

ZAKRES OPIEKI MEDYCZNEJ PAKIETU LUXMED SENIOR

Pakiet SENIOR został przygotowany pod kątem potrzeb medycznych osób po 50-tym roku życia, dla których ważny jest szybki dostęp do lekarzy specjalistów wraz z diagnostyką jak również lekarzy pierwszego kontaktu w nagłych wypadkach.

W ramach pakietu SENIOR mogą Państwo korzystać z opieki medycznej realizowanej w ponad 70 nowoczesnych placówkach Grupy LUXMED (LUX MED. i Medycyna Rodzinna) wymienionych na stronie www.luxmed.pl oraz w ogólnopolskiej sieci ponad 700 placówek współpracujących wymienionych na stronie www.luxmed.pl/placowki700

	LUXMED SENIOR
Indywidualny (pracownik)	146,00 zł
Opieka Podstawowa	Internista, lekarz rodzinny, pediatra
Opieka Specjalistyczna	Alergolog, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastroenterolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, laryngolog, nefrolog, neurolog, okulista, ortopeda, pulmonolog, reumatolog, urolog
Infolinia	Tak
Zabiegi ambulatoryjne	Ogólnolekarskie, chirurgiczne, laryngologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, dermatologiczne, ginekologiczne, alergologiczne, pielęgniarские
Szczepienia	p/ grypie sezonowej
Zabiegi Pielęgniarskie (wykonywane w placówce medycznej)	Iniekcje, kroplówki, podanie leku doustnego, pomiar temperatury ciała, RR/ciśnienia, wzrostu i wagi ciała, założenie/zmiana/usunięcie - opatrunek mały, pobranie krwi
Badania Diagnostyczne	Hematologiczne, biochemiczne, hormonalne, markery nowotworowe, serologiczne, moczu, bakteriologiczne, kału, cytologia, toksykologiczne, RTG, mammografia, USG, EKG, spirometria, audiometria
Dodatkowe usługi	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rabat 10 % na pozostałe usługi ambulatoryjne świadczone przez Grupę LUXMED, ✓ Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUXMED.

Grupa LUXMED oferuje swoim Pacjentom wiele rozwiązań ułatwiających korzystanie z usług zawartych w Pakiecie medycznym. Są to m.in.:

- **Ogólnopolska rezerwacja terminów wizyt i badań** - dzięki tej aplikacji Pacjenci mogą w szybki i dogodny sposób zarezerwować wizyty, a także uzyskać informacje o działalności poradni;
- **SMS-owe przypominanie o terminach badań i konsultacji** - dzięki niemu Pacjenci mogą umówić się na wizytę z dużym wyprzedzeniem bez obawy o to, że Pacjent po prostu o tej wizycie zapomni;
- **Portal Pacjenta** - rozwiązanie przygotowane dla Pacjentów LUXMED, dzięki któremu mogą oni zarezerwować wizytę u wybranego lekarza, a w razie konieczności odwołać umówione wcześniej konsultacje, sprawdzić wyniki badań laboratoryjnych oraz wystawione skierowania, które nie mają przypisanego terminu wizyty. System zapewnia również dostęp do grafiku usług oraz pracy lekarzy;
- **Mobilna wersja e-rezerwacji** - bezpłatna aplikacja mobilna LUXMED, która umożliwia m.in.: rezerwację, podgląd i odwoływanie wizyt lekarskich oraz przeglądanie grafików pracy lekarzy. Zawiera ona także informację o lokalizacji placówek należących do Grupy LUXMED. Aplikacja dostępna dla urządzeń iPhone i iPad oraz innych z systemem Android. Dla posiadaczy urządzeń z innymi systemami operacyjnymi przygotowany został Mobilny Portal Pacjenta dostępny pod adresem: m.grupaluxmed.pl;
- **Telefoniczna Informacja medyczna** - dzięki temu rozwiązaniu Pacjenci dzwoniący na infolinię z problemem zdrowotnym mogą uzyskać pomoc przez całą dobę. Zespół TIM tworzą doświadczeni lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, którzy zbierają od dzwoniącego informacje i starają się doradzić, jakie działania należy w danej sytuacji podjąć. Posiadają także informacje o dyżurach aptek i szpitali;
- **Wspólna obsługa IT dla całej Grupy** - dzięki zintegrowanemu systemowi informatycznemu lekarze we wszystkich placówkach LUXMED i Medycyny Rodzinnej mają elektroniczny dostęp do historii medycznej Pacjenta i zdjęć RTG z radiologii cyfrowej. Nowy system obejmuje także skany medycznej dokumentacji zewnętrznej, kalendarze wizyt, rejestrację, skierowania, opis medyczny czy wystawienie recepty;
- **E-biuletyn** - elektroniczny newsletter informujący o nowościach w **Grupie LUXMED**, który można zaprenumerować na stronie www.luxmed.pl;

