



Groupama
Biztosító

Palladium Consulting
Müller Tibor Tamás

2024.04.17/3 / PMH

Kockázatbírálási és Vállalási Iroda (KEVI)
1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C
Feladó: Tóth Gábor
E-mail: gabor.toth@groupama.hu
Dátum: 2024.03.18
Ajánlat száma: TGGB903202402281453

Tisztelt Müller Tibor Tamás !

Köszönettel vettük felkérését, hogy a Prima Medica Holding Zrt részére előzetes díjkalkulációt dolgozzunk ki.

Az alábbi díjkalkuláció tájékoztató jellegű, nem minősül Társaságunk által tett ajánlatnak, annak tartalmát kockázatbírálásunk során módosíthatjuk.

Az elvégzett igényfelmérés során megadott információk alapján az alábbi díjkalkulációban részletezett biztosítási termék(ek)et javasoljuk az Önök részére.

Kérjük, ellenőrizze, hogy jelen díjkalkulációnk az Ön által igényelt fedezeteket, szolgáltatásokat tartalmazza-e.

Jelen díjkalkulációnk 3 éves kármentességet feltételezve készült. Amennyiben az elmúlt 3 évben volt kár kérjük jelezze, mert az módosíthatja a jelen díjkalkulációunkat.

GB 903 EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK SZAKMAI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁSA DÍJKALKULÁCIÓ

ÁLTALÁNOS ADATOK

Biztosító:

Cégnév:	Groupama Biztosító Zrt.
Székhely:	1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C
Cégjegyzékszám:	Cg. 01-10-041071
Cégbíróság:	Fővárosi Törvényszék Cégbírósága
Telecenter:	+36 1 467 3500
Internet cím:	www.groupama.hu
Levélcím:	1380 Budapest, Pf. 1049
Szerződéskezelő egység:	

Szerződő/biztosított:

Cégnév:	Prima Medica Holding Zrt
Adószám:	32387755-2-41
Székhely / Levelezési cím:	1015 Budapest, Ostrom u. 16. fszt. 1.
TEÁOR/ÖVTJ:	
Cégjegyzék/Nyilv. szám:	

Együttbiztosított:

Cégnév:	West Health Kft.
Adószám:	24237961-2-41
Székhely/Levelezési cím:	1015 Budapest, Ostrom utca 16. fszt. 1.
Kockázatbalépése hatálya:	legkorábban a biztosítási ajánlat biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 0,00 órájában kezdődik meg

Cégnév:	Alfa Egészségközpont Kft.
Adószám:	24649537-2-41
Székhely/Levelezési cím:	1036 Bp, Lajos utca 66. B. ép. 5. em
Kockázatbalépése hatálya:	2024.06.01

Cégnév:	Génlabor Kft.
Adószám:	14492956-2-41
Székhely/Levelezési cím:	1015 Budapest, Ostrom utca 16. fszt. 1.
Kockázatbalépése hatálya:	2024.04.01

Cégnév: South Health Kft
Adószám: 32058851-2-41
Székhely/Levelezési cím: 1015 Budapest, Ostrom utca 16. fszt. 3.
Kockázatbalépése hatálya: 2024.07.01

Cégnév: Day Health Kft.
Adószám: 26095491-2-41
Székhely/Levelezési cím: 1015 Budapest, Ostrom utca 16. 2. em. 3
Kockázatbalépése hatálya: 2024.05.01

Cégnév: New Health Kft.
Adószám: 24157041-2-41
Székhely/Levelezési cím: 1015 Budapest, Ostrom utca 16. fszt. 1
Kockázatbalépése hatálya: 2024.01.31

Cégnév: T&G Health Kft
Adószám: 13280484-2-41
Székhely/Levelezési cím: 1015 Budapest, Ostrom utca 16. fszt. 1
Kockázatbalépése hatálya: 2024.03.01

Kockázatviselés kezdete: legkorábban a biztosítási ajánlat biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 0,00 órájában kezdődik meg. A kockázatviselés kezdő időpontja nem lehet korábbi, mint a biztosítási ajánlat biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 0,00 órája. Amennyiben az ajánlaton a kockázatviselés kezdő időpontjaként korábbi időpont került feltüntetésre, mint az ajánlat biztosítóhoz történő beérkezését követő nap, úgy a kockázatviselés kezdő időpontjának a biztosítási ajánlat biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 0,00 óráját kell tekinteni.

