

**OGÓLNE WARUNKI UMÓW
O ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OFEROWANE PRZEZ POLMED SPÓŁKA AKCYJNA
Z SIEDZIBĄ W STAROGARDZIE GDAŃSKIM**

Niniejsze Ogólne Warunki Umów określają warunki wykonywania umowy o świadczenia zdrowotne („Umowy”), zawieranej przez POLMED S.A., i stanowią Załącznik nr 1 do takiej Umowy.

Ogólne Warunki Umów są doręczane osobie zainteresowanej skorzystaniem ze Świadczeń, oferowanych przez POLMED S.A. przed zawarciem z taką osobą Umowy zgodnie z art. 384 § 1 Kodeksu cywilnego, wskutek czego stają się częścią umowy wiążącej Świadczeniodawcę ze Świadczeniobiorcą.

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§1

1. Świadczenia zdrowotne oferowane przez Świadczeniodawcę mają stanowić system odpłatnej opieki zdrowotnej w zakresie ochrony zdrowia pracowników w zakresie świadczeń medycyny pracy i innych świadczeń zdrowotnych. System świadczeń oferowanych przez Świadczeniodawcę nie ma charakteru ubezpieczenia osobowego, w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego oraz przepisów szczególnych o ubezpieczeniach, w szczególności przedmiotem Umowy nie jest ubezpieczenie zdrowia Pacjenta, a Pacjent na mocy Umowy nie nabywa prawa do żądania świadczenia ubezpieczeniowego z jakiegokolwiek postaci.
2. Świadczeniodawca oświadcza, że:
 - a) w ramach własnych Centrów Medycznych POLMED oferuje świadczenia zdrowotne w formie podmiotu leczniczego w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 poz. 633 z późn. zm.), z późn. zm.), a ponadto, jako podstawowa jednostka organizacyjna służby medycyny pracy wykonuje zadania określone ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. 2022 poz. 437 z późn. zm.) i zgodnie z przepisami prawa jest uprawniony do świadczenia usług medycznych na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) ponadto Świadczeniodawca współpracuje – także dla potrzeb wykonania niniejszej Umowy – z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, posiadającymi status Partnerów Medycznych POLMED,
 - c) w ramach Centrów Medycznych POLMED oraz przy wykorzystaniu potencjału Partnerów Medycznych POLMED dysponuje oraz wykwalifikowanym personelem medycznym gwarantującym należyte wykonanie obowiązków wynikających z Umowy, w sposób bezpieczny, przy zachowaniu obowiązujących przepisów określających wymogi jakościowe, techniczne oraz bezpieczeństwa i higieny pracy,

- d) zawarcie i wykonanie Umowy przez Świadczeniodawcę nie będzie stanowiło naruszenia żadnej Umowy, ani zobowiązania ciążącego na nim, jak też nie naruszy żadnej decyzji administracyjnej, wyroku, orzeczenia czy postanowienia, którym jest związany.

§2

1. Terminy używane w niniejszych Ogólnych Warunkach Umów oznaczają:

- a) **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Umów o Świadczenia Zdrowotne;
- b) **Świadczeniodawca** – POLMED S.A z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, Os. Kopernika 21; Świadczeniodawca jest m.in. „podmiotem leczniczym” w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 poz. 633 z późn. zm.), a także „zleceniobiorcą” w rozumieniu art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. 2022 poz. 437 z późn. zm.) i posiada niezbędne uprawnienia do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami;
- c) **Umowa** – umowa o świadczenia zdrowotne, zawierana pomiędzy Świadczeniobiorcą i Świadczeniodawcą w dowolnej formie zgodnej z przepisami prawa, jednak zawsze potwierdzona na piśmie, ze wszystkimi załącznikami;
- d) **Świadczeniobiorca** – podmiot (osoba fizyczna, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna, posiadająca zdolność prawną), przystępujący do Umowy na rzecz wskazanych przez siebie osób; Świadczeniobiorcą może być w szczególności pracodawca w rozumieniu Kodeksu pracy, przystępujący do Umowy na rzecz swoich pracowników lub innych osób zatrudnionych, a także członków ich rodzin; w zakresie świadczeń z zakresu medycyny pracy Świadczeniobiorca jest „zleceniodawcą” w rozumieniu art. 12 ust. 1 ustawy o służbie medycyny pracy;
- e) **Pacjent (Osoba Uprawniona)** – osoba fizyczna, wskazana przez Świadczeniobiorcę w formularzu zgłoszenia, uprawniona do uzyskania Świadczeń; Pacjentem może być w szczególności pracownik Świadczeniobiorcy, a w zakresie świadczeń z zakresu medycyny pracy Pacjent jest pracownikiem Świadczeniobiorcy; wyjątkowo w zakresie medycyny pracy Pacjentem jest osoba nie zgłoszona w formularzu zgłoszenia, wskazana przez Świadczeniobiorcę jako kandydat do pracy w skierowaniu przekazanym Świadczeniodawcy;
- f) **Świadczenie** – świadczenie zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 poz. 633 z późn. zm.) będące przedmiotem zobowiązania Świadczeniodawcy, udzielane Pacjentowi. W zakresie świadczeń medycyny pracy Świadczeniem jest badanie, o którym mowa w art. 229 § 1, 2, 5 Kodeksu pracy, a także inne świadczenia zdrowotne, do zapewnienia których zobowiązują Świadczeniobiorcę bezpośrednio przepisy Kodeksu pracy i innych ustaw, w szczególności ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Zakres Świadczeń, wykonywanych przez Świadczeniodawcę na rzecz Pacjentów

