

Általános ügyfeltájékoztató



Tisztelt Ügyfelünk!

Megtisztelőnek érezzük, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Groupama Biztosító Részvénytársaságot kereste meg.

Ezúton tájékoztatjuk Önt biztosítótársaságunk főbb adatairól, a biztosítással kapcsolatos titok- és adatvédelmi szabályokról, valamint azokról a lehetőségekről, amelyeket ügyfeleink jogaik és jogos érdekeik érvényesítése céljából igénybe vehetnek.

Biztosítónk főbb adatai

A **Groupama Biztosító** Részvénytársaság a francia Groupama csoport leányvállalata. 1990. óta működünk Magyarországon (2004. októberéig Európa Biztosító Rt. néven); cégjegyzékszámunk: 01-10-041540, adószámunk: 10507247-2-44.

Székhelyünk: 1117 Budapest, Dombóvári út 10-11.

Telephelyünk és személyes ügyfélszolgálatunk: 1114 Budapest, Hamzsabégi út 37.

Postacímünk: 1519 Budapest, Pf. 271

Központi telefonszámunk: (06-1) 279-4000

Központi faxszámunk: (06-1) 361-0091,

Központi e-mail címünk: info@groupama.hu

Számos helyi irodával rendelkezünk az ország egész területén. Ezek címét, telefonszámát, valamint biztosítótársaságunk és termékeink részletesebb bemutatását megtalálja honlapunkon, a www.groupama.hu címen.

Felügyeleti szervünk a **Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete** (1535 Budapest, 114. Pf. 777., Telefon: (06-40) 203-776, www.pszaf.hu).

Titok- és adatvédelem

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény 153.§-a értelmében a biztosítót titoktartási kötelezettség terheli minden olyan rendelkezésre álló adattal kapcsolatban, amely a biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására, vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ilyen, biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosító csak akkor adhatja ki harmadik személynek, ha a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve erre vonatkozóan írásban felmentést ad.

A biztosító titoktartási kötelezettsége azonban a 2003. évi LX. tv. 157. §-a értelmében meghatározott szervezetekkel kapcsolatban nem áll fenn. E szervezeteknek a biztosító az ügyfelek adatait adott esetekben továbbítani köteles, ügyfeleink erre vonatkozó írásos hozzájárulása nélkül is.

E szervezetek a következők: a feladatkörében eljáró Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete; a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatóság és ügyészség; büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve a felszámolási eljárás ügyében eljáró bíróság, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó; a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző; adóügyben az adóhatóság, ha annak felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli; a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat; a biztosító, a biztosításközvetítő, a szaktanácsadó, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselője, ezek érdekképviselői szervezetei, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal; a feladatkörében eljáró gyámhatóság; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatóság; külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv; a viszontbiztosító, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítók; az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosító; a biztosítók által létrehozott és működtetett kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végző. A biztosító, a biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó a nyomozó hatóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet kábítószer-kereskedelemmel, terrorizmussal, illegális fegyverkereskedelemmel, vagy a pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

A biztosító a nyomozóhatóságot a „halaszthatatlan intézkedés” jelzéssel ellátott, külön jogszabályban előírt ügyési jóváhagyást nélkülöző megkeresésre is köteles tájékoztatni az általa kezelt, az adott üggyel összefüggő, biztosítási titoknak minősülő adatokról.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg.

Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosítók, valamint az általuk létrehozott és működtetett központi információs rendszer elemei közötti olyan adatszolgáltatás, mely egyedi azonosításra nem alkalmas, a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.

Ügyfeleink jogai

Számunkra a legfontosabb az elégedett ügyfél. Ezen célunk eléréséhez a legnagyobb segítséget hiányosságaink visszajelzésével kaphatjuk. Ezért kérjük, hogy amennyiben már létrejött szerződésével, vagy biztosító társaságunk működésével kapcsolatban bármilyen **kérése, kérdése vagy problémája** lenne, forduljon a biztosítás közvetítőjéhez, helyi irodánkhoz, vagy hívja a Groupama Biztosító központi, telefonos ügyfélszolgálatát a **(06-40) 44-40-44**-es, helyi tarifával hívható számon.

Amennyiben minden erőfeszítésünk ellenére sem sikerült problémáját orvosolni, kérjük, forduljon írásban panaszokkal foglalkozó szervezeti egységünkhöz: **Groupama Biztosító Rt. Központi Ügyfélszolgálat**, levélcím: 1519 Budapest, Pf. 271, fax: (06-1) 279-4144, e-mail: ugyfsz@groupama.hu!

Felhívjuk továbbá szíves figyelmét, hogy panaszt nyújthat be felügyeleti szervünkhöz is; a fogyasztók védelméről szóló 1997. évi CLV. törvény 18. §-a alapján fogyasztói jogainak érvényesítése érdekében igénybe veheti békéltető testület eljárását; valamint jogait bírósági úton is érvényesítheti azzal, hogy az Ön biztosítási szerződésére a mindenkor hatályos **magyar jogszabályok** rendelkezései az irányadóak.

A mindkét fél megelégedésére szolgáló kapcsolat reményében

Groupama Biztosító Részvénytársaság

Ügyfélértékelő a Balzsam szakmai felelősségbiztosításról



Tisztelt Ügyfelünk!

Engedje meg, hogy bemutassuk biztosítótársaságunk egészségügyi szolgáltatók és magánorvosok részére kínált új „Balzsam” nevű szakmai felelősségbiztosítási termékét! Felhívjuk figyelmét, hogy ez a leírás nem helyettesíti a biztosítási feltételeket, csak előzetes tájékoztatást ad a feltételek lényeges elemeiről a szerződés megkötése előtt. A biztosítási jogviszonyra vonatkozó részletes rendelkezéseket a vonatkozó biztosítási szabályzat tartalmazza. Jelen tájékoztatónk a szerződési feltételek legfontosabb elemeit a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. tv 10. sz. mellékletének megfelelően tartalmazza.