Biztosítás tartama: határozatlan
Biztosítási időszak: 1 év
Biztosítási évforduló: minden évben a kockázatviselés kezdetének megfelelő naptári nap

Díjfizetés ütemezése: negyedéves
Díjfizetés módja: számla alapján banki átutalás
Díjfizetés esedékessége: a számlán megjelölt esedékességi dátum szerint

GB 903 EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK SZAKMAI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁSA

A vonatkozó biztosítási feltételek, kiegészítő feltételek, ügyfél-tájékoztatók, záradékok, biztosítási termékismertető, kizárások és megkötések:	Nyomtatvány száma:
- A személyes adatok, a biztosítási titoknak minősülő adatok kezelésére, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok ügyintézésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók (TUDNIVALÓK)	13160/12
- Vállalkozások felelősségbiztosításának általános szerződési feltételei – általános szerződési feltételek és ügyféltájékoztató	13820/4
- EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK szakmai felelősségbiztosítása különös biztosítási feltételek és ügyféltájékoztató	13827/1
- EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK szakmai felelősségbiztosítása Biztosítási termékismertető	13701/2
- Egyéb a jelen dokumentumban rögzített kiegészítő záradékok	

Területi hatály: MAGYARORSZÁG

Kockázatviselési hely(ek): Magyarország

Biztosított tevékenység: egészségügyi szolgáltatás járóbeteg ellátás keretében (Az intézményekben csak szakrendelés folyik. Műtéti beavatkozásokat nem végeznek)

Önrészesedés [Ft/kár]: a kár 10%-a de min. 50 000 Ft

Kártérítési limit : 20 000 eFt/kár és 20 000 eFt/év

Díjszámítás/fedezetbe vont szakma:	fő	Éves díj/fő	Összesen
Szakorvos	110		1 327 256 Ft
Eü. Személyzet	37		18 509 Ft
Biztosítás éves díja [Ft/év]:			1 345 766 Ft

Kiegészítő záradék(ok):

A jelen kiegészítő záradékokban nem érintettekkel szemben a biztosítási szerződésben és a hivatkozott feltételekben foglaltak továbbra is érvényben vannak. A kizárások a személyiségi jogsértés miatt bekövetkezett nem vagyoni sérelemre, és az annak alapján érvényesített sérelemdíj megfizetése iránti igényekre külön említés nélkül, egyaránt vonatkoznak.

Az EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK Szakmai Felelősségbiztosítása esetében a biztosítási fedezet a hivatkozott feltételekben foglaltakon túl nem terjed ki semmilyen esztétikai/szépészeti okokból végrehajtott műtétekkel / beavatkozásokkal vagy fekvőbeteg ellátó tevékenységgel kapcsolatosan keletkezett károkra és követelésekre.

EGYÉB

FIGYELEMFELHÍVÁS!

Díjkalkulációnk nem kötelezettség vállalás, az a kézhezvételtől számított 30 napig érvényes, melynek elfogadása nem eredményezi automatikusan a szerződés létrejöttét.

Jelen díjkalkuláció elfogadása nem eredményezi sem a biztosítási szerződés létrejöttét, sem a biztosító kockázatviselését.

Jelen díjkalkuláció kiadásával egyidejűleg a tárgybani kockázatra korábban kiadott díjkalkulációk érvényüket veszítik.

Budapest, 2024.03.18



Groupama
Biztosító

Ajánlat száma: TGGB903202402281453

BIZTOSÍTÁSI AJÁNLAT

GB 903 EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK SZAKMAI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁSHOZ

A fenti díjkalkulációban szereplő egyedi adatok alapján ajánlatot teszek biztosítási szerződés megkötésére a Groupama Biztosító Zrt-nek (továbbiakban biztosító) az ajánlaton megjelölt biztosítás feltételei alapján, a biztosító díjszabásának megfelelően.