- w ramach Umowy („Pakiet”), określa Załącznik nr 2 do Umowy; w zakresie tym mogą się mieścić świadczenia zdrowotne w zakresie medycyny pracy.
- g) **Deklaracja przystąpienia** - formularz elektroniczny lub w formie papierowej zawierający zgodę Pacjenta (Osoby Uprawnionej) na objęcie go opieką medyczną na warunkach określonych w OWU i Umowie.
 - h) **Pakiet** – dany zestaw Świadczeń, uzgadniany w Umowie, do uzyskania których będzie uprawniony Pacjent. Umowa może przewidywać różne rodzaje Pakietów. Zakres Świadczeń objętych danym Pakietem określa Załącznik nr 2 do Umowy. W zakres Pakietu wchodzi m.in. konsultacje specjalistyczne, badania diagnostyczne, rehabilitacja. Badania diagnostyczne oraz rehabilitacja zlecane są przez lekarza jednego z Centrów Medycznych POLMED lub Partnera Medycznego i, o ile szczególne postanowienia nie mówią inaczej, wykonywane są w związku z diagnostyką i leczeniem chorób.
 - i) **Formularz zgłoszenia Osób Uprawnionych** – lista zgłoszonych Pacjentów udostępniona przez Świadczeniobiorcę.
 - j) **Zlecenie medyczne** - zlecenie na badania diagnostyczne i zabiegi rehabilitacyjne wystawione przez lekarza jednego z Centrów Medycznych POLMED lub Partnera Medycznego. Zlecenie musi zawierać naniesione czytelnie: dane identyfikujące pacjenta (nazwisko, imię i PESEL, ew. datę urodzenia), dane identyfikujące placówkę i lekarza wydającego skierowanie, nazwę badania zgodną lub jednoznacznie z mianownictwem międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych ICD-9, oraz – za wyjątkiem badań laboratoryjnych – rozpoznanie lekarskie i/lub określenie celu wykonania badania. Wydanie Zlecenia medycznego wynika z zaistnienia zgodnej z zasadami sztuki medycznej potrzeby wykonania badań dodatkowych, ocenianej na podstawie badania lekarskiego, nie zaś na życzenie Pacjenta;
 - k) **Centra Medyczne POLMED** – własne placówki Świadczeniodawcy wymienione na stronie www.polmed.pl;
 - l) **Partnerzy Medyczni** – placówki współpracujące ze Świadczeniodawcą, wymienione na stronie www.polmed.pl

Rozdział II. Zawarcie i skuteczność umowy

§1

1. Do zawarcia Umowy dochodzi w wybrany przez Strony sposób spośród wskazanych w Kodeksie cywilnym.
2. Niezwłocznie po zawarciu Umowy Świadczeniodawca przekaże Świadczeniobiorcy (drogą elektroniczną) wzór Formularza Zgłoszenia Osób Uprawnionych.
3. Świadczeniodawca oświadcza, że będzie przetwarzał dane osobowe Osób Uprawnionych (Pacjentów) zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych, a po rozpoczęciu korzystania przez te osoby ze świadczeń zdrowotnych – również zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wymogami prowadzenia dokumentacji medycznej i jej archiwizacji i innymi mającymi zastosowanie przepisami.
4. Świadczeniobiorca ma prawo w każdym czasie wystąpić o objęcie Świadczeniami kolejnych Osób Uprawnionych w sposób określony w Umowie. Osoby Uprawnione

nabywają prawo do Świadczeń po złożeniu przez nie (lub ich przedstawicieli ustawowych) Deklaracji przystąpienia. Świadczeniobiorca zobowiązuje się do zbierania i przechowywania Deklaracji przystąpienia od osób przystępujących do programu opieki medycznej na podstawie niniejszej Umowy. Deklaracje przystąpienia Świadczeniobiorca będzie przechowywał i udostępniał Świadczeniodawcy na jego wniosek.

5. Postanowień ust. 2-4 nie stosuje się w sytuacji, gdy na podstawie Umowy Świadczeniobiorca zleca Świadczeniodawcy wykonywanie na rzecz Pacjentów wyłącznie świadczeń z zakresu medycyny pracy.

§2

1. Skutki Umowy uzależnione są od dokonania przez Świadczeniobiorcę pierwszej wpłaty za wszystkich Pacjentów, objętych Umową. Wpłata może nastąpić wraz z zawarciem Umowy lub w terminie późniejszym określonym na fakturze wystawionej Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę.
2. Z chwilą wejścia w życie umowy Pacjent jest uprawniony do uzyskania Świadczeń objętych wybranym Pakietem. Pacjent identyfikowany jest:
 - a) przy zgłoszeniu telefonicznym do Telefonicznego Centrum Obsługi Pacjenta (TCOP) za pomocą numeru PESEL lub imienia i nazwiska oraz daty urodzenia (w przypadku osób nie posiadających numeru PESEL)
 - b) w Centrach Medycznych POLMED i u Partnerów Medycznych za pomocą dokumentu ze zdjęciem potwierdzającym tożsamość (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy).
3. W odniesieniu do Pacjentów będących pracownikami Świadczeniobiorcy, w zakres Świadczeń objętych Pakietem wchodzi świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny pracy. Wzór skierowania na badania medycyny pracy stanowi Załącznik nr 5 do Umowy.

