

OGÓLNE WARUNKI UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE PRZEGLĄD STANU ZDROWIA “DLA AKTYWNYCH” NR 1/2015

§ 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 Przegład Stanu Zdrowia “Dla Aktywnych” (zwane dalej „Umową” lub „Przegładem 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 Przegład 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. **Wskazane Centrum Medicover** – placówka medyczna należąca do Medicover Sp. z o.o. lub Placówka Medyczna będąca w sieci franczyzowej Medicover Sp. z o.o. realizująca Przegład Stanu Zdrowia.
2. **Centrum Obsługi Klienta** – usługa telefoniczna pod numerem telefonu +48 500 900 500, na który należy zadzwonić w celu umówienia terminu i miejsca wykonania Przegładu 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 Przegład 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 Przegładu Stanu Zdrowia.
2. Przegład Stanu Zdrowia polega na wykonaniu na rzecz Uprawnionego usług medycznych we Wskazanych Centrach Medicover w okresie obowiązywania umowy, zgodnie z zakresem świadczeń opisanym w Załączniku nr 1 do Umowy oraz na zasadach określonych w Umowie.
3. Medicover zastrzega sobie prawo do zmiany Wskazanych Centrów Medicover wykonujących Przegład Stanu Zdrowia, w trakcie obowiązywania Umowy.
4. Aktualny wykaz Wskazanych Centrów Medicover umieszczony jest na Voucherze oraz dostępny jest pod numerem Centrum Obsługi Klienta.

§ 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 Przegładu 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 1 do Umowy.
3. Możliwość skorzystania z Przegładu 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 Przegładu 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 Wskazanego Centrum 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 Wskazanym Centrum 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, Wskazane Centrum Medicover może odmówić wykonania usługi medycznej,
 - d) przestrzegać regulaminu Wskazanego Centrum 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 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 “PRZEGLĄD STANU ZDROWIA - DLA AKTYWNYCH”

1. Lista załączników będących integralną częścią **Ogólnych Warunków Umowy o świadczenie medyczne „Przegład Stanu Zdrowia - Dla Aktywnych”**:
 - 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 12.02.2015 i mają zastosowanie do umów zawartych od tej daty.

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE
PRZEGLĄD STANU ZDROWIA "DLA AKTYWNYCH" - ZAKRES ŚWIADCZEŃ

- Morfologia pełna - analizator - krew
- Mocz - badanie ogólne
- Glukoza na czczo we krwi żyłnej
- Lipidogram
- Kreatynina - surowica

- Echo serca dorośli
- Ekg spoczynkowe
- Konsultacja kardiologa
- Konsultacja rehabilitanta

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.