

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA  
OPIEKA MEDYCZNA POLMED**

**PAKIETY OPIEKI MEDYCZNEJ**

Zakres Pakietu	CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS
<b>Podstawowa Opieka Lekarska</b>	..	..	..
<b>Specjalistyczna Opieka Lekarska I</b> Internista, Lekarz medycyny rodzinnej, Pediatria, Alergolog, Chirurg ogólny, Chirurg onkolog, Dermatolog – wenerolog, Diabetolog, Endokrynolog, Foniatra-audiolog, Gastroenterolog, Ginekolog, Hematolog, Kardiolog, Laryngolog, Nefrolog, Neurolog, Okulista, Onkolog, Ortopeda-traumatolog, Pulmonolog, Proktolog, Reumatolog, Urolog, Lekarz rehabilitacji, Lekarz dyżurny (internista, lekarz medycyny rodzinnej)	..	..	..
<b>Specjalistyczna Opieka Lekarska II</b> Angiolog, Anestezjolog, Chirurg naczyniowy, Chirurg plastyczny, Flebolog, Geriatria, Ginekolog onkologiczny, Hepatolog, Hipertensjolog, Immunolog, Kardiochirurg, Lekarz chorób zakaźnych, Neurochirurg, Psychiatria)	Rabat 50%	..	..
<b>Zabiegi Ambulatoryjne</b>	..	..	..
<b>Badania laboratoryjne</b>	..	..	..
<b>Badania obrazowe</b>	..	..	..
<b>Testy alergiczne</b>	..	..	..
<b>Wizyty domowe</b>	–	–	..
<b>Szczepienia p/grypie i tężcowi</b>	..	..	..
<b>Inne szczepienia</b>	–	–	Rabat 80%
<b>Rehabilitacja</b>	–	..	..
<b>Przeгляд stomatologiczny</b>	..	..	..
<b>Profilaktyka stomatologiczna</b>	–	Rabat 50%	..
<b>Stomatologia zachowawcza</b>	–	–	Rabat 50%
<b>Chirurgia jednego dnia</b>	–	–	..
<b>Druga opinia medyczna</b>	–	–	..
<b>Transport medyczny</b>	–	–	..
<b>Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia</b>	..	..	..
<b>Rabat 15% na pozostałe usługi świadczone we własnych Centrach Medycznych POLMED</b>	..	..	..
<b>WARIANT Indywidualny</b>	<b>79 zł</b>	<b>119 zł</b>	<b>169 zł</b>
<b>WARIANT Partnerski</b>	<b>151 zł</b>	<b>227 zł</b>	<b>322 zł</b>
<b>WARIANT Rodzinny</b>	<b>213 zł</b>	<b>321 zł</b>	<b>456 zł</b>

**DOSTĘP DO POSZCZEGÓLNYCH LEKARZY:**

- Dostęp do internisty/lekarza rodzinnego/pediatry – max. do 24 godzin roboczych
- Dostęp do specjalisty – do 5 dni roboczych
- Dostęp do diagnostyki (USG, RTG, EKG) – do 5 dni roboczych
- Dostęp do pozostałej diagnostyki (typu rezonans, tomografia, mammografia, badania endoskopowe, EEG) – do 10 dni roboczych
- Wizyty domowe – w dzień do 4 godzin, w nocy do 8 godzin

(dni robocze rozumiane od poniedziałku do piątku)

**UMAWIANIE WIZYT :**

- Rejestracja do własnych Centrów Medycznych POLMED i Partnerów Medycznych POLMED: rejestracja przez TCOP - 801 033 200 - z telefonów stacjonarnych i 58 775 95 99 - z telefonów komórkowych) e-rezerwacja za pośrednictwem firmowej strony internetowej Polmed [www.polmed.pl](http://www.polmed.pl) (zakładka Zarezerwuj wizytę w terminarzu Centrum Medycznego Polmed).
- W przypadku umawiania świadczeń realizowanych u Partnerów Medycznych Pacjent otrzymuje sms-em od Konsultanta TCOP (lub od Pracownika Recepcji CM Polmed, jeśli świadczenie jest umawiane po wizycie w CM) Kod Świadczenia Medycznego, który podaje u Partnera Medycznego przy realizacji wizyty celem potwierdzenia Partnerowi umówionego zakresu.

Regulamin e-rezerwacji dostępny jest na stronie Polmed.

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA  
OPIEKA MEDYCZNA POLMED**

<b>Minimalny okres umowy</b>		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		
<b>Termin opłacania składki</b>		Za każdego Świadczeniobiorcę - miesięcznie, z góry do 20-go dnia każdego kolejnego miesiąca poprzedzającego miesiąc za który należne są świadczenia.		
		<b>CLASSIC</b>	<b>SUPER</b>	<b>SUPER PLUS</b>
<b>Miesięczny abonament POLMED</b>	Indywidualny	<b>79 zł</b> <input type="checkbox"/>	<b>119 zł</b> <input type="checkbox"/>	<b>169 zł</b> <input type="checkbox"/>
	Partnerski	<b>151 zł</b> <input type="checkbox"/>	<b>227 zł</b> <input type="checkbox"/>	<b>322 zł</b> <input type="checkbox"/>
	Rodzinny	<b>213 zł</b> <input type="checkbox"/>	<b>321 zł</b> <input type="checkbox"/>	<b>456 zł</b> <input type="checkbox"/>
<b>Deklarowana data rozpoczęcia korzystania z usługi medycznej</b>	_ _ . _ . _ . 201_			
<b>GŁÓWNY ŚWIADCZENIOBIORCA/GS</b>				
Imię		Nazwisko	PESEL	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania	
Kod pocztowy		Miejscowość		
Tel. kontaktowy		Email		
<b>DODATKOWY ŚWIADCZENIOBIORCA/1S</b>				
Stożek pokrewieństwa				
Imię		Nazwisko	PESEL	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania	
Kod pocztowy		Miejscowość		
Tel. kontaktowy		Stożek pokrewieństwa		
<b>DODATKOWY ŚWIADCZENIOBIORCA/2S</b>				
Imię		Nazwisko	PESEL	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania	
Kod pocztowy		Miejscowość		
Tel. kontaktowy		Stożek pokrewieństwa		
<b>DODATKOWY ŚWIADCZENIOBIORCA/3S</b>				
Imię		Nazwisko	PESEL	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania	
Kod pocztowy		Miejscowość		
Tel. kontaktowy		Stożek pokrewieństwa		
<b>DODATKOWY ŚWIADCZENIOBIORCA/4S</b>				
Imię		Nazwisko	PESEL	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania	
Kod pocztowy		Miejscowość		
Tel. kontaktowy		Stożek pokrewieństwa		
Data sporządzenia deklaracji		Podpis Świadczeniobiorcy		

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA  
OPIEKA MEDYCZNA POLMED**

**OŚWIADCZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY:**

Ja niżej podpisany

Imię

Nazwisko

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

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 79 1140 2017 0000 4002 1294 8341;
  - 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 Polmed 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 poinformowany odpowiednio wcześniej;
  - e) ProfitPlus może zwrócić się do Polmed 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 Świadczeniobiorca 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

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA  
OPIEKA MEDYCZNA POLMED**

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 Gasięcka, 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.

3. 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 Gasięcka, 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