Rozdział III. Świadczenia, pakiety

§1

1. Świadczenia są udzielane zgodnie z Pakietem, wybranym przez Świadczeniobiorcę, a w zakresie medycyny pracy z uwzględnieniem warunków pracy Pacjentów.
2. O ile Umowa przewiduje Świadczenia z zakresu medycyny pracy, Świadczeniodawca, przed zawarciem Umowy, na podstawie informacji uzyskanych od Świadczeniobiorcy o panujących w zakładzie warunkach pracy, przygotowuje propozycję Pakietu, które obejmuje Świadczenia, do których zapewniania zobowiązują Świadczeniobiorcę przepisy Kodeksu pracy oraz aktów prawnych bezpośrednio z niego wynikających. W skład każdego Pakietu obejmującego profilaktyczną opiekę zdrowotną wchodzi w szczególności:
 - a) wykonywanie badań wstępnych kandydatów na pracowników,
 - b) wykonywanie badań okresowych i kontrolnych pracowników,
 - c) orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie,
 - d) ocena możliwości wykonywania pracy uwzględniającej stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy,

- e) monitorowania stanu zdrowia pracowników zaliczanych do grup szczególnego ryzyka, oraz młodocianych, niepełnosprawnych i kobiet,
 - f) prowadzenie analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz wypadków przy pracy,
 - g) udział w posiedzeniach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy i komisjach powypadkowych,
 - h) inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia oraz działań na rzecz ochrony zdrowia pracowników,
 - i) gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o ryzyku zawodowym i stanie zdrowia pracowników objętych profilaktyczną opieką medyczną,
 - j) przeprowadzanie badań lekarskich w zakresie i według częstotliwości określonych wskazówkami metodycznymi zawartymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.
3. Nadto Świadczeniodawca opracuje dla Świadczeniobiorcy sugerowany zestaw świadczeń zdrowotnych:
- a) wchodzących w skład profilaktycznej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 229 § 6 Kodeksu pracy, z uwzględnieniem postanowień rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy oraz
 - b) o których mowa w art. 4 pkt 1 ustawy o służbie medycyny pracy, rozumianych jako „ogół działań zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy”; których obowiązek zapewnienia nakładają na Świadczeniobiorcę odrębne przepisy.
4. Świadczenia medycyny pracy będą realizowane zgodnie z zakresem przewidzianym w Kodeksie pracy. W skład pakietu medycyny pracy nie wchodzi badania kwalifikacyjne oraz wynikające z innych ustaw niż Kodeks pracy oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.
5. Zakres Pakietu będzie ustalany indywidualnie z każdym Świadczeniobiorcą, w zakresie medycyny pracy biorąc pod uwagę jego potrzeby oraz warunki i charakter pracy w jego zakładzie pracy, i określony będzie w Załączniku nr 2 do Umowy.
6. Pakietem (z wyłączeniem świadczeń medycyny pracy) może być objęty pracownik Świadczeniobiorcy bez względu na wiek oraz rodzina takiego pracownika według poniższych zasad:
- a) Partner Pracownika - przez co rozumie się współmałżonka / partnera życiowego Pracownika do 65 r.ż (bez względu na sformalizowanie związku i płeć)
 - b) Dziecko Pracownika do ukończenia 26 r.ż.

7. Świadczeniobiorca zobowiązuje się do wykreślenia z listy Osób Uprawnionych partnerów i dzieci pracowników, którzy ukończyli wiek określony w ust. 6.
8. Strony ustalają, że Osoba Uprawniona nie może być wykreślona z listy Osób Uprawnionych przed upływem 12 miesięcy od daty wpisu, chyba że wykreślenie z listy następuje wskutek ustania stosunku pracy Osoby Uprawnionej będącej pracownikiem Świadczeniobiorcy oraz Osób Uprawnionych będących rodziną takiego pracownika. Przed upływem 12 miesięcy nie może nastąpić również zmiana Pakietu wybranego przez Osobę Uprawnioną na Pakiet niższy (tj. o niższej cenie) od Pakietu wybranego w dniu zgłoszenia.
9. Badania medycyny pracy dla kandydatów do pracy są wykonywane na podstawie skierowania wystawionego przez Świadczeniobiorcę zgodnie z obowiązującym wzorem przewidzianym w przepisach prawa. W przypadku wykonania badań na rzecz kandydatów do pracy, którzy nie zostaną zgłoszeni listą Osób Uprawnionych, Świadczeniobiorca zobowiązuje się uiścić za nich należność w miesiącu następującym po miesiącu, w którym zostały wykonane badania, zgodnie z cennikiem na badania medycyny pracy obowiązującym u Świadczeniodawcy z 10 % rabatem.
10. Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonywać Świadczenia z należytą starannością z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami, środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób przy wykorzystaniu specjalistycznej aparatury medycznej, przestrzegając etyki zawodowej oraz obowiązujących przepisów.
11. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania w stosunku do Pacjentów praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej. Na każde żądanie osoby uprawnionej Świadczeniodawca zobowiązany jest niezwłocznie udostępnić dokumentację medyczną w sposób określony w przepisach prawa.
12. Świadczeniobiorca może przekazywać pisemnie uwagi odnoszące się do realizacji Umowy, a Świadczeniodawca zobowiązany będzie w terminie 14 dni kalendarzowych od doręczenia wskazanych uwag udzielić Świadczeniobiorcy wyjaśnień w tym zakresie. Do składania reklamacji w stosunku do wykonanych na ich rzecz Świadczeń uprawnieni są także Pacjenci. Szczegółowe zasady składania i obsługi reklamacji określa Załącznik do Umowy.
13. Świadczeniodawca zobowiązuje się do umożliwienia Pacjentom korzystania z usług medycznych dostępnych we własnych Centrach Medycznych POLMED, nieobjętych zakresem wybranego pakietu, na koszt tego Pacjenta z rabatem i na warunkach określonych w Załączniku nr 2 do Umowy.
14. Z uwzględnieniem postanowień ust. 8 niniejszego paragrafu, w toku wykonywania Umowy zmianie może ulegać liczba Pacjentów, na zasadach określonych w Załączniku nr 4 do Umowy, jak również zmianie podlegać mogą także rodzaje Pakietów dla poszczególnych Pacjentów. Zmiana liczby Pacjentów oraz zmiana rodzaju Pakietu nie wymaga zachowania zasad przewidzianych dla zmiany Umowy.

