

TRANSFER FORM

FORMULAR DE TRANSFER



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.

If the policyholder is an individual, than it is mandatory that this Transfer Form contains copies of the identity card of all insured persons. If the policyholder is an entity, than it is mandatory that this Transfer Form contains the copy of the company's fiscal identification number. In cazul in care Contractantul este persoana fizică, este obligatoriu ca la acest Formular de Transfer să se atașeze copii ale actelor de identitate pentru fiecare persoană asigurată. In cazul in care Contractantul este persoana juridică, este obligatoriu ca la acest Formular de Transfer să se atașeze o copie a certificatului de inregistrare fiscală.

Note: For companies this Transfer Form should be completed for each person, if the no. of employees is less than 20.

Notă: Pentru companii va fi necesar ca acest Formular de Transfer să fie completat pentru fiecare angajat dacă numărul lor este mai mic de 20.

SECTION A/ SECȚIUNEA A

MY DETAILS ARE AS FOLLOWS (Policyholder)

DATELE MELE SUNT URMATOARELE (Contractant)

My name and surname/ Company's name (for legal entities)																						
Numele si prenumele meu/ Numele companiei (pentru persoane juridice)																						
Date of birth	Day			Month		Year			Gender	M	F											
Data nașterii	Ziua			Luna		Anul			Sex	B	F											
PIN/ Company's fiscal identification no. CNP/ CUI																						
Citizenships																						
Cetățeniile																						
Nationality																						
Naționalitate																						
Residence countries																						
Țările de rezidență																						
Occupation																						
Ocupație																						
Place of work																						
Locul de muncă																						
My contact details																						
Detaliile mele de contact																						
My residency address/ The headquarters address (for legal entities)																						
Adresa mea de rezidență/ Adresa sediului social (pentru companii)																						
My correspondence address																						
Adresa mea de corespondență																						
Phone/ Mobile																						
Telefon/ Mobil																						
E-mail																						

SECTION B/ SECȚIUNEA B

1. INSURED PERSONS/PERSOANE ASIGURATE

#	Name and surname of insured person/ Numele si prenumele persoanei asigurate	PIN / CNP	Relationship with policyholder/ Relația cu contractantul
1			
2			
3			
4			

	YES	NO
2. Have you, or anyone included under this application been admitted to a hospital or a similar establishment in the last 12 months? / Ati fost dvs. sau oricare dintre persoanele incluse in prezentul formular admisa intr-un spital sau o institutie similara in ultimile 12 luni?		
3. Is any applicant or eligible dependent booked in/ intends to book in for treatment in the next 12 months? If YES, please provide details below. / Este potentialul asigurat sau dependent sub tratament/ urmeaza sa inceapa un tratament in urmatoarele 12 luni? Daca DA, va rugam sa dati detalii mai jos.		
4. Have you or anyone included under this application, suffered / is suffering from any of the below illnesses or medical conditions: Cancer, Cardio-vascular and Cerebro-vascular conditions, Coma, Type I or II diabetes, Epilepsy, Multiple sclerosis, Motor neuron disease or other neurological diseases, Parkinsonism, Rheumatoid arthritis, AIDS or HIV, Major Burns, Sepsis, Polytrauma, Organ malfunction, Organ Transplantation, Chronic Renal Insufficiency, Alzheimer's disease, Alcohol & Substance abuse, Liver cirrhosis or Congenital or hereditary medical conditions? If YES, kindly confirm for how long and the medication details / Dvs sau orice persoana inclusa in prezentul formular suferiti/ sufera de oricare din urmatoarele afectiuni sau conditii : Cancer/ Boli cardio-vasculare sau cerebro-vasculare, Coma, Diabet zaharat tip I sau II, Epilepsie, Scleroza multipla, Boala neuronului motor sau alte afectiuni neurologice, Parkinson, Artrita reumatoida, SIDA sau HIV, Arsuri majore, Sepsis, Politraumatism, Malfunctie de organ, Transplant de organ, Insuficienta renala cronica, Boala Alzheimer, Abuz de alcol sau alte substante, Ciroza hepatica sau Conditii ereditare sau congenitale? Daca DA, va rugam sa precizati de cand si detaliile medicatiei		
5. If the applicant is female please confirm if they are currently pregnant. If YES, state gestational stage / Daca aplicantul este femeie va rugam confirmati daca este insarcinata. Daca DA, specificati stadiul gestational		

