

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
OPIEKA MEDYCZNA POLMED**

PAKIET OPIEKI MEDYCZNEJ SENIOR

Zakres Pakietu	SENIOR
Podstawowa Opieka Lekarska	..
Specjalistyczna Opieka Lekarska I Internista, Lekarz medycyny rodzinnej, Alergolog, Angiolog, Chirurg, Chirurg naczyniowy, Chirurg Onkolog, Dermatolog, Diabetolog, Endokrynolog, Gastrolog, Ginekolog, Hematolog, Kardiochirurg, Kardiolog, Laryngolog, Lekarz chorób zakaźnych, Nefrolog, Neurochirurg, Neurolog, Okulista, Onkolog, Ortopeda, Psychiatry, Pulmonolog, Lekarz rehabilitacji, Reumatolog, Urolog	..
Zabiegi Ambulatoryjne	..
Badania laboratoryjne	..
Badania obrazowe	..
Szczepienia	..
Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia	..
WARIANT Indywidualny	149 zł

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 (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.

Minimalny okres umowy		6 miesięcy lub do rocznicy polisy	
Termin opłacania składki		z góry do 20-go dnia każdego miesiąca za każdego świadczeniobiorcę	
		SENIOR	
Miesięczny abonament POLMED	Indywidualny	149 zł <input type="checkbox"/>	
Deklarowana data rozpoczęcia korzystania z usługi medycznej		__ . __ . 201__	
GŁÓWNY ŚWIADCZENIOBIORCA/GS			
Imię		Nazwisko	
Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy		Miejscowość	
Tel. kontaktowy		Email	
PESEL			

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
OPIEKA MEDYCZNA POLMED**

OŚWIADCZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY:

Ja niżej podpisany

Imię	Nazwisko
------	----------

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

Podpisując niniejszą deklarację przystąpienia zobowiązuje się uiszczać abonament za wybraną przeze mnie usługę medyczną na konto bankowe Profit Plus Doradztwo Finansowo - Majątkowe o numerze: **79 1140 2017 0000 4002 1294 8341** z góry do **20-go** dnia każdego miesiąca.

Przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że

- w przypadku powstania zaległości w opłacie abonamentu ProfitPlus zastrzega sobie możliwość zawieszenia lub zamknięcia pakietu – co nie zwalnia mnie z obowiązku uiszczenia zapłaty zaległości.
- Ponowne przystąpienie do programu Polmed będzie możliwe po 12 miesiącach lub w rocznicę polisy.
- działania opisane w pkt a) i b) powyżej nie uprawniają mnie do dochodzenia roszczeń z tytułu niemożności korzystania z abonamentu.
- w rocznicę umowy wysokość abonamentu może ulec zmianie, przy czym o ewentualnej zmianie warunków zostaną poinformowany/a odpowiednio wcześniej.
- będę powiadamiany/na o upływie terminu płatności abonamentu za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres Email wskazany w deklaracji przystąpienia.
- w razie zmiany adresu Email lub numeru telefonu podanego w deklaracji przystąpienia poinformuję firmę ProfitPlus o innym sposobie kontaktu
- rezygnacja z korzystania z ubezpieczenia jest skuteczna od kolejnego miesiąca kalendarzowego, o ile nie występują zaległości w zapłacie abonamentu oraz pod warunkiem, że prześlę oświadczenie o rezygnacji na adres email **kontakt@profitplus.pl** 20-go dnia poprzedniego miesiąca.

Zostałem/am poinformowany/a, że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej wymaga uzyskania mojej uprzedniej zgody.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w rozumieniu ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 101/2002, poz. 926 z późniejszymi zmianami) przez POLMED S.A. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, Os. Kopernika 21 w szczególności danych dotyczących stanu mojego zdrowia i wyników badań w celach statystycznych oraz w celu realizacji opieki medycznej przez POLMED.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji związanych z realizacją umowy świadczenia usług medycznych, w tym zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.), od POLMED S.A. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, Os. Kopernika 21 i/lub PROFIT PLUS DORADZTWO FINANSOWO-MAJĄTKOWE Iwona Gasięcka, ul. Kajki 45, Piaseczno lub podmiotów powiązanych z nimi kapitałowo i/lub osobowo oraz z nimi współpracujących na podstawie umowy cywilnoprawnej.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych, w tym zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.), od PROFIT PLUS DORADZTWO FINANSOWO-MAJĄTKOWE Iwona Gasięcka, ul. Kajki 45, Piaseczno oraz podmiotów powiązanych z nim kapitałowo oraz z nim współpracujących na podstawie umowy cywilnoprawnej.

TAK NIE