Rozdział IV. Miejsce realizacji usług

§1

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się do wykonywania Świadczeń we własnych Centrach Medycznych POLMED i w przychodniach Partnerów Medycznych, znajdujących się na

obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. Wykaz placówek Świadczeniodawcy znajduje się na stronie internetowej Świadczeniodawcy www.polmed.pl i tam jest aktualizowany.

2. Świadczeniodawca jest zobowiązany do wykonywania Świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom, określonych we właściwych przepisach, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty, przy wyłączeniu sytuacji, gdy z charakteru Świadczenia wynika konieczność udzielenia go poza takimi pomieszczeniami.
3. Dostęp do Świadczeń będzie koordynowany przez Telefoniczne Centrum Obsługi Pacjenta pod numerami telefonu 801 033 200 lub 58 775 95 99. Szczegółowe zasady umawiania wizyt Pacjentów określa Załącznik nr 4 do Umowy.

Rozdział V. Wyłączenia

§1

1. Wyłączeniu spod Świadczeń objętych każdym Pakietem, chyba że Załącznik nr 2 przewiduje inaczej, podlegają w szczególności:
 - a) wykonanie znieczulenia ogólnego,
 - b) świadczenia, związane z zabiegami aborcji, z diagnozowaniem i leczeniem niepłodności, wszelkich form sztucznego zapłodnienia, prowadzenia diagnostyki i badań związanych z przygotowaniem do technik wspomaganego rozrodu (ART.) i prowadzenia takiej ciąży razem z badaniami, prowadzenia ciąży zagrożonej,
 - c) zabiegi chirurgii plastycznej, operacji kosmetycznych,
 - d) leczenie AIDS i chorób związanych z AIDS,
 - e) leczenie specjalistycznego związanego z chorobami onkologicznymi,
 - f) leczenie urazów i chorób powstałych w związku ze służbą wojskową,
 - g) świadczenia związane z transplantacjami i dializami,
 - h) świadczenia, polegające na zapewnieniu leków i środków medycznych niepowiązanych z usługą medyczną,
 - i) finansowaniem okularów optycznych, oprawek lub soczewek,
 - j) leczenie bezpośrednich skutków używania narkotyków, nadużywania alkoholu, leków i innych środków odurzających, bezpośrednich skutków prób samobójczych,
 - k) wady wrodzone i schorzenia z nimi związane
 - l) świadczenia, które Pacjent uzyskał u osób trzecich, a które nie były wcześniej zlecone przez Świadczeniodawcę, choćby nawet były objęte Pakietem i uzasadnione stanem zdrowia Pacjenta; w takiej sytuacji Pacjent nie będzie uprawniony do domagania się zwrotu kosztów jakie poniósł w związku z wykonaniem świadczenia u osoby trzeciej.
2. Powyższe wyłączenia nie dotyczą sytuacji, gdy obowiązek wykonania świadczenia, które podlega wyłączeniu, nakładają na Świadczeniodawcę bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa.
3. Każdorazowo procedura z katalogu wyłączeń może zostać zrealizowana w ramach posiadanego pakietu odpłatnie z uwzględnieniem 10% rabatu naliczanego od ceny detalicznej Placówki Medycznej realizującej świadczenie.