IMPORTANT – If you answer YES to any of the questions then we may in some cases include new special terms / **IMPORTANT** – Daca raspundeti DA la oricare dintre intrebari, in anumite cazuri, putem include conditii speciale.

If the answer to any of the above questions is YES, please provide the following details for each symptom /condition (please use additional paper if necessary / Daca raspunsul la oricare dintre intrebarile de mai sus este DA, va rugam sa dati urmatoarele detalii pentru fiecare symptom / conditie (va rugam folositi hartie suplimentara daca este necesar)

Name/ Nume	Question no / Nr. intrebare	Symptom/ Nature of disorders/ Affected areas/ Diagnosis / Simptom/ Tipul afectiunii/ Ariile afectate/ Diagnostic	Date(s) of treatment/tests/onset Data tratamentului / testelor/diagnosticului	Treatment received and/or medication taken Tratamentul primit si / sau medicatia pe care o luati	Status stable/ongoing/full recovery / Status: stabil/ in curs de recuperare/ recuperare totala

SECTION C/ SECȚIUNEA C

I hereby declare on my own responsibility, as a main member, that I confirm all statements given in the Transfer Form related to the Certificate of Insurance no.....issued onconcluded with..... regarding both my health status as well as the health status of all insured persons included in the current Certificate and I am attaching it to this form. / Subsemnatul/a, în calitate de membru principal, declar pe proprie răspundere că imi mențin afirmațiile făcute în Formularul de Transfer aferent Certificatului de asigurare cu nr.....,emis în data de....., încheiat cu, referitoare atât la starea mea de sănătate, cât și a celorlalți membri asigurați menționați în certificatul de asigurare actual și îl atașez acestui formular.

SECTION D/ SECȚIUNEA D

MY PREFERRED PAYMENT DETAILS / DETALIILE MELE PRIVIND PLATA

Currency Moneda de plată	EUR <input checked="" type="checkbox"/>	Payment method / Metoda plății	Bank Transfer Transfer Bancar <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------------	--	---	---

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

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

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 (will be applied to every insured person/ insurance year) Franșiza (se va aplica fiecărei persoane asigurate pe an de asigurare)	None/ Niciuna <input type="checkbox"/>	75 EUR <input type="checkbox"/>	150 EUR <input type="checkbox"/>	250 EUR <input type="checkbox"/>	500 EUR <input type="checkbox"/>	1,000 EUR <input type="checkbox"/>	2,500 EUR <input type="checkbox"/>	4,500 EUR <input type="checkbox"/>	None/ Niciuna <input type="checkbox"/>	150 EUR <input type="checkbox"/>	300 EUR <input type="checkbox"/>	625 EUR <input type="checkbox"/>	1,250 EUR <input type="checkbox"/>	2,500 EUR <input type="checkbox"/>	6,250 EUR <input type="checkbox"/>
--	--	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

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

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

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

SECTION E/ SECȚIUNEA E

OUR MEMBERSHIP DECLARATION

We would like to apply for membership to the MediHelp International Plans - Generali Romania. We hereby declare that to the best of our 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 Form. 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. We fully understand that this Transfer Form 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 Transfer Form and any other declarative acts will form and will be part of the Insurance Contract. We were informed that in case in which, following the Form evaluation and of the all documents which were part of the Form 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 Transfer Form. We accept the benefits terms conditions and limits provided for in the terms of the insurance policy and we agree to be bound by such terms.