Biztosítási eseménynek minősülnek a Biztosított által az engedélyezett egészségügyi szolgáltatás végzése során, a foglalkozási szakmai szabályok felróható megsértésével (a továbbiakban: műhiba) okozott egészségkárosodás, testi-lelki sérülés vagy halál miatti azon károk, amelyekért a Biztosított a magyar jog szabályai szerint felelősséggel tartozik. A Biztosító külön tájékoztatja a Szerződőt arról, hogy a biztosítási fedezet csak járóbeteg ellátás során elkövetett műhibákkal okozott károkra terjed ki.

A biztosítási tartam, a szerződés hatálybalépése, a Biztosító kockázatviselésének kezdete

A biztosítási szerződés határozatlan és határozott időre köthető. A biztosítási időszak – tört időszak kivételével - a biztosítás kezdőnapjától számított egy év.

A biztosítás olyan káreseményekre terjed ki, amelyeket a biztosítási fedezet hatálya alatt okoznak, és legkésőbb a szerződés megszűnésétől számított egy éven belül a Biztosítónak bejelentenek. A kockázatviselés kezdete előtt okozott károkra a fedezet még akkor sem terjed ki, ha a Szerződő/Biztosított a biztosítási szerződés megkötésekor a kiváltó okról, illetve azokról a körülményekről, amelyek a káreseményekhez vezettek, nem tudott, vagy elvárható gondosság mellett sem tudhatott. A Biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésével kezdődik, a szerződés – a felek ellenkező megállapodásának hiányában – az azt követő napon lép hatályba, amikor a Szerződő az első díjat a Biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, ill. amikor a felek a díj megfizetésére díjhalasztásban állapodtak meg, vagy a Biztosító díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti.

A biztosítás díja

A biztosítás díját a biztosítási évre vonatkozóan a Biztosított által közölt adatok alapján a Biztosító kockázatarányosan állapítja meg. A biztosítási díj eltérő megállapodás hiányában egy összegben fizetendő. A biztosítási évfordulók a Biztosító a korábban fizetett díjhoz képest új díjat állapíthat meg, melynek mértéke az előző év kockázati viszonyainak alakulásától, valamint a kockázatalbírálás eredményétől függ. Ha a Szerződők a záradékokat is a szerződés részévé teszik, a Biztosító pótdíjat határoz meg.

Amennyiben a szerződésben meghatározott lényeges körülmények megváltoznak, a Biztosító írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg ha a módosított kockázatot nem kívánja vállalni, a szerződést 30 napra felmondhatja.

A biztosítási szolgáltatás terjedelme, módja és ideje

A káreseményenkénti biztosítási összeg felső határa az, amit a Biztosító egy biztosítási eseménnyel összefüggésben kártérítésként fizet. A kártérítési limit a személyi-, dologi-, vagyoni és nem vagyoni károkra együttesen vonatkozik. A szerződésben megállapított önrészesedést a Biztosító a kártérítésből minden esetben levonja. A Biztosító az egy biztosítási év alatt bekövetkezett károkért csak a biztosítási szerződésben meghatározott éves kártérítési felső határig tartozik helytállni. A kártérítési limiten belül a Biztosító – előzetes jóváhagyás alapján - megtéríti a kár enyhítésével és a mentéssel kapcsolatos költségeket, a bírósági peres vagy peren kívüli eljárási költségeket, amelyek a károsult által támasztott kárigény körülményeinek megállapítása, a kárigény jogosságának tisztázása során merülnek fel.

A Biztosító helytállási kötelezettsége nem terjed ki, ha az(t)

- üzemi baleset, vagy foglalkozási betegség következtében merült fel;
- a Biztosított birtokában lévő vagyontárgyban keletkezett;
- az egészségügyi szolgáltatás végzéséhez szükséges ingatlan vagyontárgyak üzemeltetésével kapcsolatos;
- az el nem végzett, vagy késedelmesen végrehajtott szolgáltatásnak nem a károsultnál jelentkező költsége;
- a hibás szolgáltatás újbóli elvégzésével vagy a hiba kijavításával járó költség;
- a biztosított vezető tisztségviselői által, ilyen minőségükben okozott kár;
- kötbér, bírság, egyéb büntető jellegű költség;
- környezetszennyezésben nyilvánul meg;
- atomenergia vagy radioaktív anyagok közvetett vagy közvetlen hatásával okozati összefüggésbe hozható;
- a beteg által magával vitt vagyontárgyban keletkezett;
- a tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából származik;
- külföldi állampolgár részére nyújtott egészségügyi szolgáltatás során keletkezett (kivéve a letelepülőket és a letelepülni szándékozókat);

