

## OGÓLNE WARUNKI UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE PAKIETU RAPORT ZDROWIA W CENTRUM MEDYCZNYM DAMIANA NR I/2018

### § 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 pakiet Raport Zdrowia (zwane dalej „Umową” lub „pakietem Raport Zdrowia”).
2. Umowa może być zawarta na rzecz osoby trzeciej, będącej osobą fizyczną, na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Umowy.
3. W przypadku zawarcia Umowy na rzecz osoby trzeciej obowiązek zapłaty wynagrodzenia za pakiet Raport Zdrowia spoczywa na Kliencie.
4. 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** – Placówki Medyczne, z którymi Medicover Sp. z o.o. zawarł umowy o współpracy w tym placówki Centrum Medyczne Damiana. Wykaz Placówek Medycznych Centrum Medycznego Damiana jest dostępny na stronie internetowej [www.damian.pl](http://www.damian.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 pakietu Raport 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 pakiet Raport 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 pakietu Raport Zdrowia.
2. Pakiet Raport 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 Medycznych Damiana wykonujących pakiet Raport 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 pakietu Raport 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 pakietu Raport 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 pakietu Raport 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](mailto: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 dokonanego 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 PAKIET RAPORT ZDROWIA

1. Lista załączników będących integralną częścią **Ogólnych Warunków Umowy o świadczenie medyczne pakiet Raport 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 08.08.2018 i mają zastosowanie do umów zawartych od tej daty.

**ZAŁĄCZNIK NR I**  
**DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE**  
**PAKIET RAPORT ZDROWIA - ZAKRES ŚWIADCZEŃ**

ZAKRES ŚWIADCZEŃ
<b>Badania laboratoryjne</b>
Białko ostrej fazy – CRP
Morfologia pełna
Kreatynina
Potas
Sód
Hormon tyreotropowy – TSH
Cholesterol całkowity
Trójglicerydy TG
Glukoza na czczo we krwi żyłnej
Aminotransferaza asparaginianowa –AST
Aminotransferaza alaninowa - ALT

ZAKRES ŚWIADCZEŃ
<b>Pozostałe świadczenia</b>
Interpretacje wyników badań Pacjenta wraz z oceną jego stanu zdrowia
Zalecenia dalszego postępowania medycznego
Rekomendowane dla Pacjenta badania profilaktyczne wykraczające poza zakres Raportu Zdrowia.

**ZAŁĄCZNIK NR 2**  
**FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY**

(formularz należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

**Adresat:**

Medicover Sp. z o.o.  
Al. Jerozolimskie 96  
00-807 Warszawa  
Fax: 48 22 597 70 79  
Email: dok@medicover.pl

Ja/My(\*)   
niniejszym informuję/informujemy(\*) o moim/naszym(\*) odstąpieniu od umowy sprzedaży następujących rzeczy/umowy dostawy następujących rzeczy/umowy o dzieło polegającej na wykonaniu następujących rzeczy/o świadczeniu następującej usługi(\*)  
 (proszę podać numer zamówienia lub nazwę usługi).

**Dodatkowe informacje:**

Data zawarcia umowy/odbioru (\*):

Imię i nazwisko Konsumenta(-ów):

Adres Konsumenta(-ów):

Numer rachunku bankowego,  
na który ma być dokonany zwrot:

Data

Podpis Konsumenta(-ów)

(jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

(\*) Niepotrzebne skreślić.