

APPLICATION FORM

FORMULAR DE APLICARE



International Private Medical Insurance
MediHelp International Plans

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

Vă rugăm să completați toate câmpurile din acest formular, cu MAJUSCULE. Toate informațiile sunt confidențiale.

This validity of this form is 3 months. Valabilitatea acestui formular este de 3 luni.

It is mandatory that this Application Form contains the copy of the company's fiscal identification number.

Este obligatoriu ca la acest Formular de Aplicare să se atașeze o copie a certificatului de înregistrare fiscală.

Note: This Application Form will be filled in only by the legal persons insuring minimum 10 employees and requesting the conclusion of an insurance without medical subscription.

Notă: Acest Formular de Aplicare va fi completat doar de către persoanele juridice care asigură minim 10 angajați solicitând încheierea unei Asigurări fără subscriere medicală.

SECTION A/ SECȚIUNEA A

MY DETAILS ARE AS FOLLOWS (Policyholder)*
DATELE MELE SUNT URMATOARELE (Contractant)

Company's name Numele companiei																								
Company's fiscal identification no. CUI																								
Company's contact details Detaliile de contact ale companiei																								
The headquarters address (for legal entities) Adresa sediului social (pentru companii)																								
Correspondence address Adresa de corespondență																								
Phone/ Mobile Telefon/ Mobil																								
E-mail																								
Contact details in case of emergencies Detalii de contact pentru cazurile de urgență																								
Name Nume																								
Phone/ Mobile Telefon/ Mobil																								
E-mail																								
Relationship with policyholder Relația cu contractantul																								

*The insured persons are presented in a separate document attached to this Application Form / Asigurații sunt prezentați într-un document separat atașat la prezentul Formular de Aplicare.






SECTION B/ SECȚIUNEA B

MY PREFERRED PAYMENT DETAILS DETAIIILE MELE PRIVIND PLATA

Currency Moneda de plată	EUR ✓
-----------------------------	----------

Frequency of payment Frecvența plății	Monthly Lunar	Quarterly Trimestrial	Bi-annually Semestrial	Annually Anual
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Payment method Metoda plății	Bank Transfer Transfer Bancar
	✓

Insurance plan Plan de asigurare					
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Applicable for BLUE and AZURE/
Se aplică planurilor BLUE și AZURE

Applicable for COBALT, ADMIRAL and ROYAL on In-Patient benefits
Se aplică planurilor COBALT, ADMIRAL și ROYAL pentru beneficiile de spitalizare

Deductible/ person/ year Frașiza/ persoană/ an	None/ Niciuna	<input type="radio"/>	None/ Niciuna	<input type="radio"/>
	75 EUR	<input type="radio"/>	150 EUR	<input type="radio"/>
	150 EUR	<input type="radio"/>	300 EUR	<input type="radio"/>
	250 EUR	<input type="radio"/>	625 EUR	<input type="radio"/>
	500 EUR	<input type="radio"/>	1,250 EUR	<input type="radio"/>
	1,000 EUR	<input type="radio"/>	2,500 EUR	<input type="radio"/>
	2,500 EUR	<input type="radio"/>	6,250 EUR	<input type="radio"/>
	4,500 EUR	<input type="radio"/>		

Area of coverage: Aria de acoperire	Europe/ Europa	<input type="radio"/>	Worldwide excluding USA/ Global cu excepția SUA	<input type="radio"/>
	Europe/ Europa + Israel	<input type="radio"/>	Worldwide/ Global	<input type="radio"/>

Optional plan Plan opțional	Health Screening/ Prevenție (only on Azure/ doar pe planul Azure)	<input type="radio"/>	Dental	<input type="radio"/>
	Maternity (only for groups)/ Maternitate (doar pentru grupuri)	<input type="radio"/>		