- m) a 2000. év problémájából (Y2K) származik (lásd a szabályzathoz csatolt „Általános kizárások és meghatározások” záradékot);
 - n) egyéb biztosítás vagy jogszabály alapján megtérül;
 - o) esztétikai okból végzett kozmetikai vagy plasztikai műtét következtében merült fel;
 - p) az RU-486 alkalmazása által okozott károsodás;
 - q) röntgen és egyéb sugárterhelés következtében merült fel, beleértve a radioaktív anyaggal okozott károkozást;
 - r) egészségügyi szolgáltatás körében okozott genetikai-, valamint génmanipuláció általi károsodás; művi meddővé tétel során okozott vagy művi vetelésre irányuló eljárás során okozott, illetve szülészeti ellátás során okozott kár, a szülészeti eljáráshoz nem értve a szülést megelőző időszakban történő terhességi járóbeteg ellátást; továbbá az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások során okozott kár;
 - s) egészségügyi szolgáltatás körében okozott hepatitis, valamint HIV fertőzés, illetőleg AIDS betegséggel vagy összefüggő fertőzésekkel kapcsolatos, vagy azokkal okozati összefüggésbe hozható;
 - t) mentő- és betegszállítási szolgáltatásokra vezethető vissza;
 - u) orvos-rezidens okozta;
 - v) képzés, gyakorlás, vizsgázás címén Egészségügyi Főiskola hallgatója, egészségügyi szakdolgozó, egészségügyi szakközépiskolai tanuló tevékenysége keretében okozta;
 - w) adatvédelmi jogsértéssel okozott kár, hacsak nem képezi részét a kockázati körbe tartozó jogvitának;
 - x) az állam ellen közvetlenül érvényesíthető;
 - y) a Biztosított engedély nélkül végzett tevékenységére vezethető vissza;
 - z) lelki sérülés miatti munkaképesség-csökkenés folytán igénylik;
 - aa) a Biztosított egészségügyi szolgáltatói tevékenységén kívül okozott egyéb, más biztosítási körbe tartozó felelősségi kár;
 - bb) termékfelelősségi, orvosi vagy biológiai kutatásokkal, gyógyszerkísérletekkel összefüggésben okozott kár, beleértve a kísérletekben résztvevő személyek kárait;
 - cc) vérbank, véréadó, vérellátó központ, plazmafelezési dialízis központ tevékenységével összefüggésben keletkezett;
 - dd) nem engedélyezett természetgyógyászati tevékenységgel hozható összefüggésbe;
 - ee) sztrájkokkal vagy terrorcselekménnyel hozható összefüggésbe;
 - ff) olyan beavatkozás során, vagy amiatt állt elő, amelynek elvégzéséhez a beteg szükséges engedélye hiányzott.
- Nem téríti a Biztosító továbbá az alábbiakat még abban az esetben sem, ha azok térítésköteles káreseménnyel kapcsolatban merültek fel:
- a) egészségügyi szolgáltatással kapcsolatban indított büntetőeljárás védelmi költségei;
 - b) egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos sajtóper költségei;
 - c) elmaradt haszon;
 - d) azbesztózisból vagy bármilyen hasonló betegségből erednek, és amely betegség az azbeszt, azbeszttermékek és/vagy azbeszttartalmú termékek jelenléte, kezelése, feldolgozása, előállítás, eladása, forgalmazása, tárolása vagy alkalmazása során keletkezik, keletkezhet – vagy bármely más károsodás következményeként állhat elő, avagy részben vagy teljesen arra vezethető vissza.

A szerződés megszűnése és felmondása

A határozatlan időre kötött biztosítási szerződés esetén a biztosítási időszak vége előtt legalább 30 nappal a felek bármelyike írásban bejelentheti a másik félnek, hogy a szerződést felmondja.

Megszűnik a szerződés, ha a Szerződő a folytatólagos díjat az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlítette ki, halasztást nem kapott, és a Biztosító a díj iránti igényét bírósági úton nem érvényesítette.

A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítése

A biztosítási eseményt a Biztosított annak bekövetkezte, tudomására jutása után, vagy amikor vele szemben kártérítési követeléssel léptek fel, haladéktalanul írásban köteles a Biztosítónak bejelenteni. A kárrendezési eljáráshoz a Biztosító rendelkezésére kell bocsátani mindazokat az iratokat, amelyek a kárigény bizonyításához és elbírálásához szükségesek. A Biztosító által kért felvilágosítást meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését. A Biztosító szolgáltatása a kárigény jogalapját és összegszerűségét igazoló valamennyi irat Biztosítóhoz való beérkezésétől számított 30 napon belül esedékes.

A **Biztosítót titoktartási kötelezettség terheli** minden olyan rendelkezésre álló adattal kapcsolatban, amely a Biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. Az ilyen, biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosító csak akkor adhatja ki harmadik személynek, ha a Biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve erre vonatkozóan írásban felmentést ad.

Budapest, 2004. október

Üdvözlettel:

Groupama Biztosító Részvénytársaság



1. §

A biztosítás tárgya

A Groupama Biztosító Rt. (továbbiakban: Biztosító) kötelezettséget vállal arra, hogy a jelen szabályzatban meghatározott körben, módon és mértékben, a Biztosított helyett megtéríti a károsultnak az engedélyezett egészségügyi szolgáltatás végzése során, a foglalkozási szakmai szabályok felróható megsértésével (a továbbiakban: műhiba) okozott egészségkárosodás, testi-lelki sérülés vagy halál miatti azon károkat, amelyekért a Biztosított a magyar jog szabályai szerint felelősséggel tartozik.

2. §

A biztosítottak köre

A felelősségbiztosítási szabályzat szerint Biztosított a szerződésben név szerint feltüntetett járóbeteg ellátást végző

- természetes személy,
- jogi személy vagy nem jogi személyiségű gazdasági társaság,
- egyéni vállalkozó,
- polgári jogi társaság, egyéb jogközösség, melyet kötelezettségek terhelhetnek és jogok illethetnek (jogképes), aki a jelen általános szerződési feltételt az erre vonatkozó külön tájékoztatást követően kifejezetten elfogadta.

3. §

Fogalom meghatározások

Az alábbiakban felsorolt fogalmak és az ahhoz rendelt értelmezések a szabályzatban mindig változatlan értelmezést nyerne, bárhol forduljanak is elő azok:

- Egészségügyi szolgáltatás:

Minden olyan tevékenység, amelynek célja az egyén egészségének megőrzése, valamint a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, az életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása, vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyfürdő-ellátásokkal kapcsolatos tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddővé tételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal, - ideértve az ehhez kapcsolódó - a halottak szállításával összefüggő tevékenységeket is.

- Járóbeteg-szakellátás:

A szakorvosi rendelőintézeti szakrendelés, szakambulancia, egyéb szakrendelés, illetve otthoni szakápolás.

- Egészségügyi szolgáltató:

A tulajdoni formától és a fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult jogi személy, jogi személyiség nélküli szervezet és minden olyan természetes személy, aki a szolgáltatást saját nevében nyújtja.

- Egészségügyi dolgozó:

Az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá a betegellátást végző, vagy az abban közreműködő egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy.

