

OGÓLNE WARUNKI UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE „PRZEGLĄDÓW PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH” NR I/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 o świadczenie medyczne Przegład Predyspozycji Genetycznych (zwane dalej „Umową” lub „Przegładem Predyspozycji Genetycznych”).
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 Predyspozycji Genetycznych spoczywa na Klientcie.
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 Predyspozycji Genetycznych.
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 Predyspozycji Genetycznych 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 Predyspozycji Genetycznych.
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 Predyspozycji Genetycznych.
2. Przegład Predyspozycji Genetycznych polega na wykonaniu na rzecz Uprawnionego usług medycznych we Wskazanych Centrach Medicover w okresie obowiązywania umowy, zgodnie z wybranym zakresem Przegładu Predyspozycji Genetycznych i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Umowy.
3. Szczegółowy zakres Przegładu Predyspozycji Genetycznych opisany jest w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Umowy.
4. Medicover zastrzega sobie prawo do zmiany Wskazanych Centrów Medicover wykonujących Przegład Predyspozycji Genetycznych, w trakcie obowiązywania Umowy.
5. Zakresami Świadczenia medycznego Przegład Predyspozycji Genetycznych są:
 - a) Przegład Predyspozycji Genetycznych w kierunku nowotworów piersi i jajnika – dostępny dla kobiet powyżej 18 roku życia,
 - b) Przegład Predyspozycji Genetycznych w kierunku raka prostaty – dostępny dla mężczyzn powyżej 18 roku życia,
 - c) Przegład Predyspozycji Genetycznych w kierunku raka jelita grubego – dostępny dla osób powyżej 18 roku życia,
 - d) Przegład Predyspozycji Genetycznych “Chcę wiedzieć wszystko” - dostępny dla osób powyżej 18 roku życia.
 - e) Przegład Predyspozycji Genetycznych “iGenesis Plus” - dostępny dla osób powyżej 18 roku życia.
 - f) Przegład Predyspozycji Genetycznych “iGenesis Basic” - dostępny dla osób powyżej 18 roku życia.

Szczegółowy zakres świadczenia medycznego Przegład Predyspozycji Genetycznych opisany jest w załączniku numer 1 do Ogólnych Warunków Umowy.

6. Aktualny wykaz Wskazanych Centrów Medicover, dostępny jest na stronie internetowej www.medicover.pl (podstrona opisująca Przegłady Predyspozycji Genetycznych) 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 niedokonywanie 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 Przegładu Predyspozycji Genetycznych, 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/zwroty>, 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 Przegład Predyspozycji Genetycznych, który wskazany jest w Voucherze.
3. Możliwość skorzystania z Przegładu Predyspozycji Genetycznych 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 Predyspozycji Genetycznych.
4. W celu wykonania umowy Uprawniony powinien:
 - a) skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta,
 - b) wypełnić oraz podpisać “Formularz świadomej zgody na wykonanie badania w kierunku predyspozycji genetycznych” oraz “Ankieta dla pacjenta”;
 - c) wypełnione dokumenty przekazać przed pobraniem krwi do badania w Punkcie Pobrania Centrum Medicover,
 - d) 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,
 - e) okazać dokument tożsamości ze zdjęciem we Wskazanym Centrum Medicover, dla potwierdzenia tożsamości Uprawnionego. Medicover zastrzega, że w przypadku braku możliwości identyfikacji tożsamości Uprawnionego, Wskazane Centrum Medicover może odmówić wykonania usługi medycznej,
 - f) 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 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 informacyjnym 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 dokonanej przez Sklep Internetowy, Klient zobowiązany jest aktualizacji danych osobowych i adresowych w systemie informacyjnym Medicover osobiście w Centrum Medicover.

§ 9

ZAŁĄCZNIKI DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE “PRZEGLĄD PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH”

1. Lista załączników będących integralną częścią **Ogólnych Warunków Umowy o świadczenie medyczne „Przegład Predyspozycji Genetycznych”**:
 - 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 07.01.2021 i mają zastosowanie do umów zawartych od tej daty.

ZAŁĄCZNIK NR I
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY O ŚWIADCZENIE MEDYCZNE
„PRZEGLĄD PREDYZPOZYCJI GENETYCZNYCH” - ZAKRES ŚWIADCZEŃ

Przeгляд Predyspozycji Genetycznych w kierunku nowotworów piersi i jajnika	Przeгляд Predyspozycji Genetycznych w kierunku raka prostaty	Przeгляд Predyspozycji Genetycznych w kierunku raka jelita grubego	Przeгляд Predyspozycji Genetycznych „Chcę wiedzieć wszystko”
Badanie genetyczne w kierunku raka piersi i raka jajnika -25 genów	Badanie genetyczne w kierunku raka prostaty - 5 genów	Badanie genetyczne w kierunku raka jelita grubego - 25 genów	Badanie predyspozycji genetycznych w kierunku 10 nowotworów (raka jelita grubego, raka trzustki, raka piersi, raka jajnika, raka prostaty, raka trzonu macicy, czerniaka, raka nerki, raka tarczycy, raka żołądka) - 67 genów
Konsultacja ginekologa	Konsultacja internisty	Konsultacja internisty	Konsultacja internisty

Przeгляд Predyspozycji Genetycznych „iGenesis Basic”	Przeгляд Predyspozycji Genetycznych „iGenesis Plus”
Badanie genetyczne iGenesis Basic 3 moduły (Health, Slim, Sensor)	Badanie genetyczne iGenesis Plus 6 modułów (Health, Slim, Sensor, Micro, Detox, Fit Sport)
Konsultacja dietetyka	Konsultacja dietetyka