Total price (EUR/ Year) Preț total (EUR/ An)	
---	--

SECTION C/ SECȚIUNEA C

MY MEMBERSHIP DECLARATION

I would like to apply for membership to the MediHelp International Plans - Generali Romania, for the persons mentioned in the document attached to this Form. I hereby declare that to the best of my knowledge and belief all the above information and answers are true, exact and complete, and confirm the correctness of all other documents submitted now or in the future concerning this Application. I am aware that the incomplete or untruth answers could lead to the modification or even to the loss of my right to receive the insurance indemnity. I fully understand that this Application will be evaluated according with the given information; after its acceptance, an insurance Certificate will be issued. The insurance Certificate with the insurance conditions, the present Application and any other declarative acts will form and will be part of the Insurance Contract. I was informed that in case in which, following the Application evaluation and of the all documents which were part of the Application completion, Generali Romania considers that the insured risk is not standard, it is entitled to propose different insurance conditions from the ones mentioned in the Application. 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.

I hereby declare that all necessary explanations and indications were given to me, that I am aware of the insurance conditions and that I receive a copy of them.

The Policyholder will request Generali Romania the agreement for insurance inclusion of the persons he wants to be insured. The signatory representative of this declaration declares, on his own responsibility, that all legal requirements engaging the Policyholder's will are accomplished.

The Insured persons have all rights covered by the legislation in force concerning the protection of individuals with regard to the processing of personal data and the free movement of such data, and from 25 May 2018, Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data. The Insured persons may exercise their rights by submitting to the Insurer, Generali Romania Asigurare Reasigurare SA, a written, dated and signed request. In the request, the insured persons may indicate whether they wish the information to be communicated to them at a particular mailing address or mailing service to ensure that personal information is handed over directly to them.

I acknowledge that MediHelp International/ Generali Romania reserves the right to cancel the membership of this Plan if any amount due is not paid by or on the due date. I agree to give MediHelp International/ Generali Romania immediate written notice should any changes material to the assessment of this Application occur before the date upon which MediHelp International/ Generali Romania grants written acceptance. This will give MediHelp International/ Generali Romania the opportunity to reconsider the terms of acceptance. MediHelp International/ Generali Romania reserves the right to investigate where uncertainty exists about the validity of information provided.

DECLARAȚIA MEA

Prin prezenta doresc să includ ca membri ai Planului de asigurare de sănătate al MediHelp International - Generali România, persoanele menționate în cadrul documentului atașat prezentului Formular. Declar pe propria răspundere că toate răspunsurile date sunt adevărate, exacte și complete, și confirm, în calitate de Contractant, corectitudinea tuturor documentelor prezentate acum sau în viitor, relaționate cu acest Formular de Aplicare. Am luat la cunoștință că răspunsurile incomplete sau neadevărate pot atrage modificarea sau pierderea dreptului la indemnizația de asigurare.

Mi s-a adus la cunoștință că Formularul de Aplicare va fi evaluat în baza informațiilor furnizate, urmând ca după acceptarea acestuia, să se emită un Certificat de asigurare. Certificatul de Asigurare, împreună cu Condițiile de Asigurare, prezentul Formular de Aplicare și eventualele acte declarative, formează și fac parte integrantă din Contractul de Asigurare. Am fost informat că în cazul în care, ca urmare a procesului de evaluare a Formularului de Aplicare și a tuturor documentelor care au stat la baza completării acestuia, Generali România consideră că riscul asigurat nu se încadrează în parametrii standard de asigurare, acesta va propune condiții contractuale diferite de cele înscrise în Formularul de Aplicare. Accept beneficiile, termenii și condițiile și limitele prevăzute în termenii Certificatului de asigurare și mă oblig, în condițiile legii, să respect acești termeni.

Declar ca toate explicațiile și indicațiile necesare mi-au fost date și că am cunoștință despre conținutul condițiilor de asigurare și că am primit fiecare câte un exemplar al acestora.

Contractantul va solicita acordul de la Generali România pentru includerea în asigurare a persoanelor pe care acesta le dorește asigurate. Reprezentantul semnatar al prezentei declarații, declară pe proprie răspundere că întrunește toate condițiile legale necesare angajării voinței Contractantului.