- Orvos-rezidens:

Az a személy, aki - egyéb főállása szerinti munkáltatója hozzájárulásával - szakmai képzés, gyakorlat vagy munkavégzés céljából vesz részt a Biztosított egészségügyi szolgáltatói tevékenységében.

- Esztétikai okból végzett plasztikai műtét:

Azon sebészeti beavatkozás, amikor a műtét kizárólag esztétikai változást céloz.

- Röntgen- és sugárátalom:

Diagnosztikai és terápiás röntgen, radioizotópos vizsgálati és terápiás eljárások, valamint radiológiai terápia hibás alkalmazásával okozott károk, beleértve a CT és MRI terápiát is.

4. §

A biztosítási szerződés létrejötte

- A biztosítási szerződés, ha a felek írásban másképp nem állapodnak meg, határozatlan időre jön létre. A biztosítási időszak – törtidőszak kivételével - egy év.
- A biztosítás – a felek ellenkező megállapodásának hiányában – az azt követő napon lép hatályba, amikor a Biztosított az első díjat a Biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, illetőleg amikor a felek a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, vagy a Biztosító a biztosítási díj iránti igényét bírósági úton érvényesíti.
- Amennyiben a felek a szerződésben a biztosítás hatályba lépését későbbi időpontban állapítják meg, a Biztosító kockázatviselése legkorábban ebben az időpontban kezdődik, tekintet nélkül arra, hogy a szerződés már korábban létrejött.

5. §

A biztosítási fedezet területi hatálya

A biztosítási fedezet a Magyarországon teljesített szolgáltatások során okozott és bekövetkezett károkra terjed ki.

6. §

A kockázatviselés helye

1. A kockázatviselés helye az a hely, ahol a Biztosított az egészségügyi szolgáltatói tevékenységét végzi, amelyet az engedélyező hatóság a kiadott működési engedélyben felsorol.
2. A biztosítási fedezet nem terjed ki azon kockázatviselési helyekre, amelyek fekvőbeteg ellátó intézmények területén, épületében helyezkednek el.

7. §

A biztosítási fedezet időbeli hatálya

1. A Biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés hatálya alatt okozott és a biztosítási szerződés hatálya alatt bekövetkezett, legkésőbb a szerződés megszűnésének napjától számított legkésőbb 1 éven belül a Biztosítónak bejelentett biztosítási eseményekre terjed ki (felelősség-biztosítási fedezet).
A biztosítási szerződés időbeli hatálya visszamenőlegesen nem nyújt fedezetet.
2. Nem nyújt a biztosító kártérítést abban az esetben, ha biztosítási esemény bekövetkezése óta 5 évnél (elévülés) több idő telt el.

8. §

Kizárások a kockázatviselés köréből

A biztosító nem téríti meg a kárt, ha az(t)

- a) üzemi baleset, vagy foglalkozási betegség következtében merült fel;
- b) a Biztosított birtokában lévő vagyontárgyban keletkezett;
- c) az egészségügyi szolgáltatás végzéséhez szükséges ingatlan vagyontárgyak üzemeltetésével kapcsolatos;
- d) az el nem végzett vagy késedelmesen végrehajtott szolgáltatásnak nem a károsultnál jelentkező költsége;
- e) a hibás szolgáltatás újbóli elvégzésével vagy a hiba kijavításával járó költség;
- f) a biztosított vezető tisztségviselői által, ilyen minőségükben okozott kár;
- g) kötbér, bírság, egyéb büntető jellegű költség;
- h) környezetszennyezésben nyilvánul meg;
- i) atomenergia vagy radioaktív anyagok közvetett vagy közvetlen hatásával okozati összefüggésbe hozható;
- j) a beteg által magával vitt vagyontárgyban keletkezett;
- k) a tájékoztatói kötelezettség elmulasztásából származik;
- l) külföldi állampolgár részére nyújtott egészségügyi szolgáltatás során keletkezett (kivéve a letelepülőket és a letelepülni szándékozókat);
- m) a 2000. év problémájából (Y2K) származik (lásd a szabályzathoz csatolt „Általános kizárások és meghatározások” záradékot);
- n) egyéb biztosítás vagy jogszabály alapján megtérül;
- o) esztétikai okból végzett kozmetikai vagy plasztikai műtét következtében merült fel;
- p) az RU-486 alkalmazása által okozott károsodás;
- q) röntgen és egyéb sugárterhelés következtében merült fel, beleértve a radioaktív anyaggal okozott károkozást;
- r) egészségügyi szolgáltatás körében okozott genetikai-, valamint génmanipuláció általi károsodás; művi meddővé

tétel során okozott vagy művi vetelésre irányuló eljárás során okozott, illetve szülészeti ellátás során okozott kár, a szülészeti eljáráshoz nem értve a szülést megelőző időszakban történő terhességi járóbeteg ellátást; továbbá az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások során okozott kár;

- s) egészségügyi szolgáltatás körében okozott hepatitis, valamint HIV fertőzés, illetőleg AIDS betegséggel vagy összefüggő fertőzésekkel kapcsolatos, vagy azokkal okozati összefüggésbe hozható;
- t) mentő- és betegszállítási szolgáltatásokra vezethető vissza;
- u) orvos-rezidens okozta;
- v) képzés, gyakorlás, vizsgázás címén egészségügyi főiskola hallgatója, egészségügyi szakdolgozó, egészségügyi szakközépiskolai tanuló tevékenysége keretében okozta;
- w) adatvédelmi jogsértéssel okozott kár, hacsak nem képezi részét a kockázati körbe tartozó jogvitának;
- x) az állam ellen közvetlenül érvényesíthető;
- y) a Biztosított engedély nélkül végzett tevékenységére vezethető vissza;
- z) lelki sérülés miatti munkaképesség-csökkenés folytán igénylik;
- aa) a Biztosított egészségügyi szolgáltatói tevékenységén kívül okozott egyéb, más biztosítási körbe tartozó felelősségi kár;
- bb) termékfelelősségi, orvosi vagy biológiai kutatásokkal, gyógyszerkísérletekkel összefüggésben okozott kár, beleértve a kísérletekben résztvevő személyek kárait;
- cc) vérbank, véradó, vérellátó központ, plazmafelezési dialízis központ tevékenységével összefüggésben keletkezett;
- dd) nem engedélyezett természetgyógyászati tevékenységgel hozható összefüggésbe;
- ee) sztrájkjal vagy terrorcselekménnyel hozható összefüggésbe;
- ff) olyan beavatkozás során, vagy amiatt állt elő, amelynek elvégzéséhez a beteg szükséges engedélye hiányzott.

