

## OGÓLNE WARUNKI UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE „PRZEGLĄD STANU ZDROWIA” NR 4/2021

### § 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 Przejąd Stanu Zdrowia (zwane dalej „Umową” lub „Przejądem 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 Przejąd 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 Przejąd 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 Przejądu 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 Przejąd 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 Przejądu Stanu Zdrowia.
2. Przejąd Stanu Zdrowia polega na wykonaniu na rzecz Uprawnionego usług medycznych we Wskazanych Centrach Medicover w okresie obowiązywania umowy, zgodnie z wybranym zakresem Przejądu Stanu Zdrowia i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Umowy.
3. Szczegółowy zakres Przejądu Stanu Zdrowia opisany jest w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Umowy.
4. Medicover zastrzega sobie prawo do zmiany Wskazanych Centrów Medicover wykonujących Przejąd Stanu Zdrowia, w trakcie obowiązywania Umowy.
5. Zakresami Świadczenia medycznego Przejądu Stanu Zdrowia są:
  - a) Podstawowy Przejąd Stanu Zdrowia dla Dorosłych „Dbam o Siebie” – dostępny dla osób powyżej 18 roku życia,
  - b) Zaawansowany Przejąd Stanu Zdrowia dla Kobiet „Świadoma Kobieta” – dostępny dla kobiet powyżej 18 roku życia,
  - c) Zaawansowany Przejąd Stanu Zdrowia dla Mężczyzn „Świadomy Mężczyzna” – dostępny dla mężczyzn powyżej 18 roku życia,
  - d) Przejąd Stanu Zdrowia dla Dzieci „Zdrowy Uczeń” – dostępny dla dzieci w wieku od 6 roku życia do 18 roku życia;
  - e) Przejąd stanu zdrowia „Zdrowie kobiety” – dostępny dla kobiet powyżej 18 roku życia,
  - f) Przejąd stanu zdrowia „Odporność dla dorosłych” – dostępny dla osób powyżej 18 roku życia,
  - g) Przejąd stanu zdrowia „Twoje zdrowie po COVID-19” – dostępny dla osób powyżej 18 roku życia, które przeszły COVID-19 i są minimum 4 tygodnie od zakończenia przebytego zachorowania,
  - h) Przejąd stanu zdrowia „Twoje serce po COVID-19” – dostępny dla osób powyżej 18 roku życia, które przeszły COVID-19 i są minimum 4 tygodnie od zakończenia przebytego zachorowania,
  - i) Przejąd stanu zdrowia „Mgła mózgowia po COVID-19” – dostępny dla osób powyżej 18 roku życia, które przeszły COVID-19 i są minimum 4 tygodnie od zakończenia przebytego zachorowania.

szczegółowy zakres świadczenia medycznego Przejąd Stanu Zdrowia opisany jest w załączniku numer 1 do Ogólnych Warunków Umowy.

6. Aktualny wykaz Wskazanych Centrów Medicover, dostępny jest na stronie internetowej [www.medicover.pl](http://www.medicover.pl) (podstrona opisująca Przejądy Stanu Zdrowia) oraz 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 oraz w przypadkach wskazanych w § 6 ust. 4 pkt. b.
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 Przejądu 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.
4. Formularz odstąpienia od umowy, w formacie PDF, znajduje się pod adresem <https://www.medicover.com.pl/wzroty>, gotowy do wydruku i wypełnienia.

### § 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, w zależności od rodzaju zakupionego świadczenia medycznego Przejąd Stanu Zdrowia, który wskazany jest w Voucherze.
3. Możliwość skorzystania z Przejądu 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 Przejądu Stanu Zdrowia.
4. W celu wykonania umowy Uprawniony, lub, w przypadku Uprawnionego małoletniego, opiekun prawny Uprawnionego lub osoba odpowiednio upoważniona powinny:
  - 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. Niestawienie się lub nie odwołanie wizyty we wskazanym terminie powoduje wygaśnięcie umowy, okazać dokument tożsamości w 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,
  - c) 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.
  - d) w przypadku, gdy wynik badania w teście przesiewowym Ciała anty - HIV z antygenem p.24-test COMBO będzie nierozstrzygnięty, Uprawniony nie otrzyma wyniku, a jedynie pisemną informację o wymogu wykonania testu potwierdzenia na koszt Uprawnionego.
5. Warunkiem wykonania świadczenia medycznego objętego umową w przypadku Uprawnionego małoletniego jest każdorazowe stawiennictwo opiekuna prawnego lub osoby odpowiednio upoważnionej wraz z Uprawnionym we Wskazanym Centrum Medicover.