Asigurații au toate drepturile reglementate de legislația în vigoare referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și liberă circulație a acestor date și începând cu data de 25 mai 2018, Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Asigurații își pot exercita drepturile depunând la Asigurator, Generali România Asigurare Reasigurare SA, o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă de corespondență sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

Sunt de acord că MediHelp International/Generali România își rezervă dreptul de a anula acest Plan de asigurare, dacă vreo sumă datorată nu este achitată până la data scadenței. Sunt de acord să informez imediat în scris MediHelp International/Generali Romania cu privire la apariția oricăror modificări materiale pentru evaluarea prezentului Formular de Aplicare, înainte de data la care MediHelp International/Generali Romania își prezintă acceptul scris. Acest fapt îi va permite MediHelp International/Generali Romania să reexamineze termenii de acceptare. MediHelp International/Generali Romania își rezervă dreptul de a efectua investigații, atunci când există incertitudini privind corectitudinea informațiilor furnizate.

I declare that I received the document of Intermediary presentation, the form of analyzing the customer's needs (DNT) and the Application Form, which I filled in personally, I took note and agree with the General Terms and Conditions and I received a copy of them, I read and understood the Product information document (PID). I declare that I have sent to every insured the PID, the General Terms and Conditions and the details related to this insurance contract.

Declar pe proprie raspundere ca am primit un exemplar al Prezentații intermediarului, al Formularului de analiza a cerintelor si necesitatilor clientilor (DNT) si al Formularului de Aplicare pe care le-am completat in mod integral, am luat act si sunt de acord cu prevederile Condițiilor de asigurare si am primit un exemplar al acestora, am citit si am inteles Documentul de informare standardizat al produsului (PID). Declar ca am trimis fiecarui asigurat PID-ul, Condițiile de asigurare si detaliile contractului de asigurare.

Contractantul va obține acordul scris al potențialilor Asigurați cu privire la includerea în asigurare și va transmite acestora condițiile de asigurare înainte de data de început a poliței de asigurare.

Având în vedere prevederile Regulamentului General al Uniunii Europene privind protecția datelor (Regulamentul UE 2016/679, "GDPR"), aplicabil din data de 25 mai 2018, Contractantul își asumă următoarele obligații:

1. Înainte de comunicarea către Generali România a oricăror date personale privind potențialii asigurați, să îi informeze pe aceștia cu privire la încheierea asigurării ca beneficiu aferent contractului individual de muncă / de mandat / de prestări servicii / etc. și să le comunice tuturor potențialilor asigurați, prin mijloacele decise de Contractant, Informarea cu privire la protecția și prelucrarea datelor personale, pe formatul standard pus la dispoziție de Asigurator;
2. Să obțină acordul scris al fiecărui potențial asigurat în parte pentru prelucrarea de către Generali România a datelor sale privind starea de sănătate. Formatul standard al Acordului privind prelucrarea acestor date este atașat prezentului Formular de Aplicare;
3. Să păstreze și să predea, la cererea Asiguratorului, în maxim 2 zile lucrătoare, documentele privind Informările referitoare la protecția și prelucrarea datelor personale și exprimarea acordului asiguraților privind prelucrarea datelor de sănătate;
4. Să transmită Asiguratorului în maxim 2 zile lucrătoare de la primire toate cererile asiguraților, în calitatea acestora de beneficiari ai asigurării, cu privire la exercitarea drepturilor lor ce decurg din Regulamentul privind protecția datelor, în măsura în care aceste cereri sunt strict legate de Asigurator sau trebuie soluționate de acesta din urmă.