Nem téríti a Biztosító továbbá az alábbiakat még abban az esetben sem, ha azok térítésköteles káreseménnyel kapcsolatban merültek fel:

- a) egészségügyi szolgáltatással kapcsolatban indított büntetőeljárás védelmi költségei;
- b) egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos sajtóper költségei;
- c) elmaradt haszon;
- d) azbesztózisból vagy bármilyen hasonló betegségből erednek, és amely betegség az azbeszt, azbeszttermékek és/vagy azbesztartalmú termékek jelenléte, kezelése, feldolgozása, előállítása, eladása, forgalmazása, tárolása vagy alkalmazása során keletkezik, keletkezhet – vagy bármely más károsodás következményeként állhat elő, avagy részben vagy teljesen arra vezethető vissza.

Azbeszt jelentése a következő lehet: az azbeszt minden formája krokidolit, amosit, krizotilt, (szálas) aktinolit, (szálas) antofillit, vagy (szálas) tremolit akár magában vagy akár elegyítve a fent említett ásványokat (anyagokat) tartalmazza. Az azbeszt por jelenthet azbeszt szálat, azbeszt tartalmú szálas anyagokat, azbeszt szemcsé(ke)t.

Jelen biztosítási fedezet kizár minden személyi sérüléses kárt, vagyoni kárt, gyógykezelési költséget, bármilyen törvényi kötelezettséget (felelősséget), amely közvetlenül vagy közvetve azbeszt, azbeszt tartalmú anyagok, azbeszt por jelenléte vagy azbeszt mentesítése miatt vagy azbeszttel vagy azbeszt tartalmú anyagokkal vagy azbeszt porral kapcsolatban lévő személyek, épületek vagy vagyontárgyak azbesztnek, azbeszt tartalmú anya-

goknak vagy azbeszt porral való kitettsége okozott, segített elő vagy állt elő.

9. §

A biztosítási szolgáltatás terjedelme és a biztosítási összegek

1. A biztosítási eseményenkénti kártérítési felső határ az a legmagasabb összeg, amit a Biztosító egy adott biztosítási esemény kapcsán kártérítésként megtérít.
2. A sorozatkárok egy biztosítási eseménynek minősülnek. A sorozatkárokat – az alábbi meghatározás szerint – egyetlen káreseménynek kell tekinteni úgy, hogy a kár keletkezésének időpontja az az időpont, amikor az első kárt a biztosított felé írásban bejelentették.
A sorozatkár meghatározása a következő:
– Sorozatkár minden olyan bejelentett kár, amelyeknek a különböző kimenetele illetve eredménye egy gondatlan cselekményre, mulasztásra vagy hibára vezethető vissza.
Egy gondatlan cselekménynek, mulasztásnak, hibának tekinthető az is, ha több cselekmény vagy mulasztás vezet azonos, vagy hasonló okhoz, eredőhöz, feltéve, hogy ezek az esetek jogi, pénzügyi vagy technikai kapcsolatban állnak egymással.
– Egnél több cselekmény vagy mulasztás eredményeképpen következik be ugyanaz a kár.
– Egy kárigényt terjesztenek elő ugyanabban a szerződésben biztosított – a károkozásért felelős – több személlyel szemben.
3. A Biztosító a biztosítási időszakonkénti, illetőleg a biztosítási eseményenkénti biztosítási összeghatárokig nyújt fedezetet a károk érvényesítése során felmerülő költségekre is.
4. Amennyiben egy biztosítási eseménnyel kapcsolatban több károsult (jogosult) megalapozott kárigényeinek együttes összege meghaladja a biztosítási esemény kapcsán nyújtható biztosítási összeg legmagasabb mértékét, úgy az egyes kártérítési igények kielégítése olyan arányban történik, amilyen arányban a biztosítási eseményenkénti biztosítási összeg aránylik a kárigények együttes összegéhez.
5. Járadékfizetési kötelezettség esetén - több járadékjogosult esetén is - a biztosítási összegként a járadék(ok) tőkeértékét kell számításba venni, ez az összeg az irányadó a biztosítási összeg kimerülése szempontjából. Ha a rendelkezésre álló biztosítási összeg alacsonyabb a tőkeérték(ek)nél, a Biztosító a járadék összegének arányosan csökkentett részét fizeti ki.
6. Ha a Biztosító járadékfizetésre köteles, akkor a járadék-szolgáltatás jogosultja és a Biztosító megállapodhatnak, hogy a Biztosító a járadékfolyósítás helyett egyösszegű kártérítést nyújt legfeljebb a biztosítási összeg erejéig. Ennek összege megegyezik a járadék – 2,9% technikai kamatláb és a KSH 1998. évi Demográfiai Évkönyvében szereplő férfi ill. női halandósági tábla adataival számított – tőkeértékével, de nem lehet több, mint a szerződésben megjelölt – az esetleges egyéb kárkifizésekkel csökkentett – kártérítési limit.

10. §

Önrészesedés

A biztosítási szerződésben meghatározott káreseményenkénti önrészesedés összegére a Biztosító térítési kötelezettsé-

ge nem terjed ki. Az önrészesedés összege minden esetben a kártérítési összegből levonásra kerül. Amennyiben a szerződés másként nem rendelkezik, az önrészesedés a kár 10 %-a, de minimum 50 000,- Ft.