Szerződő / Biztosított neve: Prima Medica Holding Zrt

Kijelentem, hogy az általam megadott adatok az ajánlattétel időpontjában fennálló valós állapotnak felelnek meg.

Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatok közlése a közlési kötelezettség megsértésének minősülhet.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító a biztosítási ajánlat megtételekor vagy azt követően befizetett biztosítási díjat kamatmentesen kezeli. A biztosító a kockázatelbírálásra nyitva álló határidőn – 15 napon – belül dönt az ajánlat elfogadásáról. Az ezen idő alatt befizetett biztosítási díj nem eredményezi automatikusan a biztosítás kockázatviselésének kezdetét.

Tudomásul veszem, hogy a biztosítónak jogában áll jelen biztosítási ajánlatomat indoklás nélkül elutasítani. A biztosítási ajánlat visszautasítása esetén a biztosító az addig befizetett biztosítási díjat (vagy díjrészletet) 8 napon belül kamatmentesen visszafizeti a szerződő részére.

Tudomásul veszem, hogy a biztosító az ajánlatot akkor is visszautasíthatja, ha a kockázatelbírálási idő alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, feltéve, hogy az ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

Tudomásul veszem, hogy a biztosítási díj és szolgáltatási összeg átutalása során felmerülő saját bankköltséget az utaló fél viseli, azt a jogosult félre át nem hárítja.

Tudomásul veszem, hogy a díjszámításkor keletkező 100 Ft-ot meg nem haladó díjhiány, illetve díjtöbblet érvényesítésétől a felek kölcsönösen eltekintenek.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a szerződő és biztosított személye azonos, úgy a biztosítási ajánlat megtételéhez szükséges nyomtatványokon szerződői minőségben tett aláírások egyben a biztosított hozzájárulásának és aláírásának is minősülnek.

Nyilatkozat adatkezeléssel és titoktartás alóli felmentéssel kapcsolatban

a. **Alulírott kijelentem**, hogy „A személyes adatok kezelésére, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok ügyintézésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók”-at (a továbbiakban: Tudnivalók) megismertem. A Tudnivalók ismeretében **tudomásul veszem**, hogy a biztosító a részére önkéntesen megadott adataimat a Tudnivalókban, illetve a szerződésben meghatározottak szerint kezelje.

b. **Alulírott a Tudnivalókban** foglaltak ismeretében **kifejezetten hozzájárulok** ahhoz, hogy a biztosító vagy vele szerződéses kapcsolatban álló biztosításközvetítő közvetlen megkereséssel tájékoztatást célzó és reklám küldeményt juttasson el részemre.

Amennyiben egyik választási lehetőség sem kerül megjelölésre a Biztosító úgy tekinti, hogy a szerződő/biztosított nem járult hozzá hogy a biztosító vagy vele szerződéses kapcsolatban álló biztosításközvetítő közvetlen megkereséssel tájékoztatást célzó és reklám küldeményt juttasson el részére.

Szerződő: ☐ hozzájárulok ☒ nem járulok hozzá
Biztosított: ☐ hozzájárulok ☒ nem járulok hozzá

c. **Alulírott jelen nyilatkozat** előző pontja szerinti közvetlen üzletszerzés céljából történő adatkezelés esetén a megkeresést az alábbi módon nem kívánom igénybe venni:

Szerződő: ☐ telefonon ☒ elektronikus levelezés útján
☐ közvetlen levélben ☐ SMS/MMS/egyéb elektronikus csatornán
Biztosított: ☐ telefonon ☒ elektronikus levelezés útján
☐ közvetlen levélben ☐ SMS/MMS/egyéb elektronikus csatornán

d. A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) a biztosítótársaságok bejelentési kötelezettségét írja elő a nagykockázatú szerződésekkel kapcsolatban a Magyar Nemzeti Bank felé. A bejelentéshez szükséges adatokra vonatkozóan (Bit. 4.§ 79. pont) alulírott szerződő kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat aláírásának időpontjában:

a. A mérlegfőösszeg túllépi a 6,2 millió eurót ☐ igen ☒ nem
b. A nettó árbevétel túllépi a 12,8 millió eurót ☐ igen ☒ nem
c. A pénzügyi év során az átlagos alkalmazotti létszám eléri vagy meghaladja a 250 főt: ☐ igen ☒ nem