§2

1. Świadczeniodawca przy wykonywaniu Świadczeń ma prawo korzystać z usług osób trzecich, bez konieczności uzyskania zgody Świadczeniobiorcy lub Pacjenta.
2. Świadczeniodawca zapewni, aby osoby wykonujące Świadczenia na jego rachunek, spełniały wszelkie warunki dla wykonywania świadczeń zdrowotnych, określone w przepisach prawa, w szczególności w odniesieniu do świadczeń medycyny pracy, aby byli to lekarze spełniający dodatkowe wymagania kwalifikacyjne, jakie powinni spełniać lekarze przeprowadzający badania, o których mowa w art. 229 § 1, 2, i 5 Kodeksu pracy, oraz sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną, o której mowa w art. 229 § 6 Kodeksu pracy, a także, aby reprezentowały najwyższy poziom wiedzy medycznej i profesjonalizmu. Świadczeniodawca wymaga od takich osób legitymowania się stosownym ubezpieczeniami, które obejmować będą także wszelkie szkody, które mogą zostać wyrządzone Pacjentom przy wykonywaniu Świadczeń.
3. Osobami, o których mowa w ust. 1 i 2, będą w szczególności inne podmioty wykonujące działalność leczniczą.
4. Osoby, o których mowa wyżej, będą zobowiązane zachować w tajemnicy wszelkie informacje, uzyskane przy wykonywaniu Świadczeń.
5. Świadczeniodawca ma prawo zalecić poddanie się przez Pacjenta konsultacji lub badaniu przez lekarza wskazanej specjalności lub wykonanie innych badań. W razie, gdy Pacjent odmówi poddania się takiej konsultacji lub badaniu, Świadczeniodawca nie będzie ponosił odpowiedzialności za jakiegokolwiek wynikające stąd następstwa.
6. W związku z udzielaniem Świadczeń Świadczeniodawca jest zobowiązany do sporządzenia i prowadzenia dokumentacji medycznej Pacjentów, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz dokumentacji, wymaganej przez przepisy szczególne, dotyczące medycyny pracy. Pacjenci będą zobowiązani udostępnić Świadczeniodawcy wszelką posiadaną dokumentację medyczną niezbędną dla zapewnienia im przez Świadczeniodawcę prawidłowej opieki, jak również umożliwić Świadczeniodawcy dostęp do dokumentacji znajdującej się u innych osób. Świadczeniodawca nie będzie ponosił odpowiedzialności za jakiegokolwiek następstwa, wynikłe z odmowy udostępnienia mu niezbędnej dokumentacji medycznej, znajdującej się w posiadaniu Pacjenta lub osób trzecich.
7. Świadczeniodawca gwarantuje zapewnienie ochrony praw Pacjentów, określonej w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
8. Szczegółowe zasady: przekazania i aktualizacji listy Osób Uprawnionych przez Świadczeniobiorcę, umawiania wizyt Pacjentów w przychodniach Świadczeniodawcy, dostępności procedur, procedury reklamacyjnej, w zakresie nie określonym w OWU określa Załącznik nr 4 do Umowy.

§3

1. Świadczenia są udzielane w pierwszej kolejności w Centrach Medycznych POLMED po dokonaniu rejestracji Pacjenta przez Telefoniczne Centrum Obsługi Pacjenta. Jeżeli wykonanie świadczenia w Centrum Medycznym POLMED jest utrudnione lub niemożliwe (brak terminu określonego Umową, bądź zakresu usług medycznych)

- Telefoniczne Centrum Obsługi Pacjenta dla wykonania świadczenia wskazuje przychodnię Partnera Medycznego.
2. Placówka medyczna wraz z dostawcą opieki medycznej wyznacza lekarzy dedykowanych do obsługi pakietów medycznych.
 3. W przypadku Opcji Ogólnopolskiej (z wyłączeniem Opcji Ogólnopolskiej Ekonomicznej) zastosowanie ma swoboda leczenia (refundacja kosztów świadczeń zdrowotnych) na warunkach określonych w Załączniku nr 4a do Umowy. Załącznik nr 4a określa:
 - a) rodzaj Świadczeń objętych refundacją
 - b) kwoty refundacji
 - c) regulamin refundacjiWniosek o refundację stanowi Załącznik nr 4b do Umowy.
 4. W przypadku Opcji Ogólnopolskiej Ekonomicznej zastosowanie ma opcja dopłat Pacjenta do świadczeń zdrowotnych wymienionych w Załączniku nr 4c do Umowy. Załącznik nr 4c określa:
 - a) rodzaj Świadczeń objętych dopłatami
 - b) kwoty dopłat
 - c) sposób dokonywania dopłat
 5. W wyniku rejestracji Pacjent zostaje umówiony na konsultację lekarską lub na wykonanie innego Świadczenia w najbliższym możliwym terminie. Pacjentowi zostaje wskazany dzień, godzina i miejsce udzielenia Świadczenia.
 6. Na badania diagnostyczne oraz rehabilitację Pacjent musi posiadać Zlecenie medyczne od lekarza z sieci POLMED (Centrów Medycznych POLMED lub Partnerów Medycznych).

Powyższe nie dotyczy zleceń medycznych na badania związane z prowadzeniem ciąży fizjologicznej (niezależnie od tego, jaki lekarz wydał zlecenie medyczne, przysługują wszystkie badania, które mieszczą się w zakresie posiadanego Pakietu);
 7. O ile wymagają tego okoliczności, w szczególności w wypadkach nagłych, Pacjent jest uprawniony uzyskać Świadczenie lekarza internisty, lekarza rodzinnego lub lekarza pediatry w miarę możliwości, tak szybko jak to możliwe.
 8. Warunkiem udzielenia Świadczenia jest posiadanie przez Pacjenta w dniu, w którym Świadczenia ma być udzielone, prawa do Świadczeń na podstawie postanowień Umowy.