11. §

A biztosítási adatközlés és díjfizetés szabályai

1. A fizetendő éves biztosítási díjat a szolgáltatást végzők létszáma, szakképesítése és a kárelőzményi adatok alapján állapítja meg a Biztosító.
2. A biztosítási díj meghatározásához szükséges adatokat a biztosítási ajánlat mellékleteként kell a Biztosítottnak megadnia.
3. A biztosítási díj a biztosítási év első napján egy összegben esedékes.
4. A Biztosító jogosult a biztosítási díj megállapítására szolgáló adatokat a Biztosítottnál ellenőrizni.

12. §

A biztosítási szerződés megszűnése

1. A határozatlan időre kötött biztosítási szerződést a felek bármelyike bármikor felmondhatja. A szerződést írásban, a biztosítási időszak végére lehet felmondani. A felmondási idő 30 nap.
2. A határozott időre kötött szerződés a szerződésben meghatározott idő elteltével szűnik meg, felmondani – a lényeges körülmények megváltozásának esetét kivéve – nem lehet.
3. A szerződésmódosítást mindkét fél bármikor kezdeményezheti, a díjszámítás alapjául szolgáló adatok módosítása azonban a biztosítási díj megváltozásával járhat.

13. §

Biztosítási esemény bejelentése

1. A Biztosított, illetve a károsult a káreseményt annak bekövetkezése, illetve tudomására jutása után, vagy amikor vele szemben kártérítési követeléssel léptek fel, haladéktalanul írásban köteles a Biztosítónak bejelenteni.
2. A kárbejelentésnek tartalmaznia kell:
 - a károsult(ak) nevét,
 - a káresemény időpontját,
 - a káresemény leírását,
 - a kárigény mértékét,
 - a kárrendezésben közreműködő, a Biztosított által meghatalmazott személy kapcsolattartáshoz szükséges adatait,
 - minden egyéb olyan, a Biztosító megítélése szerint lényeges tény és körülményt, amely az igény jogalapjának és összegszerűségének elbírálásához szükséges.
3. Amennyiben a Biztosított valamely bejelentendő adatnak csak később jut birtokába, úgy azt a tudomásszerzést követően haladéktalanul köteles a Biztosítónak bejelenteni.
4. A Biztosító kártérítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a Biztosított a kárbejelentési kötelezettségét nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.
5. Amennyiben a káreseménnyel összefüggésben bármilyen vizsgálati eljárás (hatósági, szakértői stb.) folyt, az annak

során hozott határozatot és más okiratot a Biztosított köteles a Biztosítónak bemutatni. A Biztosított köteles gondoskodni arról, hogy a kártérítés jogalapja és összege vizsgálatához szükséges adatok és bizonylatok a Biztosító rendelkezésére álljanak.

14. §

A felek jogai és kötelezettségei a biztosítási esemény bekövetkezésekor

1. A biztosított káreseménnyel kapcsolatban a Biztosító, vagy az általa jóváhagyott jogi képviselő láthatja el a Biztosított peren kívüli és polgári peres képviseletét. A Biztosító jogosult továbbá a Biztosított ellen indult büntetőeljárásban is képviseletéről (védelméről) gondoskodni.
2. A Biztosított és a károsult egyezsége a Biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt a Biztosító tudomásul vette, a Biztosított bírósági marasztalása pedig csak akkor, ha a Biztosító a perben részt vett és a Biztosított képviseletéről gondoskodott, vagy ezekről lemondott.
3. Előzetes jóváhagyás alapján a biztosítási összeghatáron belül a Biztosító megtéríti azokat a költségeket, amelyek a károsult igényének érvényesítése során a Biztosított terhére felmerültek.
4. Amennyiben a Szerződő/Biztosított téves adatokat közölt, és emiatt a káreseményt megelőzően kevesebb díjat fizetett az előírt díjnál, a Biztosító a kárt olyan arányban téríti meg, hogyan a ténylegesen fizetett díj az előírt díjhoz aránylik.

15. §

A kártérítési összeg esedékessége

1. A biztosítási esemény jogalapjának és összegszerűségének a felek által elfogadott megállapítása után 30 napon belül köteles a Biztosító a kártérítést teljesíteni.
2. A kárkifizetés annak az időszaknak a kártérítési limitjét csökkenti, amely időszakban a kárt okozták.
3. Amennyiben a felek között az összegszerűségben vita merül fel, a Biztosító az általa megállapított kártérítési összeget az 1. pontban meghatározott határidőn belül köteles teljesíteni.

16. §

A biztosító visszakövetelési joga

1. A Biztosító a kifizetett kártérítési összeg megtérítését követelheti a Biztosítottól, ha utóbbi a kárt jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
2. Jelen szerződés szempontjából súlyosan gondatlannak elsősorban az a károkozás minősül, amikor a kárt a foglalkozási szabályok kirívóan súlyos megsértésével okozták.

17. §

Egyéb rendelkezések

1. A Biztosító köteles a szerződéssel összefüggésben birtokába jutott adatokat a jogszabályi előírásoknak megfelelő titoktartással kezelni.
2. Engedélyhez kötött szociális vagy egészségügyi vállalkozások esetén - jogszabályi előírásoknak megfelelően - köteles a Biztosított az engedélyező hatóság megnevezését és címét a Biztosító tudomására hozni, az engedély másolatát a Biztosító rendelkezésére bocsátani.
3. A Biztosító törvényi engedményi joga alapján történő visszkeresetének érvényesítéséhez szükséges bizonyítékokat, tájékoztatást és minden elvárható támogatást a Biztosított megadni tartozik.
4. Az itt nem rendezett kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.
5. A viták rendezésében a 2002. évi LV. törvénnyel létrehozott közvetítő eljárás is irányadó lehet.
6. A biztosítási szerződésből eredő jogviták elbírálására tárgyában indult valamennyi perben kizárólag a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve pertárgyértéktől függően a Fővárosi Bíróság illetékes.
7. Jelen biztosítási szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokkal a Szerződő/Biztosított a Biztosító központjához (1117 Budapest, Dombóvári út 10-11.) fordulhat. A felügyeleti szerv: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (1013 Budapest, Krisztina krt. 39. – levélcíme: 1535 Budapest, 114. Pf. 777).