Nyilatkozat a kapott tájékoztatásról és az átvett dokumentumokról:

Alulírott szerződő aláírással elismerem, hogy a Groupama Biztosító Zrt. (székhelye: 1146 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C) részére történő ajánlattétel előtt tájékoztatást kaptam a biztosító főbb adatairól, a biztosító titoktartási kötelezettségéről, a panaszügyek intézésének lehetőségéről és módjáról, valamint az ajánlat tárgyát képező termékek jellemzőiről.

A biztosítási ajánlatom megtétele előtt az alábbi nyomtatványokat átvettem, és ezt az aláírással igazolom.

Nyomtatvány neve	Nyomtatvány- száma:	Átvettem
A személyes adatok, a biztosítási titoknak minősülő adatok kezelésére, valamint a biztosítási szerződéssel kapcsolatos panaszok ügyintézésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók (TUDNIVALÓK)	13160/12	☒
Vállalkozások felelősségbiztosításának általános szerződési feltételei – általános szerződési feltételek és ügyféltájékoztató	13820/4	☒
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK szakmai felelősségbiztosítása különös biztosítási feltételek és ügyféltájékoztató	13827/1	☒
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK szakmai felelősségbiztosítása Biztosítási termékismertető	13701/2	☒

A biztosítási ajánlatom megtételét követően az ajánlati dokumentáció ügyfélpéldányát átvettem.

Tudomásul veszem, hogy a fentiek szerint átvett dokumentumok a felek közti megállapodás minden feltételét tartalmazzák, így a korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik a biztosítási szerződés részét.

Tudomásul veszem, hogy a szóbeli közlések vagy kikötések nem érvényesek.

Kármentességi nyilatkozat:

Alulírott kijelentem, hogy a szerződő/biztosítottal, valamint az általa a tevékenység végzéséhez jogosultsággal rendelkező személyekkel (teljesítési segéd/alvállalkozó) kapcsolatban sem jelenleg sem a jelen ajánlatom megtételét megelőző 3 évben nem történt a jelen díjtájékoztató fedezeti köre szerint biztosítási események körébe tartozó esemény, továbbá nincs a tudomásunkra jutott, ellenünk benyújtott, de a biztosítónak be nem jelentett biztosítási eseményről tudomásunk.

Kijelentem továbbá, hogy a biztosítottal, valamint az általa a tevékenység végzéséhez jogosultsággal rendelkező személyekkel (teljesítési segéd/alvállalkozó) kapcsolatban nincs tudomásom olyan tényről, eseményről vagy körülményről, mely kárigény benyújtásához vezethetne.

Az ajánlat aláírásának dátuma: BUDAPEST 2024 március 18.

P.H.

P.H.

.....
szerződő/törvényes képviselő(k) aláírása

.....
biztosított/törvényes képviselő(k) aláírása

A(z) Prima Medica Holding Zrt által tett TGGB903202402281453 számú ajánlatot átvettem.

Kijelentem, hogy a biztosítási ajánlat megtételét megelőzően a szerződő igényeit és szükségleteit felmértem és az ehhez igazodó Bit. szerinti elemzést - tanácsadással történő értékesítés esetén konkrét ajánlást is beleértve - elkészítettem és átadtam a szerződő részére.

Kelt:

P.H.

.....
biztosításközvetítő aláírása

Kérjük szíves visszajelzését, hogy a létrejövő biztosítási szerződés esetén a kötvények, számlák és egyéb dokumentumok kinek a részére kerüljenek megküldésre.

Amennyiben egyik lehetőség sem kerül megjelölésre, a biztosító a szerződő részére küldi a szerződéssel kapcsolatos dokumentumokat.

Hozzájáruló nyilatkozat elektronikus ügyintézéshez

Hozzájárulok, hogy a biztosító a biztosítási szerződés létrejöttével, kezelésével, megszűnésével, megszüntetésével, valamint a biztosítási szolgáltatási, illetve kárrendezési igényemmel kapcsolatos valamennyi dokumentumot, tájékoztatást, az értékkövetésről szóló értesítést, illetve minden egyéb iratot – ahol az erre vonatkozó jogi szabályozás azt lehetővé teszi – elektronikus úton (e-mail üzenet formájában az általam megadott e-mail címre), minősített vagy minősített tanúsítványon alapuló fokozott biztonságú elektronikus bélyegzővel ellátva küldje meg.

Hozzájárulok, hogy a biztosító az email címemet és mobil telefonszámomat a fentiek teljesítéséhez felhasználja és ebből a célból ezen elérhetőségi adataimat kezelje.

Tudomásul veszem, hogy az elektronikus postafiók jelszavának biztonságáért a szerződő felel. A jelszó jogosulatlan személyek általi felhasználásából eredő károkat a szerződő maga köteles helytállni, az ebből eredő esetleges adat- vagy titokvédelmi sérelem következményeit maga viseli, annak kapcsán a biztosítóval szemben jog- és igényérvényesítésre nem jogosult. A szerződő saját felelősségi körébe tartozik, hogy az elektronikus postaládáját rendszeresen ellenőrizze, az email cím megváltozásáról a biztosítót 8 napon belül értesítse, illetve biztosítani köteles, hogy kellő tárhely álljon rendelkezésére az elektronikus dokumentumok fogadása céljából, valamint gondoskodni arról, hogy az elektronikus postafiók szolgáltatója a

biztosító küldeményeit ne tekintse spam (kéretlen) üzenetnek. Elfogadom, hogy az elektronikus levelezés során a biztosító zárt levelezési rendszeréből nyílt levelezési rendszerbe kerülhetnek a szerződés adatai.

Tájékoztatjuk, hogy teljes bizonyító erejű a magánokirat, ha az elektronikus okiraton az aláíró minősített vagy minősített tanúsítványon alapuló fokozott biztonságú elektronikus bélyegzőjét helyezte el, és – amennyiben jogszabály úgy rendelkezik – azon időbélyegzőt helyez el. Az elektronikus levél elküldésének tényét és időpontját a biztosító a későbbiekben igazolni tudja.

Szerződként az elektronikus ügyintézéshez a fentiek szerint:

☒ Hozzájárulok

☐ Nem járulok hozzá

A szerződéssel kapcsolatos küldemények
címzettje:

☐ Szerződő

☐ Biztosításközvetítő
(szerződő képviselője)

Biztosításközvetítő levelezési címe:

Biztosításközvetítő alkódja:

E-mail cím (nyomtatott betűvel):

(Elektronikus ügyintézési hozzájárulás esetén kötelezően kitöltendő.)

@

Amennyiben nem kerül megjelölésre egyik lehetőség sem, illetve az email cím nem kerül kitöltésre, a biztosító úgy tekinti, hogy a szerződő nem járul hozzá az elektronikus ügyintézéshez.

Ügyféltájékoztató

Érvényes: 2020.01.02-től

Tisztelt Partnerünk!

A biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (Bit.) alapján, valamint az EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2016. április 27-i (EU), a személyes adatok védelméről szóló 2016/679 RENDELETE (GDPR) alapján az alábbiakról tájékoztatjuk Önt.

Cégünk neve: **PALLADIUM CONSULTING Biztosítási Alkusz Kft.**

Székhelye: Magyarország, 1123 Budapest, Alkotás u. 53. D ép. 2. em.

Ügyfélszolgálati irodánk a 1123 Budapest, Alkotás u. 53. D ép. 2. em. alatt található.

Telefonon a +36/1-397-0006 számon, telefaxon a +36/1-275-7902 számon érhet el minket.

Elektronikus leveleit a palladium@palladium.hu címen fogadjuk.

Felügyeleti szervünk a Magyar Nemzeti Bank, mely a 1013 Budapest, Krisztina krt. 55. szám alatt található. Internetes hozzáférhetőségük a www.mnb.hu, ahol többek között a pénzügyi rendszer valamennyi magyarországi résztvevőjéről – beleértve a biztosításközvetítőket is – tájékozódhat.

