

OGÓLNE WARUNKI UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE KOMPLEKSOWEGO PRZEGLĄDU STANU ZDROWIA W SZPITALU DAMIANA NR I/2017

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Umowy, Medicover Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie Al. Jerozolimskie 96 (zwana dalej „Medicover”) zawiera Umowę/ę o świadczenie medyczne Kompleksowy Przegląd Stanu Zdrowia (zwane dalej „Umową” lub „Przełgdem Stanu Zdrowia”).
2. Umowa może być zawarta na rzecz osoby trzeciej, będącej osobą fizyczną, na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Umowy.
3. Potwierdzeniem zawarcia Umowy jest Voucher, który zostanie dostarczony na adres e-mail Klienta wskazany we wniosku o zawarcie Umowy. Voucher będzie zawierał dane osobowe Uprawnionego. Voucher może być zrealizowany tylko przez Uprawnionego.
4. W przypadku zawarcia Umowy na rzecz osoby trzeciej obowiązek zapłaty wynagrodzenia za Przegląd Stanu Zdrowia spoczywa na Kliencie.
5. W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych Warunkach Umowy mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2

DEFINICJE

Przez użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy pojęcia rozumie się:

1. **Wskazana Placówka Medyczna Medicover** – Centra Medicover oraz Placówki Medyczne, z którymi Medicover Sp. z o. o. zawarł umowy o współpracy w tym placówki Centrum Medyczne Damiana. Wykaz Placówek Medycznych Medicover jest dostępny na stronie internetowej www.medicover.pl oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta.
2. **Centrum Obsługi Klienta** – usługa telefoniczna pod numerem telefonu +48 500 900 500, na który należy zadzwonić w celu umówienia terminu i miejsca wykonania Przeglądu Stanu Zdrowia lub uzyskać informacje na temat tegoż świadczenia.
3. **Data wejścia w życie Umowy** – data wskazana w Voucherze.
4. **Voucher** (zwany Potwierdzeniem Zamówienia dla zakupów dokonanych poprzez Sklep Internetowy) – dokument potwierdzający zawarcie Umowy.
5. **Wynagrodzenie** – kwota należna Medicover od Klienta z tytułu zawarcia Umowy.
6. **Klient** – osoba zawierająca Umowę i zobowiązana do zapłaty wynagrodzenia zgodnie z terminami i na warunkach określonych w Umowie.
7. **Uprawniony** (zwany Beneficjentem dla zakupów dokonanych w Sklepie Internetowym) – osoba fizyczna, której udzielone zostanie świadczenie medyczne Przegląd Stanu Zdrowia.
8. **Wniosek o zawarcie umowy** (zwany Zamówieniem dla zakupów dokonanych poprzez Sklep Internetowy) – oferta zawarcia umowy kierowana przez Klienta do Medicover.

§ 3

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

1. Przedmiotem Umowy jest wykonanie na rzecz Uprawnionego Przeglądu Stanu Zdrowia.
2. Przegląd Stanu Zdrowia polega na wykonaniu na rzecz Uprawnionego usług medycznych we Wskazanej Placówce Medycznej Medicover w okresie obowiązywania umowy, zgodnie z zakresem świadczeń opisanym w Załączniku nr I do Umowy oraz na zasadach określonych w Umowie.
3. Medicover zastrzega sobie prawo do zmiany Wskazanych Centrów Medicover wykonujących Przegląd Stanu Zdrowia, w trakcie obowiązywania Umowy.

§ 4

ZAWARCIE UMOWY I CZAS JEJ TRWANIA

1. Umowa zostaje zawarta na okres 3 miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy.
2. Umowa jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Klienta.
3. Składając wniosek, Klient dokonuje zapłaty wynagrodzenia z tytułu zawarcia Umowy.
4. Dostarczenie Medicover niekompletnie wypełnionego wniosku i/lub niedokonanie zapłaty wynagrodzenia, uniemożliwia zawarcie Umowy. Niekompletnie wypełniony lub nieopłacony wniosek traci ważność po 30 dniach od jego złożenia, chyba że w tym terminie zostanie uzupełniony i/lub opłacony.

§ 5

ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Umowa wygasa w ostatnim dniu jej obowiązywania.
2. Stronom przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy w ciągu 14 dni od dokonania wpłaty Wynagrodzenia na rachunek Medicover nie później jednak, niż do rozpoczęcia wykonywania Przeglądu Stanu Zdrowia, rozumianego jako wyznaczony termin wykonania pierwszego świadczenia medycznego.
3. W przypadku odstąpienia, o którym mowa w ust. 2 Klient w terminie 30 dni otrzyma zwrot wynagrodzenia na wskazany w formularzu odstąpienia od Umowy rachunek bankowy. Dla zakupów dokonanych w Sklepie Internetowym zwrot odbywa się zgodnie z regulaminem Sklepu.