We, the applicant and the listed dependents, agree to submit any further medical information as MediHelp International/ Generali Romania deems necessary. We hereby declare that all necessary explanations and indications were given to us, that we are aware of the insurance conditions and that we receive a copy of them.

For legal entities, the Policyholder will request the Generali Romania agreement for insurance inclusion of the persons he wants to be insured. For companies, 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.

We 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. We agree to give MediHelp International/ Generali Romania immediate written notice should any changes material to the assessment of this Transfer Form 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 NOASTRĂ

Prin prezenta dorim să devenim membrii ai Planului de asigurare de sănătate al MediHelp International - Generali Romania.

Declarăm pe propria răspundere că toate răspunsurile date sunt adevărate, exacte și complete, și confirmăm, în calitate de contractant și respectiv asigurați (dependenți) corectitudinea tuturor documentelor prezentate acum sau în viitor relaționate cu acest Formular de Transfer. Am luat la cunoștință că răspunsurile incomplete sau neadevărate pot atrage modificarea sau pierderea dreptului la indemnizația de asigurare.

Ni s-a adus la cunoștință că Formularul de Transfer 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 Transfer și eventualele acte declarative, formează și fac parte integrantă din Contractul de Asigurare. Am fost informați că în cazul în care, ca urmare a procesului de evaluare a Formularului de Transfer 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 Transfer. Acceptăm beneficiile, termenii, condițiile și limitele prevăzute în termenii Certificatului de asigurare și ne obligăm, în condițiile legii, să respectăm acești termeni.

Noi, Subsemnatul, și persoanele dependente enumerate, suntem de acord să ni se solicite orice alte informații medicale considerate necesare de către MediHelp International/ Generali România.

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

Pentru persoanele juridice, Contractantul va solicita acordul de la Generali România pentru includerea în asigurare a persoanelor pe care acesta le dorește asigurate. Reprezentantul semnat al prezentei declarații, în cazul persoanelor juridice, 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 libera 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 Asigurător, 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.

Suntem 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. Suntem de acord să informăm imediat în scris MediHelp International/ Generali România cu privire la apariția oricăror modificări materiale pentru evaluarea prezentului Formular de Transfer, înainte de data la care MediHelp International/ Generali România își prezintă acceptul scris. Acest fapt îi va permite MediHelp International/ Generali România să reexamineze termenii de acceptare. MediHelp International/ Generali România își rezervă dreptul de a efectua investigații, atunci când există incertitudini privind corectitudinea informațiilor furnizate.

We declare that we received the document of Intermediary presentation, of the Formular Demand and Needs Test (DNT) and of the Application Form, which we filled personally, we took note and agree with the General Terms and Conditions and we received a copy of them, we read and understood the Product information document (PID). If I am a legal person, I declare that I have sent to every insured person the PID, the General Terms and Conditions and the details related to the insured contract.

Declaram 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 suntem 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). In cazul in care sunt persoana juridica declar ca am trimis fiecarui asigurat PID, Condițiile de asigurare si detaliile contractului de asigurare.

În situația în care pe parcursul derulării poliței de asigurare sau la reînnoirea acesteia, Contractantul solicită introducerea altor membri în asigurare, acesta se obligă să transmită fiecărui membru nou Informarea referitoare la protecția și prelucrarea datelor personale și să obțină acordul acestuia pentru prelucrarea datelor de sănătate. / 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 undertakes to submit to each new member the Information concerning the protection and processing of personal data and to obtain his Consent for the processing of the health data.

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 Transfer Form. 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 Transfer. 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: _____

#	Insured 1 / Asigurat 1	Insured 2 / Asigurat 2	Insured 3 / Asigurat 3	Insured 4 / Asigurat 4
Insured signatures/ Semnăturile Asiguraților (în cazul minorilor semnează părintele sau tutorele/In case of minors, the parent or legal tutor signs here)				

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

Name of Generali agency/ Numele agentiei Generali: _____

Generali code/ Cod Generali: _____

Form signing date / Data semnării Formularului: _____