance company to stop sending direct mails with advertisements free of charge and without giving reasons by contacting the customer service office of Generali Biztosító Zrt. giving my name and date of birth at [general.hu@general.com](mailto:general.hu@general.com) electronic email address, and I may unsubscribe from messages sent in emails by writing to [leiratkozas@general.com](mailto:leiratkozas@general.com), or in a postal mail addressed to Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, PO Box 888. I understand that my rights to know my data that is processed, the engagement of data processing agents, the information about data processing, and my rights related to data processing and how to exercise them are governed by the provisions of the 'Customer Information and General Provisions governing Insurance Policies' document.  
Az adatkezelés hozzájáruláson alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének a megtiltására, illetőleg hozzájárulás visszavonására bármikor indoklás nélkül, az alábbi címen, illetve a Generali Biztosító Zrt. bármelyik ügyfélszolgálatán – név, születési dátum megadásával – van lehetőség: [general.hu@general.com](mailto:general.hu@general.com) elektronikus levelezési címen, emailben kapott üzenetek esetén pedig a [medihelp.hu@general.com](mailto:medihelp.hu@general.com) címen, vagy postai küldeményként a Generali Biztosító Zrt., 7602 Pécs, Pf. 888 címen. Az adatok megismerésére, adafeldolgozó igénybevitelére, az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatásra, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos jogokra és azok érvényesítésére az Ügyféltájékoztató és a biztosítási szerződésre vonatkozó általános rendelkezések című dokumentumban foglaltak megfelelően irányadók.

Application number/Ajánlatszám:

**Approval to marketing e-mails for MediHelp International Kft.**

**Hozzájárulás marketing tartalmú üzenetek küldéséhez a MediHelp International Kft. részére**

I assent that the MediHelp International Kft. (reg. seat 1052 Budapest, Váci utca 12) will be allowed to process my provided personal data for direct marketing purposes until my consent will be withdrawn, and that the insurance company may also use these data to send me commercial advertisements in electronic mail or equivalent individual communications or may contact me, using the contact information which I have disclosed, due to business purposes. I also declare that my declaration is voluntary and I gave my consent having received proper information./ Hozzájárulok ahhoz, hogy a MediHelp International Kft. (székhelye: 1052 Budapest, Váci utca 12.) az általam megadott személyes adatokat közvetlen üzletszerzés céljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű más egyéni kommunikációs eszköz útján gazdasági reklámot küldjön, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen. Egyúttal kijelentem, hogy ezen nyilatkozatomat önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem meg.

I understand that data processing is subject to my voluntary consent. I understand that I may, any time, withdraw my consent or request the insurance company to stop sending direct mails with advertisements free of charge and without giving reasons by contacting the customer service office of MediHelp International Kft. giving my name and date of birth, and I may unsubscribe from messages sent in emails by writing to office@medihelp.hu, or in a postal mail addressed to MediHelp International Kft. 1052 Budapest, Váci utca 12. The detailed rules of data processing by MediHelp International Kft, 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 Data Privacy Notice of MediHelp International Kft. The Data Privacy Notice is available at [www.medihelp.hu](http://www.medihelp.hu)

Az adatkezelés hozzájáruláson alapul, melynek megadása önkéntes. A reklámok közvetlen megkeresés módszerével történő küldésének a megtiltására, illetőleg hozzájárulás visszavonására bármikor indokolás nélkül, az alábbi címeken, illetve a MediHelp International Kft. ügyfélszolgálatán – név, születési dátum megadásával – van lehetőség, emailben kapott üzenetek esetén pedig az office@medihelp.hu címen, vagy postai küldeményként a 1052 Budapest, Váci utca 12., 2. em. levelezési címen. A MediHelp International Kft. adatkezeléseiről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről részletes tájékoztatást a MediHelp International Kft. adatkezelési tájékoztatójában talál. Az adatkezelési tájékoztató elérhető a [www.medihelp.hu](http://www.medihelp.hu) weboldaltól.

Date/Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Insured / Biztosított aláírása  
(parent, legal guardian in case of a minor or insured under guardianship  
/ kiskorú vagy gondnokság alatt álló nagykorú biztosított esetén  
törvényes képviselő – szülő, gyám vagy gondnok – aláírása)

**In witness whereof / Előttünk, mint tanúk előtt**

**Witness 1/tanú 1**

Name/Név: \_\_\_\_\_

Address/Lakcím: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature/Aláírás

**Witness 2/tanú 2**

Name/Név: \_\_\_\_\_

Address/Lakcím: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature/Aláírás

# DATA PROCESSING / ADATKEZELÉS

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](http://generali.hu) and click on Data Processing (Adatkezelés) at the bottom of the page.

**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 védelméhez fűződő jogainak 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](http://generali.hu) oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.