

# 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.

If the policyholder is an individual, than it is mandatory that this Application Form contains copies of the identity card of all insured persons. If the policyholder is an entity, than it is mandatory that this Application 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 Aplicare 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 Aplicare să se atașeze o copie a certificatului de inregistrare fiscală.

*Note:* For companies this Application Form should be completed for each person, if the no. of employees is less than 10.

*Notă:* Pentru companii va fi necesar ca acest Formular de Aplicare să fie completat pentru fiecare angajat dacă numărul lor este mai mic de 10.

# SECTION A/ SECȚIUNEA A

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

<b>My name and surname/ Company's name</b> (for legal entities)											
<b>Numele si prenumele meu/ Numele companiei (pentru persoane juridice)</b>											
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											
<b>My contact details</b> <b>Detaliile mele de contact</b>											
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											
<b>Contact details in case of emergencies</b> <b>Detalii de contact pentru cazurile de urgență</b>											
Name Nume											
Phone/ Mobile Telefon/ Mobil											
E-mail											
Relationship with policyholder Relația cu contractantul											

# SECTION B/ SECȚIUNEA B

## INSURED PERSONS/PERSOANE ASIGURATE

1	<b>Name and surname</b> <b>Numele și prenumele</b>												
	Date of birth Data nașterii		Day Ziua	Month Luna		Year Anul							
	ID no. CNP							Gender Sex		M B	F F		
	Citizenships Cetățeniile					Nationality Naționalitate							
	Residence countries Țările de rezidență					Occupation Ocupație							

2	<b>Name and surname</b> <b>Numele și prenumele</b>												
	Date of birth Data nașterii		Day Ziua	Month Luna		Year Anul							
	ID no. CNP							Gender Sex		M B	F F		
	Citizenships Cetățeniile					Nationality Naționalitate							
	Residence countries Țările de rezidență					Occupation Ocupație							
	Relationship with policyholder Relația cu contractantul												

3	<b>Name and surname</b> <b>Numele și prenumele</b>												
	Date of birth Data nașterii		Day Ziua	Month Luna		Year Anul							
	ID no. CNP							Gender Sex		M B	F F		
	Citizenships Cetățeniile					Nationality Naționalitate							
	Residence countries Țările de rezidență					Occupation Ocupație							
	Relationship with policyholder Relația cu contractantul												

4	<b>Name and surname</b> <b>Numele și prenumele</b>												
	Date of birth Data nașterii		Day Ziua	Month Luna		Year Anul							
	ID no. CNP							Gender Sex		M B	F F		
	Citizenships Cetățeniile					Nationality Naționalitate							
	Residence countries Țările de rezidență					Occupation Ocupație							
	Relationship with policyholder Relația cu contractantul												

## SECTION C/ SECȚIUNEA C

This section asks for health and medical details, past and present about yourself and each person named in Section B. Please tick Yes or NO to every question for every person. If you tick YES to a question, please give full details below. Please ensure you tell us about any known conditions and symptoms even if professional medical advice has not yet been sought. If you do not provide us with full details we may terminate your cover or we may not pay your claims.

If you or anyone to be covered under this plan:

\* Seen a doctor or other healthcare professional **in the last five years**, OR

\* Been admitted to a hospital, had an operation/procedure or had an investigation (e.g. scan/ blood tests) **in the last five years**, for any of the medical problems listed in questions 1-12 below, please advise accordingly.

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

Această secțiune solicită detalii legate de starea dumneavoastră de sănătate, din trecut sau din prezent și despre fiecare dintre persoanele enumerate la Secțiunea B. Vă rugăm bifați DA sau NU la fiecare întrebare, pentru fiecare persoană. Dacă bifați DA la o întrebare, vă rugăm să oferiți detalii complete mai jos. Asigurați-vă că ne comunicați orice afecțiuni sau simptome cunoscute, chiar dacă nu ați consultat încă un doctor.

Dacă nu ne furnizați informații complete, avem dreptul de a rezilia asigurarea sau de a nu plăti despăgubirile solicitate.

Dacă dvs. sau unul dintre beneficiarii asigurării:

\* Ați/a consultat un medic sau alt practician în domeniul sănătății **în ultimii cinci ani SAU**

\* Ați/ a fost internat în spital, ați/ a suferit o operație/ intervenție medicală sau ați/ a efectuat investigații (de ex. radiografii/analize de sange) **în ultimii cinci ani**, pentru oricare dintre problemele medicale de la întrebările 1 – 12 de mai jos, vă rugăm să oferiți informații în conformitate.

DECLAR CĂ AM CITIT CU ATENȚIE SECȚIUNEA DE MAI SUS ȘI VOI COMPLETA SECȚIUNILE RELEVANTE DIN CHESTIONARUL MEDICAL/ DECLARAȚIA DE SĂNĂTATE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

### MEDICAL QUESTIONNAIRE/ STATEMENT OF HEALTH / CHESTIONAR MEDICAL/ DECLARAȚIE DE SĂNĂTATE

		1		2		3		4	
1	<b>Heart of circulatory disorders</b> e.g.: high blood pressure, angina, chest pains, heart attack, heart failure, abnormal heart beat, aneurysm or varicose veins.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu
2	<b>Tulburări cardiace sau circulatorii</b> , de exemplu, hipertensiune arterială, angină pectorală, dureri toracice, infarct miocardic, insuficiență cardiacă, tulburări de ritm cardiac, aneurisme sau vene varicoase.								
	<b>Endocrine (glandular) disorders</b> e.g. diabetes (Type 1 or Type 2), thyroid problems, or obesity.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
3		Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu
	<b>Tulburări endocrine (glandulare)</b> , de exemplu, diabet (de tipul 1 sau de tipul 2), probleme tiroidiene sau obezitate.								
3	<b>Breathing or respiratory disorders</b> e.g. shortness of breath, asthma, COPD, chest infections, pneumonia, bronchitis, tuberculosis or allergies (including allergic rhinitis and anaphylaxis).	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu
4	<b>Disfuncții ventilatorii și respiratorii</b> , de exemplu, dispnee, astm, BPOC, infecții pulmonare, pneumonie, bronșită, tuberculoză sau alergii (inclusiv rinită alergică sau anafilaxie).								
	<b>Stomach, intestines, liver or gall bladder problems</b> e.g. stomach inflammation/ ulcers, irritable bowel, Crohn's disease, colitis, change in bowel habits, abdominal pain, hemorrhoids/piles, pancreatitis, liver inflammation, cirrhosis, gall stones or hernias.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
4		Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu
	<b>Probleme gastrice, intestinale, hepatice sau biliare</b> , de exemplu, inflamații ale stomacului/ ulcere, colon iritabil, boala lui Crohn, colită, perturbarea motilității intestinale, dureri abdominale, hemoroizi, pancreatită, inflamații ale ficatului, ciroză, litiază biliară sau hernia.								

		1		2		3		4	
		Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
5	<b>Cancer, tumors or growths</b> e.g. polyps, benign growths, any cancers or pre-cancerous conditions.	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
	<b>Cancer, tumori sau excrescențe</b> , de exemplu, polipi, excrescențe benigne, orice tip de cancer sau afecțiuni pre-cancerose.								
6	<b>Skin Problems</b> e.g. eczema, dermatitis, rashes, psoriasis, acne, cysts, moles that itch or bleed, or allergic conditions.	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
	<b>Probleme ale pielii</b> , de exemplu, eczeme, dermatită, erupții, psoriazis, acnee, chisturi, negi însoțiți de prurit sau care sângerează, sau afecțiuni alergice.								
7	<b>Brain or nervous system disorders</b> e.g. stroke, dementia, migraine, repeated headaches, multiple sclerosis, epilepsy/ seizures, nerve pain (including sciatica and shingles) or meningitis.	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
	<b>Disfuncții cerebrale sau ale sistemului nervos</b> , de exemplu, apoplexie, demență, migrene, cefalee recurentă, scleroză multiplă, epilepsie/ convulsii, nevralgii (inclusiv sciatică și Zona Zoster) sau meningită.								
8	<b>Muscle or skeletal problems</b> e.g. arthritis, back pain, neck/shoulder problems, cartilage and ligament problems, joint replacements, fractures, osteoporosis, gout or inflammatory conditions.	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
	<b>Probleme musculare sau scheletice</b> , de exemplu, artrită, dureri de spate, probleme la nivelul gâtului/umerilor, probleme ale cartilajilor sau ligamentelor, înlocuirea articulațiilor, fracturi, osteoporoză, gută sau afecțiuni inflamatorii.								
9	<b>Urinary or reproductive system problems</b> e.g. kidney or bladder problems (including kidney failure), recurrent urinary infections, incontinence, pregnancy/ childbirth problems (including caesarean section), heavy or irregular periods, fibroids, endometriosis, infertility, abnormal smears, polycystic ovaries, testicular or prostate disorders.	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
	<b>Probleme urinare sau ale aparatului reproductiv</b> , de exemplu, probleme ale rinichilor sau vezicii urinare (inclusiv insuficiență renală), infecții urinare recurente, incontinență urinară; probleme legate de sarcină/ naștere (inclusiv operații cezariene), cicluri menstruale abundente sau neregulate, fibrom uterin, endometrioză, infertilitate, secreții anormale, ovare polichistice, disfuncții testiculare sau ale prostatei.								
10	<b>Blood/ infective/ immune disorders</b> e.g. abnormal blood tests, high cholesterol, anemia, hepatitis, HIV, malaria, or any autoimmune disorder.	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
	<b>Boli hematologice/ infecțioase/ tulburări ale sistemului imunitar</b> , de exemplu, teste hematologice anormale, nivel ridicat al colesterolului, anemie, hepatită, HIV, malaria, sau alte tulburări autoimune.								
11	<b>Eye, ear, nose, throat and dental problems</b> e.g. cataracts, glaucoma, visual impairment, deafness, ear infections, tonsillitis, dental infections, wisdom teeth problems or gingivitis.	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
	<b>Afecțiuni oculare, ORL sau dentare</b> , de exemplu, cataractă, glaucom, tulburări de vedere; surditate, infecții ale urechii, amigdalită, infecții dentare, probleme ale măselelor de minte sau gingivită.								
12	<b>Psychiatric/ psychological disorders</b> e.g. schizophrenia, compulsive or eating disorders, depression, stress, anxiety or drug/alcohol dependency.	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
	<b>Afecțiuni psihiatrice/ psihologice</b> , de exemplu, schizofrenie, tulburări compulsive sau de alimentație; depresie, stres, anxietate sau dependență de droguri/alcool.								

		1		2		3		4	
13	Is anyone to be covered taking any medication, prescribed or otherwise? Vreunul dintre beneficiarii asigurării ia medicamente prescrise sau de orice alt fel?	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
14	Is anyone to be covered receiving any treatment of any kind, or require or expect to require any review, investigations or treatment for any current or past medical problem not already mentioned in this application? Vreunul dintre beneficiari primește tratament de orice fel sau are nevoie ori este posibil să aibă nevoie de evaluare, investigații sau tratament pentru probleme medicale vechi sau actuale care nu sunt menționate în acest formular?	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
15	Has anyone to be covered experienced any signs or symptoms of any medical problem in the last six months, regardless of whether a health care professional has been consulted? Vreunul dintre beneficiari a prezentat semne sau simptome ale unor tulburări medicale în ultimele șase luni, indiferent dacă a fost sau nu consultat de un medic?	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu
16	Height (cm) Înălțimea (cm)								
17	Weight (kg) Greutatea (kg)								
18	Have you smoked within the last 5 years? Ați fumat în ultimii 5 ani?	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu	Y Da	N Nu

**ADDITIONAL INFORMATION**  
**INFORMAȚII ADIȚIONALE**

<p>Name of the insured person; the relevant question number.</p> <p>Numele persoanei asigurate; numărul întrebării relevante.</p>	<p>Please specify as accurately as possible the name of the illness or medical problem.</p> <p>Vă rugăm să specificați cât mai exact posibil numele bolii sau problemei medicale.</p>	<p>When did the symptoms started and when was treatment completed?</p> <p>Când au început primele simptome și când a fost încheiat tratamentul?</p>	<p>What treatment did you receive and when (please include dates, names and details of medication)?</p> <p>Ce tratament vi s-a administrat și când (indicați date, nume și informații despre medicamente)?</p>	<p>What was the outcome of the treatment (e.g. on-going, complete recovery, recurrent or likely to recur)?</p> <p>Care a fost rezultatul tratamentului (tratamentul continuă, recuperare completă, recurent sau posibil să se repete)?</p>

\* If there is insufficient space, please use a separate sheet to fill in, sign and date.

\* Dacă este spațiu insuficient, utilizați o pagină suplimentară, pe care să o completați, semnați, datați.






## SECTION D/ SECȚIUNEA D

### MY PREFERRED PAYMENT DETAILS DETALIILE 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 <input type="radio"/> (only on Azure/ doar pe planul Azure)	Dental <input type="radio"/>
	Maternity (only for groups)/ Maternitate (doar pentru grupuri) <input type="radio"/>	

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 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. We 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. We were 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. 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 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 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 Aplicare. 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 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 informați 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. 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 Aplicare, 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.*

*Declarăm pe proprie răspundere ca am primit un exemplar al Prezentații intermediarului, al Formularului de analiza a cerințelor și necesităților clienților (DNT) și al Formularului de Aplicare pe care le-am completat în mod integral, am luat act și suntem de acord cu prevederile Condițiilor de asigurare și am primit un exemplar al acestora, am citit și am înțeles Documentul de informare standardizat al produsului (PID). În cazul în care sunt persoana juridică declar ca am trimis fiecărui asigurat PID, Condițiile de asigurare și detaliile contractului de asigurare.*

În situația în care pe parcursul derulării poliței de asigurare sau la reînnoirea acesteia, Contractantul solicită introducerea altor membrii 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 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:** \_\_\_\_\_

#	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 și codul ASF (RBK, RAF, RAJ):** \_\_\_\_\_

**Name of Generali agency/ Numele agentiei Generali:** \_\_\_\_\_

**Generali code/ Cod Generali:** \_\_\_\_\_

**Form signing date / Data semnării Formularului:** \_\_\_\_\_