### § 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 e-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 dopełni 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 systemie informatycznym Medicover osobiście w Centrum Medicover.

### § 9

#### ZAŁĄCZNIKI DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY O ŚWIADCZENIE

##### MEDYCZNE „PRZEGLĄD STANU ZDROWIA”

1. Lista załączników będących integralną częścią Ogólnych Warunków Umowy o świadczenie medyczne „Przejąd Stanu Zdrowia”:
  - a) Załącznik nr 1 – Zakres świadczeń, określający listę Usług medycznych przysługujących Uprawnionym w ramach poszczególnych Zakresów umowy.

Medicover Sp. z o.o.

Niniejsze OWU zostają wprowadzone do obrotu z dniem 15.06.2021 i mają zastosowanie do umów zawartych od tej daty.

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

Podstawowy Przegląd Stanu Zdrowia dla Dorosłych „Dbam o Siebie”	Zaawansowany Przegląd Stanu Zdrowia dla Kobiet „Świadoma Kobieta”	Zaawansowany Przegląd Stanu Zdrowia dla Mężczyzn „Świadomy Mężczyzna”
<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultacja internisty lub lekarza medycyny rodzinnej</li> <li>Aminotransferaza alaninowa - ALT (GPT)</li> <li>Kreatynina - surowica</li> <li>Kwas moczowy - surowica</li> <li>Morfologia pełna - analizator - krew</li> <li>Lipidogram</li> <li>Glukoza na czczo we krwi żyłnej</li> <li>HBs-antygen</li> <li>Pciała przeciw - HCV</li> <li>Hormon tyreotropowy - TSH</li> <li>Mocz - badanie ogólne</li> <li>Pciała anty - HIV z antygenem p.24-test COMBO</li> <li>EKG spoczynkowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultacja internisty lub lekarza medycyny rodzinnej</li> <li>Aminotransferaza alaninowa - ALT (GPT)</li> <li>Kreatynina - surowica</li> <li>Kwas moczowy — surowica</li> <li>Morfologia pełna - analizator - krew</li> <li>Lipidogram</li> <li>Glukoza na czczo we krwi żyłnej</li> <li>HBs-antygen</li> <li>Pciała przeciw - HCV</li> <li>Hormon tyreotropowy — TSH</li> <li>Mocz - badanie ogólne</li> <li>Pciała anty - HIV z antygenem p.24-test COMBO</li> <li>EKG spoczynkowe</li> <li>Cytologia szyjki macicy</li> <li>USG sutka</li> <li>Mammografia*</li> <li>Konsultacja ginekologa</li> <li>Konsultacja położnej</li> <li>Pobranie cytologii</li> <li>USG jamy brzusznej</li> <li>USG transwaginalne miednicy mniejszej</li> <li>USG tarczycy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultacja internisty lub lekarza medycyny rodzinnej</li> <li>Aminotransferaza alaninowa - ALT (GPT)</li> <li>Kreatynina - surowica</li> <li>Kwas moczowy - surowica</li> <li>Morfologia pełna - analizator - krew</li> <li>Lipidogram</li> <li>Glukoza na czczo we krwi żyłnej</li> <li>HBs-antygen</li> <li>Pciała przeciw - HCV</li> <li>Hormon tyreotropowy - TSH</li> <li>Mocz - badanie ogólne</li> <li>Pciała anty - HIV z antygenem p.24-test COMBO</li> <li>Antygen swoisty dla prostaty - PSA całkowity</li> <li>EKG spoczynkowe</li> <li>USG jamy brzusznej</li> <li>USG tarczycy</li> </ul>