A felügyeleti nyilvántartási számunk: 204121400431

Az Ön/Önök részére a biztosításközvetítést végző természetes személy neve: Müller Tibor Tamás

MNB regisztrációs száma: 105031100078

Független biztosításközvetítőként szolgálunk valamennyi ügyfelünk érdekét. Közvetlen és közvetett részesedéssel biztosítóban, más biztosításközvetítőben, biztosítási szaktanácsadóban nem rendelkezünk. Minősített befolyással a Palladium Consulting Kft.-ben biztosító vagy biztosító anyavállalata nem rendelkezik. Továbbá cégünk sem rendelkezik minősített befolyással egyik biztosító intézetben sem.

Tájékoztatjuk, hogy munkánkmal kapcsolatosan felmerülő panasztételre lehetősége van személyesen, telefonon, illetve írásban. Pontos elérhetőségeinket, illetve a panaszok bejelentésével és kezelésével kapcsolatos eljárás részleteit a www.palladium.hu/dokumentumok/panaszkezes oldalon érheti el.

Amennyiben úgy látja, hogy panaszát nem kezeltük megfelelően, úgy panaszával az alábbi intézményekhez fordulhat tovább:

- Magyar Nemzeti Bank (székhely: 1013 Budapest., Krisztina krt. 55., www.mnb.hu/fogyasztovedelem)
- Pénzügyi Békéltető Testület (székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9., www.mnb.hu/bekeltetes)
- illetve az illetékes bíróság

Tájékoztatjuk, hogy a Palladium Consulting Kft. minden esetben az adatkezelési szabályokra vonatkozó hatályos törvényekben előírtak szerint jár el, az Adatkezelési tájékoztatónkat a www.palladium.hu/dokumentumok/adatvedelem oldalon érheti el.

Amennyiben szakmai felkészültségünk és minden igyekezetünk ellenére tevékenységünk során hibát követnénk el és ezáltal kárt okoznánk, ezen károk illetve felmerült sérelemdíjak fedezésére a Allianz Hungária Biztosító Zrt.-nél kötöttünk szakmai felelősségbiztosítást, mely tevékenységünkkel kapcsolatban anyagi biztonságot garantál Önnek. Felelősségbiztosítás kötvényszáma: 324330912

Az Ön/Önök részére biztosításközvetítést végző természetes személy a www.palladium.hu/szolgáltatások oldalon felsorolt biztosítók nevében járhat el és az ott felsorolt biztosítási termékek terjesztésére van jogosultsága.

Sem a Palladium Consulting Kft., sem az Ön/Önök részére biztosításközvetítést végző természetes személy biztosítási termék közvetítése során díjat vagy díjelőleget, valamint a biztosítótól az ügyfélnek járó összeget át nem vehet.

Biztosítási alapú befektetési termék esetén alapos és személyre szabott elemzés alapján adunk tanácsot, egyéb esetben személyre szabott tanácsadás nélkül, elegendő számú, a piacon hozzáférhető biztosítást elemzünk az ügyfél részére.

Biztosítótól kapott díjazás alapján dolgozunk, vagyis a biztosítási díj magában foglalja a javadalmazást.

A Palladium Consulting Kft. a biztosításközvetítői tevékenységével kapcsolatos egyéb, a Bit 378. §-nak (2) bekezdése szerinti tájékoztatói kötelezettségeit az ajánlattétel során teljesíti.

Nyilatkozat

Név: **Prima Medica Holding Zrt.**

Cím: **1015 Budapest, Ostrom u. 16. fszt. 1.**

a PALLADIUM CONSULTING Biztosítási Alkusz Kft.-ről (székhely: 1123 Budapest, Alkotás u. 53. D ép. 2. em.)

jelen dokumentumban a megbízási szerződés aláírását megelőzően, illetve a biztosításközvetítés megkezdése előtt kellő időben, bizonyítható és azonosítható módon, pontos, közérthető, egyértelmű, nem félrevezető, tisztességes, részletes és díjmentes írásbeli ügyféltájékoztatót megkaptam.

Budapest 2024. március 18.