Rozdział VI. Opłaty

§1

1. Opieka medyczna, wyrażająca się w prawie uzyskania Świadczeń objętych wybranym Pakietem, jest odpłatna. Opłaty ponosi Świadczeniobiorca jako strona Umowy. O ile Umowa nie stanowi inaczej, opłaty mają charakter zryczałtowany, a ich wysokość zależy od zakresu Świadczeń, objętych uzgodnionym Pakietem (lub Pakietami) oraz od ilości Pacjentów, zgłoszonych przez danego Świadczeniobiorcę. Wysokość miesięcznych opłat określa aktualny cennik Świadczeniodawcy. Cennik aktualny na dzień zawarcia Umowy stanowi Załącznik nr 3 do Umowy. Świadczeniodawca ma prawo do zmian cen zawartych w Cenniku na zasadach opisanych poniżej.
2. Z tytułu wykonywania Świadczeń Świadczeniobiorca zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Świadczeniodawcy miesięcznego wynagrodzenia, stanowiącego iloczyn opłat za

Pakiety i liczby Pacjentów, na których rzecz Świadczeniodawca zobowiązany był wykonywać Świadczenia w danym miesiącu kalendarzowym (objętych aktualną w danym miesiącu listą Osób Uprawnionych) - bez względu na faktyczną ilość lub wartość Świadczeń otrzymanych przez Pacjentów.

3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 2, płatne jest zgodnie z terminem podanym na fakturze wystawionej przez Świadczeniobiorcę na rzecz Świadczeniobiorcy.
4. Kwoty wynagrodzeń nie obejmują należnego podatku od towarów i usług VAT. W razie zmiany przepisów prawa i objęcia Świadczeń podatkiem od towarów i usług VAT, Świadczeniodawca będzie uprawniony taki podatek doliczać do uzgodnionych opłat.
5. Wynagrodzenie z tytułu Świadczeń objętych wybranym Pakietem należnych Świadczeniodawcy może być płatne przez Świadczeniobiorcę w następujących okresach:
 - a) comiesięcznych,
 - b) raz na 6 miesięcy,
 - c) rocznych,na podstawie faktur VAT i w terminach wskazanych w ich treści.
6. Za datę dokonania płatności uznaje się datę obciążenia rachunku bankowego Świadczeniobiorcy.
7. Opłaty wnosi się zgodnie z terminem określonym w fakturze wystawionej przez Świadczeniodawcę. Świadczeniobiorca ma prawo uiścić z góry opłatę za okres dłuższy niż wybrany okres płatności. Nie przewiduje się zwrotu lub obniżenia opłaty za niepełny okres płatności.
8. Świadczeniobiorca wnosi opłaty bez wezwania.
9. Świadczeniodawca będzie uprawniony zmienić wysokość opłat, o których mowa w ust. 1 i 2, w ten sposób, iż najwcześniej po upływie pierwszych sześciu miesięcy trwania umowy, Zleceniobiorca ma prawo doręczyć Zleceniodawcy oświadczenie na piśmie o zmianie wysokości opłat na pozostały okres obowiązywania Umowy i nie wymaga dodatkowego aneksu do umowy dla ważności zmiany opłat. Zmiana wysokości opłat może nastąpić w zakresie proporcjonalnym do okoliczności, które ją spowodowały, w sytuacji, gdy zajdzie jedno z poniższych zdarzeń: zmianie ulegnie wskaźnik inflacji GUS, zmianie ulegnie średnie wynagrodzenie publikowane przez GUS, zmianie ulegną rynkowe koszty realizacji Umowy, będzie miało miejsce nadmierne wykorzystywanie Świadczeń przez Pacjenta lub Pacjentów. W przypadku zastąpienia powyższych wskaźników innymi wskaźnikami określonymi dla państw należących do Unii Europejskiej, o ile zajdzie taka konieczność, powyższe wskaźniki zostaną zastąpione zbliżonymi wskaźnikami unijnej instytucji statystyki publicznej. W przypadkach określonych powyżej, zmiana opłat będzie odpowiednia do zmiany wskaźników lub kosztów realizacji Umowy, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Powyższa formuła może być stosowana przez Zleceniobiorcę po każdym sześciu miesiącach trwania umowy.
10. Świadczeniobiorca w terminie 1 miesiąca od dnia otrzymania wypowiedzenia wysokości opłat, o którym mowa w ust. 9 ma prawo wypowiedzieć na piśmie Umowę, ze skutkiem na dzień, w którym obowiązywać zaczęłyby opłaty według nowej wysokości.
11. Jeżeli Świadczeniobiorca nie wypowie Umowy zgodnie z ust. 10, opłaty w nowej wysokości obowiązują od początku okresu wskazanego w oświadczeniu o zmianie cen