Groupama Biztosító Részvénytársaság
1117 Budapest, Dombóvári út 10-11.



001. számú záradék

Külföldi állampolgárok fedezete

Jelen záradék alapján a felek megállapodnak abban, hogy a szerződés egyéb feltételeinek, kizárásainak, záradékainak és meghatározásainak változatlan érvényben hagyásával és azzal a feltétellel, hogy a Szerződő/Biztosított a feltüntetett pótdíjat megfizette, a „Balsam” egészségügyi szolgáltatók és magánorvosok szakmai felelősségbiztosítási szabályzata 8. §-nak l) pontjában foglalt kizárási ok a módosított biztosítási kötvényben meghatározott időponttól hatályát veszti.

Általános kizárások és meghatározások



Jelen „Általános kizárások és meghatározások” záradék valamennyi, a Groupama Biztosító Rt. (a továbbiakban: Biztosító) Nem-életbiztosítási Igazgatósága vagyon- és felelősségbiztosítási feltételei alapján kiadott biztosítási díjajánlatra, vagy létrejövő biztosítási szerződésre kötelező jelleggel vonatkozik, és annak elválaszthatatlan részét képezi.

A biztosítási szerződés az eredeti szabályzatok, feltételek, záradékok egyéb pontjainak változatlanul hagyása mellett az alábbiakkal módosul/egészül ki:

1. Vagyon kár meghatározása és kizárásai

- 1.1. A vagyoni kár a biztosított vagyontárgy fizikai károsodását jelenti.
- 1.2. A vagyontárgy fizikai károsodása semmiképpen nem jelenti adatok vagy számítógép programok (szoftver) sérülését, megváltozását, elveszését, az eredeti adat-szerkezet módosulását.
- 1.3. Ezek értelmében kizárásra kerülnek a biztosítási fedezetből:
 - a) az adatok vagy számítógép programok (szoftver) károsodásai, ideértve azok elveszését és megváltozását, az eredeti adatszerkezet módosulását is,
 - b) azok a károk, amelyek az adatok, vagy számítógép program (szoftver) funkcionális működése elégtelenségéből, elérhetetlenségéből, felhasználatosságának csökkenéséből származnak, és bármely üzemszüneti kár, amely ezekre az okokra vezethető vissza.

2. Biztosítással nem fedezett károk

A kockázatviselés köre nem terjed ki:

- 2.1. más biztosítással már fedezetbe vont károkra,
- 2.2. a hasadó anyagok robbanásából, a nukleáris reakcióból, radioaktív sugárzásból, továbbá ionizáló és lézersugárzásból eredő károkra,
- 2.3. az „elektromágneses sugárzásból” eredő, vagy azzal kapcsolatos bármely kárra és kárigényre, különösen:
 - a) az olyan felelősségre, kárigényre vagy perre, amely állítólagos, fenyegetően közelgő vagy meglévő „elektromágneses sugárzás” bármely formájában történő megjelenéséből, illetve az annak való kitettségéből ered, függetlenül attól, hogy az valamely közegben ténylegesen vagy állítólagosan kimutatható,
 - b) az adminisztratív vagy szabályozó eljárások költségeire, magának az „elektromágneses sugárzásnak”, illetve az annak való kitettségnek meghatározása, megszüntetése vagy csökkentése költségeire,
 - c) az olyan, az előbbi a) és b) pontokban foglaltakból eredő személyi sérülés, anyagi kár vagy költség miatti kötelezettségekre, melyek kármegosztásból, valamint az egyetemleges felelősség alapján fennálló megtérítési kötelezettségből származnak,

- d) az olyan felelősségre, kárigényre vagy perre, amely bármely ellenőrzésből, utasításból, ajánlásból, figyelmeztetésből vagy tanácsból ered, amelyeket az előbbi a) és b) pontokban foglaltakkal kapcsolatban adtak, vagy kellett volna adni.
- e) Jelen értelmezésben az „elektromágneses sugárzás” magában foglalja – nem kizárólagosan – a mágneses energiát, hullámokat, mezőket vagy erőket, amelyeket elektromos töltés, áram, frekvencia, energia vagy erő gerjesztett, termelt, osztott szét, továbbított vagy tartott fenn.

3. Dátum felismerési és szoftver hiba kizárás

- 3.1. A Biztosító kártérítési kötelezettsége nem terjed ki azokra a közvetlenül vagy közvetve bekövetkező károkra, amelyek teljesen vagy részben arra vezethetők vissza, illetve azzal kapcsolatosak, hogy bármely adatfeldolgozó berendezés vagy kapcsolódó egysége (például: számítógép, média, mikrochip, mikroprocesszor (computer chip), integrált áramkör, beépített vezérlő logika, illetőleg hasonló feladatot ellátó egység), valamint bármilyen számítógépes szoftver, ideértve az operációs rendszereket is, nem képes:
 - a) valamely naptári dátumot önmagára vonatkoztatva rendszerdátumként helyesen felismerni (például: a 2000. év dátumai, a szökőév, ezzel együtt a február 29. és a 366 napos év, valamint az 1999. szeptember 09. helyes felismerése),
 - b) adatok, információk, parancsok vagy utasítások megfelelő kezelésére – kiegészülve azzal, amikor valamely számítógépes szoftverbe olyan parancsot, utasítást programoztak be, amely bármikor adatvesztést idéz elő, illetve lehetetlenné teszi az adatok megfelelő kezelését – azért, mert valamely dátumot nem képes helyesen, saját rendszerdátumaként felismerni.
- 3.2. A felek tudomásul veszik, hogy a Biztosító nem fizet kártérítést
 - a) a 3.1. pontban részletezettek miatt felmerülő, az adatfeldolgozó rendszerek vagy kapcsolódó egységei, programok hiányosságait, jellemzőit, szolgáltatásait, logikai rendszerét, szoftverét vagy működését helyesbítő javítási, átalakítási munkákért,
 - b) akkor, ha a károk azért következtek be, mert a Biztosított vagy mások által nyújtott tanácsadás, konzultáció, a műszaki tervek elemzése, a létesítmény ellenőrzése, karbantartása vagy felülvizsgálata nem bizonyult elégségesnek a fenti 3.1. pontban ismertetett tényleges vagy potenciális hiba, üzemszavar vagy hiányosság feltárásához, kijavításához, vagy üzemi körülmények között történő teszteléséhez,
 - c) a 3.1. és a 3.2. b) pontban részletezettek következményeként felmerült bármely kárra és üzemszünetre.

3.3. Jelen kizárás vonatkozik a Biztosított(ak) tulajdonát képező, birtokában vagy felelős őrzetében lévő, illetve ellenőrzése alatt álló adatfeldolgozó rendszerek vagy kapcsolódó egységei, valamint programok dátum felismeréssel kapcsolatos káaira egyaránt, függetlenül attól, hogy maga a káresemény a 2000. évben, vagy attól eltérő időpontban következik be.

4. Háború és terrorizmus kizárás

4.1. Jelen záradék alapján kizárt a biztosítás fedezetéből az alább felsorolt eseményekkel/cselekményekkel összefüggésben felmerült bármely kár, veszteség, költség vagy kiadás, tekintet nélkül arra, hogy azok előfordulásához bármely egyéb ok vagy esemény, akár azzal egyidejűleg hozzájárul:

- a) háború, invázió, külföldi ellenség cselekedetei, ellenségeskedések vagy háborús cselekmények (függetlenül attól, hogy hivatalosan hadat üzentek vagy nem), polgárháború,
- b) állandó vagy ideiglenes birtokfosztás, amely olyan elkobzás, katonai célra való igénybevétel vagy rekvirálás eredménye, amelyet törvényes hatóságok fogatosítanak,
- c) lázadás, sztrájk, zendülés, szeparatista cselekmény, katonai vagy népfelkelés, forrongás, ellenforradalom, forradalom, katonai vagy jogbitorló hatalom, statárium vagy ostromállapot, vagy bármilyen olyan esemény vagy ok, amely statárium vagy ostromállapot kihirdetését idézi elő,

d) bármilyen szervezet nevében, vagy azzal kapcsolatosan cselekvő személy vagy személyek által elkövetett terrorista cselekmények, ideértve azok

- biológiai vagy vegyi fertőzéssel,
- rakétákkal, bombákkal, gránátokkal, robbanóanyagokkal

elkövetett cselekményeit is.

4.2. Jelen kizárási feltétel szempontjából „terrorista cselekmény” alatt azt értjük, amelynél az elkövetők erőszakot vagy azzal való fenyegetést alkalmazva, általában politikai, vallási, ideológiai vagy etnikai célzattal lépnek fel a törvényes rend ellenében vagy befolyásolására, és cselekményük alkalmas a köz, vagy annak egy részének megfélemlítésére.

4.3. A 4.1. d) pontban foglaltak szerint fertőzés alatt a vegyi és biológiai anyagok hatására a tárgyak (dolgok) fertőződését, mérgeződését és/vagy használatuk akadályozását vagy korlátozását értjük.

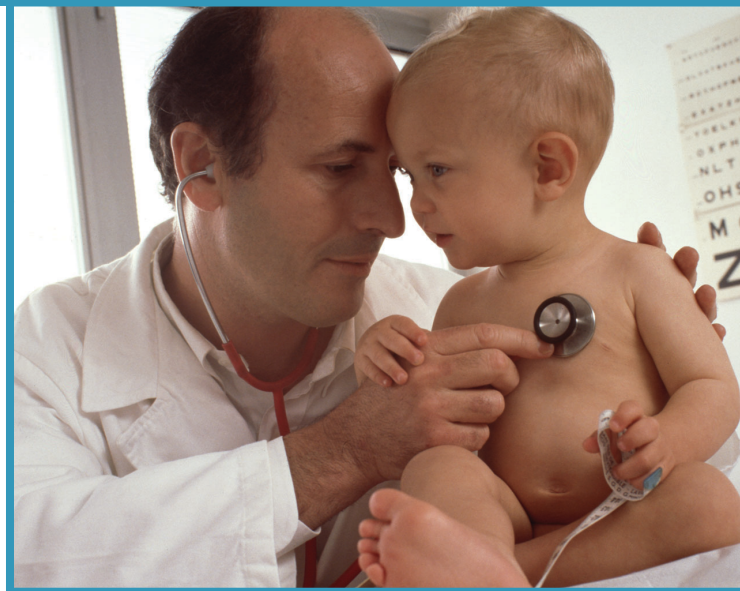
4.4. A biztosítási szerződés nem nyújt fedezetet a fenti (4.1. a-d) pontokban felsoroltak befolyásolására, megelőzésére, elfojtására irányuló bármely természetű kárra, veszteségre, költségre vagy kiadásra.

4.5. Amennyiben a Biztosító szerint valamely kár, veszteség, költség vagy kiadás jelen kizárás értelmében nem tartozik a biztosítási fedezetbe, akkor ennek ellenkezőjének bizonyítása a Biztosítottat terheli.

Groupama Biztosító Részvénytársaság
1117 Budapest, Dombóvári út 10-11.

Balzsam

Szabályzat



Groupama Biztosító Részvénytársaság

Székhely: H-1117 Budapest, Dombóvári út 10-11. • Telefon: (06-1) 279-4000 • Telefax: (06-1) 361-0091
Telephely és ügyfélszolgálat: H-1114 Budapest, Hamzsabégi út 37. • Telefon: (06-40) 44-40-44
Postacím: H-1519 Budapest, Pf.: 271 • info@groupama.hu • www.groupama.hu