Przeгляд stanu zdrowia „Odporność dla dorosłych”	Przeгляд Stanu Zdrowia dla Dzieci „Zdrowy Uczeń”	Przeгляд stanu zdrowia “Zdrowie kobiety”
<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultacja immunologa - konsultacja telefoniczna z omówieniem wyników badań oraz rekomendacjami</li> <li>Konsultacja pielęgniarki zabiegowej</li> <li>Mocz - badanie ogólne</li> <li>Aminotransferaza alaninowa - ALT (GPT)</li> <li>Aminotransferaza asparaginianowa - AST (GOT)</li> <li>Bilirubina całkowita - surowica</li> <li>Białko ostrej fazy - CRP - ilościowo</li> <li>Ferrytyna</li> <li>Fibrynogen</li> <li>Trójiodotyronina wolna - fT3</li> <li>Tyrosyna wolna - fT4</li> <li>Gammaglutamylotranspeptydaza - GGTP</li> <li>Glukoza na czczo we krwi żyłnej</li> <li>IgE całkowite</li> <li>Immunoglobulina A - IgA</li> <li>Immunoglobulina G - IgG</li> <li>Immunoglobulina M - IgM</li> <li>Kreatynina - surowica</li> <li>Lipidogram</li> <li>Morfologia pełna - analizator - krew</li> <li>Odczyn Biernackiego - OB - krew</li> <li>Pciała przeciw endomysium - IgA - EmA IgA</li> <li>Pciała przeciw endomysium - IgG - EmA IgG</li> <li>Pciała anty - HIV z antygenem p.24-test COMBO</li> <li>Pciała przeciw tkankowej transglutami-nazie IgA</li> <li>Pciała przeciw tkankowej transglutami-nazie IgG</li> <li>Pciała przeciwjądrowe ANA met. ELISA</li> <li>Pomiar masy i składu ciała za pomocą analizatora Tanita</li> <li>Hormon tyreotropowy - TSH</li> <li>Witamina D-25(OH)D</li> <li>Żelazo na czczo - surowica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultacja pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej</li> <li>Morfologia pełna - analizator - krew</li> <li>Rozmaz mikroskopowy krwi obwodowej</li> <li>Mocz - badanie ogólne</li> <li>Glukoza na czczo we krwi żyłnej</li> <li>Żelazo na czczo - surowica</li> <li>Lipidogram</li> <li>USG jamy brzusznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultacja internisty</li> <li>Mocz - badanie ogólne</li> <li>Aminotransferaza alaninowa - ALT (GPT)</li> <li>Glukoza na czczo we krwi żyłnej</li> <li>HBs-antygen</li> <li>Hormon tyreotropowy - TSH</li> <li>Kreatynina - surowica</li> <li>Kwas moczowy - surowica</li> <li>Lipidogram</li> <li>Morfologia pełna - analizator - krew</li> <li>Pciała przeciw - HBs całkowite</li> <li>Pciała przeciw - HCV</li> <li>Pciała przeciw - HIV 1 / HIV 2</li> <li>USG jamy brzusznej,</li> <li>USG tarczycy,</li> <li>EKG spoczynkowe</li> </ul>

Przeгляд stanu zdrowia “Twoje zdrowie po COVID-19”	Przeгляд stanu zdrowia “Twoje serce po COVID-19”	Przeгляд stanu zdrowia “Mgła mózgowa po COVID-19”
<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultacje internisty</li> <li>Konsultacja pielęgniarki zabiegowej</li> <li>EKG spoczynkowe</li> <li>RTG klatki piersiowej PA+ boczne</li> <li>Mocz - badanie ogólne</li> <li>Morfologia pełna - analizator - krew</li> <li>Mocznik - surowica</li> <li>Kreatynina - surowica</li> <li>Aminotransferaza alaninowa - ALT (GPT)</li> <li>Aminotransferaza asparaginianowa - AST (GOT)</li> <li>Potas - surowica</li> <li>Białko ostrej fazy - CRP - ilościowo</li> <li>D-dimery ilościowo (osocze)</li> <li>Żelazo na czczo - surowica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultacja kardiologa</li> <li>Konsultacja pielęgniarki zabiegowej</li> <li>EKG spoczynkowe</li> <li>Echo serca dorośli z Dopplerem</li> <li>Holter EKG 24 godz.</li> <li>D-dimery ilościowo (osocze)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultacja internisty</li> <li>Kortyzol (hormon stresu)</li> <li>Glukoza na czczo we krwi żyłnej</li> <li>Insulina</li> <li>Lipidogram</li> <li>Kwas moczowy - surowica</li> <li>Kwas foliowy</li> <li>Hormon tyreotropowy - TSH</li> <li>Aminotransferaza alaninowa - ALT (GPT)</li> <li>Gammaglutamylotranspeptydaza - GGTP</li> <li>Hemoglobina glikowana</li> <li>Witamina B12</li> </ul>

\*Badanie realizowane w placówce medycznej poddostawcy Medicover, wyłącznie ze wskazań medycznych, na podstawie skierowania od lekarza Wskazanego Centrum Medicover.