Prin transmiterea datelor potențialilor asigurați de Contractant către Asigurator, Contractantul își asumă că a informat în prealabil potențialii asigurați cu privire la prelucrarea de către Asigurator a datelor acestora, respectiv a luat acordurile privind prelucrarea datelor de sănătate. Astfel, Contractantul a trimis către Asigurator, în vederea preluării în asigurare, doar potențiali asigurați care au fost de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, astfel încât Asiguratorul să facă demersuri în vederea încheierii sau, după caz, executării polițelor de asigurare avându-i pe aceștia ca beneficiari, inclusiv dar fără a se limita la activitatea de plată a despăgubirilor, a procesării datelor privind sănătatea, datelor socio-profesionale sau a imaginii acestora. Aceste date vor fi comunicate Asiguratorului de către și prin grija Contractantului în vederea colectării și prelucrării acestora. De asemenea, Contractantul înțelege și este de acord că, în cazul în care unii dintre potențiali asigurați nu sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, nu va comunica Asiguratorului datele acestor potențiali asigurați și nu va solicita Asiguratorului o poliță de asigurare pentru aceștia.

În situația în care pe parcursul derulării poliței de asigurare sau la reînnoirea acesteia, Contractantul solicită introducerea altor membri în asigurare, va urma pentru fiecare membru toate etapele menționate mai sus.

The Policyholder will obtain the written agreement of the potential Insurers about the inclusion in the insurance policy and will send to them the insurance conditions before the start date of the insurance policy.

Taking into account the stipulations of the European Union General Data Protection Regulation (EU Regulation 2016/679, „GDPR”) applicable from May 25, 2018, the Policyholder assumes the following obligations:

1. Prior to communicating to Generali Romania any personal data regarding potential insured, informing them of the conclusion of the insurance policy as a benefit of the individual work / mandate / service contract / etc. and to communicate to all potential insured, by means decided by the Policyholder, Information on the protection and processing of personal data in the standard format provided by the Insurer;
2. To obtain the written agreement of each potential insured in order to process its health data by Generali Romania. The standard format of the Data Processing Agreement is attached to this Application Form;
3. To keep and hand over, at the Insurer's request, within 2 business days, the documents relating to the Information on the protection and processing of personal data and the expression of the insured's agreement on the processing of health data;
4. To submit and send to the Insurer, within 2 working days of reception, all insured's requests, as beneficiaries of the insurance, on exercising their rights arising from the Data Protection Regulation, to the extent that these requests are strictly related to the Insurer or must be resolved by the latter.

By transmitting the data of the potential insured by the Policyholder to the Insurer, the Policyholder assumes that he has previously informed prospective insured about the Insurer's processing of their data, respectively took the Agreements on the processing of health data. Thereby, the Policyholder has sent to the Insurer, for the purpose of taking over the insurance, only potential insured persons who have agreed the processing of personal data, in order that the Insurer may take steps to conclude or, as the case may be, to execute the insurance policies by having them as beneficiaries, including but not limited to claims settlement activity, processing of health data, socio-professional data or image data. These data will be communicated to the Insurer by and through the Policyholder's care for their collection and processing. Also, the Policyholder understands and agrees that if some of the prospective insured disagree with the processing of personal data, he will not disclose the insured data to the Insurer and will not ask the Insurer for an insurance policy for them. In the event that during the execution of the insurance policy or its renewal, the Policyholder shall request the introduction of other members in the insurance policy, he shall follow for each member all the steps mentioned above.

Policy starting* date/ Data de început* a poliței : _____

*The policy start date is chosen by the policyholder and must be established until a 90 days maximum period from the moment of signing this Application Formular. The payment for the first premium rate must be made until the policy start date. / Data de început a poliței este aleasă de contractant și trebuie să fie stabilită într-o perioadă de maxim 90 de zile de la momentul semnării prezentului Formular de Aplicare. Plata primei rate de asigurare trebuie să fie efectuată până la data de început a poliței de asigurare.

Name of policyholder/ Numele cu caractere de tipar ale Contractantului: _____

Name of legal representative/Numele reprezentantului legal (pentru persoane juridice) _____

Policyholder signature/ Semnătura Contractantului: _____

Intermediary name and FSA no/ Numele intermediarului și codul ASF (RBK, RAF, RAJ): _____

Name of Generali agency/ Numele agentiei Generali: _____

Generali code/ Cod Generali: _____

Form signing date / Data semnării Formularului: _____