Nyilatkozattevő aláírása

Nyilatkozat további ügyféltájékoztatásról

Név: **Prima Medica Holding Zrt.**Cím: **1015 Budapest, Ostrom u. 16. fszt. 1.**

elismerem, hogy

A PALLADIUM CONSULTING Biztosítási Alkusz Kft.-vel létrejött megbízási szerződés aláírását követően, az alkusz az írásban meghatározott igényeim és szükségleteim alapján megkötésre előkészített biztosítási szerződés aláírását megelőzően számomra elegendő számú, a piacon hozzáférhető biztosítási szerződést tárgyszerűen elemezte. Az előkészítés során tárgyalagos tájékoztatást kaptam annak érdekében, hogy megalapozott döntést hozhassak.

A PALLADIUM CONSULTING Biztosítási Alkusz Kft. által számomra átadott elemzés értelmezését követően, de még a biztosítási szerződés aláírását megelőzően

- megismertem, hogy biztosítási alapú befektetési termékek esetén igényeimet és szükségleteimet a megfelelő módon felméri, alapos és személyre szabott elemzés alapján adnak tanácsot, egyéb esetben személyre szabott tanácsadás nélkül, elegendő számú, a piacon hozzáférhető biztosítást tárgyszerűen elemeznek az ügyfelek részére
- megismertem, hogy a biztosítási díj megfizetése a szerződő feladata, a díjfizetési kötelezettség akkor is fennáll, ha nem áll rendelkezésre az aktuális díjszámla, vagy például az számla hibás
- megismertem a kölcsönös biztosító egyesületeknél a szükségessé váló pótlólagos befizetési kötelezettség előírását, illetve a szolgáltatás csökkenése tekintetében a szabályzatot
- megismertem, hogy a megkötendő szerződés:

évfordulója: a biztosítási kötvényben kerül feltüntetésre

díjfizetés üteme, esedékességei:

☐	egyszeri		
☐	éves	minden év:	évfordulóval megegyező nap
☐	féléves	minden év:	évfordulóval megegyező nap és az azt követő félév azonos napja
☒	negyedéves	minden év:	évfordulóval megegyező nap és az azt követő negyedévek azonos napja
☐	havi	minden év:	évfordulóval megegyező nap és az azt követő hónapok azonos napja

(pl.: ha negyedéves az ütem és az évforduló 02.05, akkor az esedékességek: 02.05, 05.05, 08.05, 11.05.)

díjfizetés módja: ☒ átutalás ☐ csekk ☐ csoportos beszedés ☐ bankkártyásszerződés időtartama: ☒ határozatlan ☐ határozott

kockázatviselés kezdete:

2024. március 20.

nap, vagy az aláírt ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 00.00 órája közlül a későbbi dátum

A(z) GROUPAMA BIZTOSÍTÓ ZRT ügyfélszolgálati és panasztételi elérhetőségei:

Cím: 1145 Budapest, Erzsébet királyné útja 1/C

Postacím: 1380 Budapest Pf. 1049

Telefon: (+36 1) 467 3500

Fax: (+36 1) 361 0091

Internet: <http://www.groupama.hu>

E-mail: A biztosító weboldalán az „Írjon nekünk!” üzenetküldő felületen keresztül érhető el

A nyilatkozat aláírását megelőzően átvett dokumentumok, szabályzatok:

- Elemzés (a 2014. évi LXXXVIII. törvény 398. §-nak megfelelően)
- a(z) GROUPAMA BIZTOSÍTÓ ZRT. TGGB903202402281453 ajánlatszámú felelősség ajánlatában feltüntetett szabályzatok és feltételek
- nem életbiztosítások esetén -az előírt követelményeknek megfelelő- ún. "Biztosítási termékismertető" (IPID) dokumentum, életbiztosítások esetén -az előírt követelményeknek megfelelő- ún. "Kiemelt információkat tartalmazó dokumentum" (KID)

Elismerem, hogy a nyilatkozat aláírását megelőzően átvett dokumentumokkal, szabályzatokkal, valamint a jelen nyilatkozatban közölt további információkkal a 2014. évi LXXXVIII. törvény 378. §-nak (2) bekezdése szerinti ügyféltájékoztatást teljeskörűen megkaptam.



Prima Medica Holding Zrt.