§ 6

WYKONANIE UMOWY

1. Medicover jest zobowiązany:
 - a) doręczyć Klientowi tekst Ogólnych Warunków Umowy przed zawarciem Umowy,
 - b) wydać Voucher.
2. Uprawnionemu przysługują usługi medyczne wskazane w Załączniku nr I do Umowy.
3. Możliwość skorzystania z Przeglądu Stanu Zdrowia rozpoczyna się w dniu wskazanym w Voucherze jako data wejścia w życie umowy. W trakcie trwania Umowy Uprawniony może tylko jeden raz skorzystać z Przeglądu Stanu Zdrowia.
4. W celu wykonania umowy Uprawniony powinien:
 - a) skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta,
 - b) uzgodnić termin wykonania świadczenia medycznego i przybyć w uzgodnionym terminie do Wskazanej Placówki Medycznej Medicover lub poinformować telefonicznie za pośrednictwem Centrum Obsługi Klienta o rezygnacji z usługi nie później niż 24 godziny przed umówionym terminem jej wykonania. W przeciwnym razie powtórne umówienie wizyty odbędzie się na koszt Uprawnionego.
 - c) okazać dokument tożsamości ze zdjęciem we Wskazanej Placówce Medycznej Medicover, dla potwierdzenia tożsamości Uprawnionego/opiekuna prawnego Uprawnionego lub osoby odpowiednio upoważnionej. Medicover zastrzega, że w przypadku braku możliwości identyfikacji tożsamości Uprawnionego/opiekuna prawnego Uprawnionego lub osoby odpowiednio upoważnionej, Wskazana Placówka Medyczna Medicover może odmówić wykonania usługi medycznej,
 - d) przestrzegać regulaminu Wskazanej Placówki Medycznej Medicover oraz zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych wraz z Voucherem co do sposobu przygotowania do badań. W przypadku niemożności wykonania lub zinterpretowania badań spowodowanych niewłaściwym przygotowaniem się do nich przez Uprawnionego, badania te będą mogły być powtórzone tylko i wyłącznie za dodatkową opłatą.

§ 7

POSTĘPOWANIE W SPRAWACH SKARG

1. Skargi są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania, a o sposobie ich rozpatrzenia osoba, która je złożyła, jest informowana niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy dla siedziby Medicover, w zależności od wysokości roszczenia Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy lub Sąd Okręgowy w Warszawie.

§ 8

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Medicover powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem, lub przesłane listem poleconym, lub drogą elektroniczną na adres dok@medicover.pl
2. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane będą do Klienta i/lub Uprawnionego na piśmie i przesłane listem zwykłym lub poleconym, na adres korespondencyjny Klienta i/lub Uprawnionego lub drogą elektroniczną na adres wskazany we wniosku o zawarcie Umowy. W przypadku zakupu poprzez Sklep Internetowy, zawiadomienia i oświadczenia będą kierowane zgodnie z danymi już istniejącymi w systemie informatycznym Medicover.
3. Jeżeli Klient lub Uprawniony zmienił adres wskazany we wniosku o zawarcie Umowy jako korespondencyjny lub adres e-mail i nie zawiadomił o tym Medicover, przyjmuje się, że Medicover dopełnił swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany Medicover adres korespondencyjny Klienta lub Uprawnionego. W przypadku zakupu dokonane przez Sklep Internetowy, Klient zobowiązany jest aktualizacji danych osobowych i adresowych w w systemie informatycznym Medicover osobiście w Centrum Medicover.

§ 9

ZAŁĄCZNIKI DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE KOMPLEKSOWY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA

1. Lista załączników będących integralną częścią **Ogólnych Warunków Umowy o świadczenie medyczne Kompleksowy Przegląd Stanu Zdrowia**:
 - Załącznik nr 1 – Zakres świadczeń, określający listę Usług medycznych przysługujących Uprawnionym w ramach poszczególnych Zakresów umowy.
 - Załącznik nr 2 – Formularz odstąpienia od Umowy.

Medicover Sp. z o.o.

Niniejsze OWU zostają wprowadzone do obrotu z dniem 24.09.2017 i mają zastosowanie do umów zawartych od tej daty.

ZAŁĄCZNIK NR I
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE
KOMPLEKSOWY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA - ZAKRES ŚWIADCZEŃ

ZAKRES BADAŃ I KONSULTACJI DLA KOBIET
Diagnostyka laboratoryjna
Morfologia pełna z rozmazem
Glukoza na czczo
Mocz – badanie ogólne
Transaminazy (ASPAT, ALAT)
Cholesterol i lipidogram
Kreatynina
Kwas moczowy
Elektrolity i mikroelementy
CRP, TSH, PRL
Markery nowotworowe: CA 125, CA 19-9, CA 15-3
Antygen Hbs, przeciwciała przeciw Hbs i HCV
Grupa krwi z kartą
Diagnostyka obrazowa
EKG spoczynkowe z opisem
Badania cytologiczne
USG jamy brzusznej
USG transwaginalne
USG piersi
USG tarczycy
Echo serca
Kolonoskopia
Gastroskopia
Mammografia
RTG klatki piersiowej
Tomografia komputerowa (obszar zgodnie ze wskazaniami medycznymi)
Konsultacje specjalistyczne
Internista
Kardiolog
Ginekolog
Okulista

ZAKRES BADAŃ I KONSULTACJI DLA MĘŻCZYZN
Diagnostyka laboratoryjna
Morfologia pełna z rozmazem
Glukoza na czczo
Mocz – badanie ogólne
Transaminazy (ASPAT, ALAT)
Cholesterol i lipidogram
Kreatynina
Kwas moczowy
Elektrolity i mikroelementy
CRP, TSH
Testosteron
Markery nowotworowe: CA 19-9, PSA, CEA
Antygen Hbs, przeciwciała przeciw Hbs i HCV
Grupa krwi z kartą
Diagnostyka obrazowa
EKG spoczynkowe z opisem
USG jamy brzusznej
USG gruczołu krokowego
USG tarczycy
Echo serca
Kolonoskopia
Gastroskopia
RTG klatki piersiowej
Tomografia komputerowa (obszar zgodnie ze wskazaniami medycznymi)
Konsultacje specjalistyczne
Internista
Kardiolog
Urolog
Okulista