- Świadczeniodawcy, nie wcześniej jednak niż 1 miesiąc przed złożeniem takiego oświadczenia przez Świadczeniodawcę.
12. W przypadku konieczności zmiany opłat wynikających z innego powodu niż wymieniony w ust. 9, wymagać ona będzie negocjacji Świadczeniodawcy i Świadczeniobiorcy.
 13. Wysokość opłat w cenniku Świadczeniodawcy, Świadczeniodawca określa samodzielnie w dowolnym czasie, bez stosowania ograniczeń, o których mowa powyżej. Do tych opłat nie stosuje się postanowień ust. 9-12.
 14. Nieuzasadnione zlecenie wizyty domowej uprawnia Świadczeniodawcę do naliczenia od Pacjenta opłaty w wysokości 50% ceny określonej zgodnie z obowiązującym cennikiem Świadczeniodawcy.
 15. W przypadku, gdy Pacjent umówi termin wykonania Świadczenia przez Telefoniczne Centrum Obsługi Pacjenta lub w inny sposób, następnie nie zgłosi się do wskazanej przychodni w umówionym terminie w celu skorzystania ze Świadczenia oraz nie odwoła umówionego terminu wykonania Świadczenia z co najmniej 4-godzinny wyprzedzeniem, Świadczeniodawca będzie uprawniony do obciążenia Świadczeniobiorcy opłatą w kwocie 60,00 złotych (powiększoną o podatek VAT według obowiązującej stawki) za każdy taki przypadek, stanowiącą zryczałtowane wynagrodzenie za gotowość Świadczeniodawcy do udzielenia Świadczenia i utratę możliwości wykorzystania zarezerwowanego terminu w inny sposób. Świadczeniodawca jest uprawniony obliczyć takie opłaty za każdy miesiąc i przesłać dokument obciążeniowy na zakończenie miesiąca. Jeżeli Świadczeniobiorca przekaze Świadczeniodawcy nieodwołalną zgodę Pacjenta na piśmie na bezpośrednie obciążenie Pacjenta taką opłatą w powyższych okolicznościach, Świadczeniodawca obciąży opłatą Pacjenta zamiast Świadczeniobiorcy.

Rozdział VII. Czas trwania umowy

§1

1. Umowa zostaje zawarta na rok, przez co rozumie się okres pełnych dwunastu miesięcy kalendarzowych następujących po dniu zawarcia Umowy.
2. Mocą niniejszego postanowienia, po upływie każdego roku jej obowiązywania, Umowa ulega przedłużeniu na czas nieokreślony, o ile żadna ze Stron, najpóźniej na 14 dni przed dniem, w którym upływa każdy pełny roczny czas jej obowiązywania, nie złoży oświadczenia o tym, iż nie życzy sobie przedłużenia Umowy. Po takim przedłużeniu Umowa może być wypowiedziana przez każdą ze Stron z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wywiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.

Rozdział VIII. Rozwiązanie umowy

§1

1. Świadczeniodawca będzie uprawniony rozwiązać Umowę ze skutkiem natychmiastowym:
 - a) po stwierdzeniu, że w terminie określonym w Rozdziale VI nie wpłynęła wpłata od Świadczeniobiorcy – po uprzednim bezskutecznym upomnieniu z wyznaczeniem dodatkowego terminu, nie dłuższego niż 7 dni,
 - b) w przypadku, gdy Świadczeniodawca uzyska wiarygodne i uzasadnione informacje o braku zdolności do dalszego wykonywania swoich obowiązków

przez Świadczeniobiorcę.

2. Z chwilą stwierdzenia, że wpłata za Świadczenia należna za danego Pacjenta nie wpłynęła w terminie, Świadczeniodawca – bez rozwiązywania Umowy w trybie ust. 1 lit. a) – może tymczasowo zawiesić prawo tego Pacjenta do korzystania ze Świadczeń, począwszy od pierwszego dnia okresu, którego miała dotyczyć nieuiszczona opłata. Po otrzymaniu należnej opłaty prawo Pacjenta do korzystania ze Świadczeń zostaje wznowione.
3. Strony będą uprawnione rozwiązać Umowę w razie rażącego naruszenia jej postanowień przez jedną ze Stron pomimo wezwania na piśmie do zaniechania naruszeń i usunięcia ich skutków i bezskutecznego upływu wyznaczonego w nim terminu, odpowiedniego stosownie do okoliczności.
4. Umowa rozwiązuje się w stosunku do Pacjenta będącego pracownikiem Świadczeniobiorcy oraz w stosunku do członków rodziny takiego pracownika w dniu, w którym wygasa stosunek pracy pomiędzy tym Pacjentem a Świadczeniobiorcą z jakichkolwiek przyczyn. Świadczeniobiorca niezwłocznie poinformuje Świadczeniodawcę o wygaśnięciu stosunku pracy. Ustępy 2 i 3 niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio.
5. Świadczeniodawca może domagać się od Świadczeniobiorcy podjęcia odpowiednich działań, z wyłączeniem możliwości korzystania ze Świadczeń włącznie, w stosunku do zgłoszonych Osób Uprawnionych stwarzających nieodpowiednim zachowaniem ich lub osób, za które ponoszą odpowiedzialność, zagrożenie dla personelu lub innych pacjentów Świadczeniodawcy, zakłócających funkcjonowanie placówki, w której udzielane są Świadczenia, uszkadzających lub niszczących mienie Świadczeniodawcy lub innych osób, lub w inny sposób działających na szkodę Świadczeniodawcy lub innych osób, którymi Świadczeniodawca posługuje się przy wykonywaniu Umowy lub innych pacjentów. Jeżeli Świadczeniobiorca nie podejmuje takich działań lub działania Świadczeniobiorcy nie przynoszą skutku, Świadczeniodawca jest uprawniony do rozwiązania Umowy w stosunku do takiej Osoby Uprawnionej ze skutkiem natychmiastowym.