Ogólnopolska rezerwacja terminów wizyt i badań

Ogólnopolska rezerwacja terminów wizyt i badań

Termin wizyty lub badania w Centrach Medycznych **Grupy LUXMED** można zarezerwować na kilka sposobów - za pośrednictwem:

- ✓ Infolinii **22 33 22 888**;
- ✓ Komunikatora **e-center**, który znajduje się na stronie **www.luxmed.pl**;
- ✓ Po zalogowaniu się na stronach **www** do panelu e-rezerwacja. Dostęp do systemu rezerwacji można aktywować samodzielnie przez stronę **www.luxmed.pl**;
- ✓ **HOTLINE** (numer alarmowy w nagłych przypadkach): **22 196 70**

Minimalny okres umowy	6 miesięcy lub do rocznicy umowy głównej (31.12.2018 r), w zależności od tego która z tych dat przypada wcześniej (Minimalny okres umowy). Po upływie Minimalnego okresu umowy, umowa przekształca się w umowę na czas nieokreślony, z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego	
Termin opłacania składki	Za każdego Świadczeniobiorcę - miesięcznie, z góry do 20-go dnia każdego kolejnego miesiąca poprzedzającego miesiąc za który należne są świadczenia.	
Deklarowana data rozpoczęcia korzystania z usługi medycznej	__ . __ . 201__	
GŁÓWNY ŚWIADCZENIOBIORCA/GS		
Imię	Drugie Imię	Nazwisko
Płeć/ <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Data urodzenia	PESEL
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy	Miejscowość	
Tel. komórkowy	Tel. domowy	
Email	Główna miejscowość opieki	
DODATKOWY ŚWIADCZENIOBIORCA/ 1S		Stopień pokrewieństwa
Imię	Drugie Imię	Nazwisko
Płeć/ <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Data urodzenia	PESEL
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy	Miejscowość	
Tel. komórkowy	Tel. domowy	
Email	Główna miejscowość opieki	
DODATKOWY ŚWIADCZENIOBIORCA/ 2S		Stopień pokrewieństwa
Imię	Drugie Imię	Nazwisko
Płeć/ <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Data urodzenia	PESEL
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy	Miejscowość	
Tel. komórkowy	Tel. domowy	
Email	Główna miejscowość opieki	

OŚWIADCZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY:

Ja niżej podpisany

Imię

Nazwisko

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z programem opieki medycznej LuxMed.

1. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że:

- a) Składając niniejszą deklarację przystąpienia zobowiązuję się uiszczać abonament za wybraną przeze mnie usługę (wariant), miesięcznie z góry, do 20-go dnia każdego kolejnego miesiąca, w formie przelewu na rachunek bankowy 08 1140 2017 0000 4802 1066 0027;
- b) W przypadku powstania zaległości w opłacie abonamentu ProfitPlus zastrzega sobie możliwość zawieszenia lub zamknięcia usługi, co nie zwalnia mnie z obowiązku zapłaty całej kwoty zaległości; W okresie zawieszenia nie będę uprawniony do korzystania z abonamentu;
- c) Ponowne przystąpienie do programu LuxMed będzie możliwe po 12 miesiącach od momentu rozwiązania umowy;
- d) W dacie rocznicy głównej umowy ProfitPlus, wysokość opłaty za abonament może ulec zmianie, o czym zostaną poinformowani odpowiednio wcześniej;
- e) ProfitPlus może zwrócić się do LuxMed o udzielenie ogólnych informacji statystycznych o wysokości kwot wykorzystanych w ramach abonamentu w poszczególnych okresach rozliczeniowych;
- f) w razie zmiany danych teleadresowych (adres zamieszkania, email, telefon) wskazanych w deklaracji przystąpienia, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić ProfitPlus o nowych danych;
- g) oświadczenie o rezygnacji z umowy, po upływie minimalnego okresu umowy, może zostać złożone ProfitPlus na adres email **centrala@profitplus.com.pl**, do 20 dnia danego miesiąca i jest skuteczne na koniec następnego miesiąca kalendarzowego.
- h) przysługuje mi uprawnienie do złożenia reklamacji dotyczącej umowy (niewykonania lub niewłaściwego wykonania umowy), w terminie 7 dni od dnia, w którym doszło do zdarzenia będącego podstawą reklamacji. Reklamacja może być złożona w formie elektronicznej i przesłana na adres poczty elektronicznej Administratora - centrala@profitplus.com.pl. W zgłoszeniu reklamacyjnym Świadczenioborca winien zawrzeć swój adres e-mail, dane osobowe oraz opis zaistniałego problemu. Administrator niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie trzydziestu (30) dni, rozpatruje reklamacje i udziela odpowiedzi na adres poczty elektronicznej Świadczeniobiorcy, podany w zgłoszeniu reklamacyjnym.
- i) ProfitPlus nie wyraża zgody na wzięcie udziału w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, stosownie do treści przepisu art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823).

2. Oświadczenie

[WYMAGANE] Oświadczam, że zapoznałem się z powyższymi informacjami oraz warunkami programu opieki medycznej Polmed i akceptuję ich treść.

TAK

NIE

czytelny podpis

Nota prawna

Administratorem danych osobowych jest PROPLUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, ul. Sabały 58, 02-174 Warszawa.

Dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie na podstawie upoważnienia do przetwarzania danych oraz wyłącznie w celu realizacji zamówień lub usług, rozliczenia, obsługi procesu reklamacji w celach statystycznych jak również w usprawiedliwionym celu administratora danych.

Dane osobowe będą przekazywane ProfitPlus Doradztwo Finansowo – Majątkowe Iwona Gasińska, ul. Kajki 45, 05-501 Piaseczno w celach wskazanych powyżej, a także mogą być przekazywane podmiotom świadczącym usługi opieki medycznej, w celu prawidłowej realizacji zamówień lub usług, rozliczeń lub obsługi procesu reklamacji, a także w celach statystycznych. Osobie udzielającej administratorowi swoich danych osobowych przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także uprawnienie do przenoszenia danych.

1. Dane osobowe

[WYMAGANE] Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych w zakresie: imię i nazwisko, nr PESEL, data urodzenia, adres zamieszkania do Polmed S.A z siedzibą w Starogardzie Gdańskim 83-200, przy os. Kopernika 21 w celu wykonania umowy świadczenia usług medycznych (m.in. udzielenie świadczeń zdrowotnych, dokonywanie rozliczeń). Udzielenie zgody jest konieczne dla zawarcia umowy świadczenia usług medycznych.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez Administratora – Pro Plus Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie oraz podmioty powiązane osobowo lub kapitałowo w szczególności PROFIT PLUS DORADZTWO FINANSOWO-MAJĄTKOWE Iwona Gasińska, ul. Kajki 45, Piaseczno, w tym za pomocą środków telekomunikacji, zgodnie z ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne oraz poprzez przesyłanie na wskazany przeze mnie adres email informacji handlowych, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Powyższe oświadczenie jest dobrowolne, ale niezbędne do otrzymywania od Administratora informacji handlowych. Osobie udzielającej zgody przysługuje uprawnienie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych, w dowolnym momencie.

TAK NIE

[WYMAGANE] Wyrażam zgodę na przystąpienie do Klubu Pro+, jednocześnie oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem Klubu.

TAK NIE

Miejscowość, data

Czytelny podpis Świadczeniobiorcy

Pieczęć i podpis przedstawiciela ProfitPlus