Rozdział IX. Postanowienia różne

§1

1. Świadczeniodawca nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności za odmowę wykonania Świadczenia, nie objętego wybranym przez Świadczeniobiorcę Pakietem, oraz jakiegokolwiek tego następstwa.
2. Świadczeniodawca nie jest odpowiedzialny za szkody wynikające z niewykonania lub nienależytego wykonania Umowy, za które przepisy lub Umowa nie czynią go odpowiedzialnym, zaś w szczególności:
 - a) w razie zaistnienia siły wyższej,
 - b) jeżeli szkoda powstała wskutek zawinionego, niedbałego lub lekkomyślnego zachowania Świadczeniobiorcy lub Pacjenta albo działania osoby trzeciej, której Świadczeniodawca nie powierzył wykonania czynności związanych z wykonywaniem Umowy.

3. Świadczeniodawca oświadcza, że przystąpił do ubezpieczenia obejmującego szkody wyrządzone Pacjentom przy wykonywaniu Świadczeń oraz gwarantuje utrzymanie tego ubezpieczenia przez cały okres trwania Umowy.
4. Umowa zawierana przez Świadczeniobiorcę na rzecz Pacjenta, jest umową o świadczenie na rzecz osoby trzeciej, o której mowa w art. 393 Kodeksu cywilnego.
5. Świadczeniobiorca ma prawo kontrolować wykonywanie Umowy. W tym celu Świadczeniobiorca ma prawo żądać od Świadczeniodawcy informacji, o ile nie naruszają one tajemnicy lekarskiej lub tajemnicy przedsiębiorstwa Świadczeniodawcy. Świadczeniobiorca może także żądać, nie częściej niż raz na rok, przygotowania raportu z wykonania Umowy.
6. W zakresie świadczeń medycyny pracy, zgodnie z właściwymi przepisami Świadczeniodawca będzie poświadczając wyniki badań w szczególności poprzez wydanie zaświadczenia orzeczenia według obowiązującego wzoru, oraz będzie wydawał Świadczeniobiorcy orzeczenia lekarskie w dwóch egzemplarzach.
7. W zakresie świadczeń medycyny pracy, zgodnie z właściwymi przepisami w celu umożliwienia prawidłowego wykonania umowy Świadczeniobiorca:
 - a) będzie przekazywał Świadczeniodawcy informacje o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych wraz z aktualnymi wynikami badań i pomiarów tych czynników,
 - b) zapewni udział Świadczeniodawcy w posiedzeniach komisji bhp,
 - c) zapewni Świadczeniodawcy możliwość przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy,
 - d) udostępni Świadczeniodawcy dokumentację wyników kontroli warunków pracy, w części dotyczącej ochrony zdrowia.
8. Poniższe zasady stosowane będą przy wykonywaniu Świadczeń z zakresu medycyny pracy:
 - a) Świadczeniodawca realizuje badania wstępne, okresowe i kontrolne na podstawie skierowania wystawionego przez Świadczeniobiorcę,
 - b) po przeprowadzeniu badań profilaktycznych, o których mowa w punkcie poprzedzającym, oraz ocenie ryzyka zawodowego, Świadczeniodawca wystawia:
 - i. orzeczenie lekarskie o zdolności bądź braku zdolności do pracy,
 - ii. orzeczenie w formie zaświadczenia o konieczności zmiany stanowiska pracy z powodu ciąży, choroby zawodowej lub szkodliwego wpływu narażeń na stan zdrowia,
 - c) oryginał orzeczenia, o którym mowa w punkcie poprzedzającym Świadczeniodawca przekazuje Świadczeniobiorcy za pośrednictwem kierowanego na badania Pracownika. Orzeczenie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z którego jeden otrzymuje Pracownik, a drugi Świadczeniobiorca,
 - d) dokumentacja badania obejmująca tzw. Rejestr Wydanych Zaświadczeń, skierowania na badania profilaktyczne, karty badań profilaktycznych wraz z wynikami badań dodatkowych, przechowywana jest w siedzibie Świadczeniodawcy.

Rozdział X. Postanowienia końcowe

1. Świadczeniobiorca oraz Pacjent są zobowiązani niezwłocznie informować Świadczeniodawcę na piśmie o wszelkich zmianach danych objętych Umową lub koniecznych dla należytego wykonywania Umowy przez Świadczeniodawcę. O ile Świadczeniobiorca lub Pacjent zaniecha tego obowiązku, pismo Świadczeniodawcy wysłane na ostatni znany mu adres Świadczeniobiorcy lub Pacjenta będzie uważane za skutecznie doręczone.
2. Do spraw nieuregulowanych Umową stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, a w zakresie dotyczącym świadczeń medycyny pracy: Kodeksu pracy, ustawy o służbie medycyny pracy oraz właściwych przepisów wykonawczych.
3. Spory wynikłe z wykonywania Umowy strony będą starały się rozwiązywać polubownie. Jeśli to nie będzie możliwe, sądem właściwym do rozpoznania sporu będzie sąd siedziby Świadczeniodawcy.
4. Zmiany lub odstąpienia od Umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem art. 384[1] Kodeksu cywilnego lub chyba że co innego wynika z niniejszych OWU. W razie rozbieżności pomiędzy postanowieniami OWU i Umowy, postanowienia Umowy stosowane będą z pierwszeństwem w stosunku do postanowień OWU.

Zarząd POLMED S.A.

Świadczeniobiorca:

Świadczeniodawca: