

## Umowa przystąpienia do usługi Opieki Medycznej LUX MED nr

Zawarta telefonicznie pomiędzy Multimedica24 Sp. z o.o., ul. Szewska 28/10, 26-600 Radom, KRS: 0000768213, NIP: 5223148179, a Klientem:

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr budynku \_\_\_\_\_

Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_

Kod pocztowy - \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adres e-mail \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji, jeżeli jest różny od adresu zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_ Nr budynku \_\_\_\_\_

Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miasto \_\_\_\_\_

Kod pocztowy - \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_

Główna lokalizacja (miasto) świadczenia usługi \_\_\_\_\_

Wybieram pakiet (zaznacz jedno pole X)	Pakiet (w momencie zawierania umowy osoby objęte opieką muszą być przynajmniej o rok młodsze od maksymalnego wieku określonego poniżej)	Dostępne Placówki	Miesięczna Opłata (brutto)
<input type="checkbox"/>	Indywidualny podstawowy (1 osoba do 65 roku życia)	Medycyna Rodzinna + partnerskie	39 zł
<input type="checkbox"/>	Indywidualny rozszerzony (1 osoba do 65 roku życia)	LUX MED + Medycyna Rodzinna + partnerskie	99 zł
<input type="checkbox"/>	Partnerski (2 osoby do 65 roku życia)	LUX MED + Medycyna Rodzinna + partnerskie	169 zł
<input type="checkbox"/>	Rodzinny (2 osoby dorosłe do 65 roku życia + dzieci do 26 roku życia)	LUX MED + Medycyna Rodzinna + partnerskie	199 zł

Osoby objęte Opieką Medyczną LUX MED (liczba osób w zależności od wybranego pakietu, jako pierwsza osoba podpisująca Umowę):

Imię	Nazwisko	PESEL	Pokrewieństwo
			WŁAŚCICIEL UMOWY
			DZIECKO
			DZIECKO
			DZIECKO
			DZIECKO
			DZIECKO

Imię i nazwisko konsultanta

Nr pełnomocnictwa

Data podpisania umowy



- Tryb, warunki prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sposób jej udostępniania Osobom Uprawnionym (Pacjentom), przedstawicielom ustawowym Osób Uprawnionych (Pacjentów) i osobom trzecim określają właściwe przepisy prawa.
- Sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej i ich wydanie następuje za pokwitowaniem wnioskodawcy, a w przypadkach określonych w przepisach prawa również na koszt wnioskodawcy.
- Dokumentacja związana z wykonaniem Umowy sporządzana jest w języku polskim, poza przypadkami, gdy przepis prawa przewiduje możliwość sporządzenia dokumentacji medycznej w języku łacińskim.
- Złecenioborca nie ma dostępu do dokumentacji medycznej Osoby uprawnionej (Pacjenta).**

## §5. WYŁĄCZENIA

- O ile Umowa, w tym Załączniki nie stanowią inaczej, Opieka Medyczna LUX MED zapewniona na podstawie Umowy nie obejmuje:
  - diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania o ile jest to ciąża wysokiego ryzyka;
  - diagnozowania i leczenia związanego ze zmianą płci;
  - przeprowadzania zabiegów aborcji oraz leczenia ich następstw;
  - prowadzenia ciąży wysokiego ryzyka;
  - diagnozowania i leczenia protetycznego, ortodontycznego, periodontologicznego, implantologicznego;
  - diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetologii, a także leczenia niepożądanych następstw wymienionych w zdaniu poprzednim procedur;
  - diagnozowania i leczenia niezleconego lub niewykonanego w Placówkach własnych i współpracujących przez LUX MED;
  - wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń, wniosków niezwiązanych z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Placówce własnej LUX MED lub Placówce współpracującej (wyłącznie nie dotyczy świadczeń medycyny pracy - o ile jest objęte zakresem Świadczeń zdrowotnych, druków ZUS ZLA);
  - leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytu rehabilitacyjnych, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-liczniczej lub leczniczo-pielęgniaczej, w której Osoba uprawniona (Pacjent) przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
  - leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem w/w zakażeń;
  - będących wynikiem uczestnictwa Osoby Uprawnionej (Pacjenta) w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nielicencjonowanych linii lotniczych;
  - badania diagnostycznych niezbędnych do planowego leczenia szpitalnego, realizowanego w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- O ile Umowa, w tym Załączniki nie stanowią inaczej, Opieka Medyczna LUX MED zapewniona na podstawie Umowy nie obejmuje Świadczeń zdrowotnych, których konieczność udzielenia Osobie Uprawnionej wynika bezpośrednio lub pośrednio z:
  - działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Osoby Uprawnionej (Pacjenta) w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
  - stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce oraz ich następstw, jak również udziału Pacjenta w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, oraz ich następstw
  - transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepiania implantów i urządzeń
  - wyczynowego uprawiania sportów lub uprawiania Sportów wysokiego ryzyka;
  - epidemii, stanów głębszej żywienia lub katastrof naturalnych ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;
  - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
  - prowadzenia pojazdu przez Osobę Uprawnioną (Pacjenta) bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity z dnia 10 stycznia 2012 r. Dz.U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.);
  - usiłowania popelnienia przez Osobę Uprawnioną (Pacjenta) samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia, popelnienia lub usiłowania popelnienia przestępstwa lub wykroczenia;
  - działania umyślnego, samodzielnego diagnozowania, leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia;
  - pozostawiania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, tytoniem, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza;
  - detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
  - uzyskania Świadczeń zdrowotnych za pomocą czynów zakazanych, prób wyłudzenia lub celowego wprowadzenia LUX MED w błąd.

## §6. ODPOWIEDZIALNOŚĆ LUX MED

- LUX MED co do zasady ponosi odpowiedzialność za szkody poniesione przez Osoby Uprawnione (Pacjentów), o ile szkody te pozostają w bezpośrednim związku z wykonywaniem Umowy. Jednakże LUX MED nie ponosi odpowiedzialności za poniesione przez Osoby Uprawnione (Pacjentów) szkody pozostające w bezpośrednim związku z wykonywaniem Umowy, jeżeli do nich dojdzie:
  - na skutek działania siły wyższej lub
  - na skutek niezastosowania się Pacjenta do zaleceń personelu medycznego LUX MED lub
  - w razie nieotrzymania od Osoby Uprawnionej (Pacjenta) lub przedstawiciela ustawowego Osoby Uprawnionej (Pacjenta) informacji potrzebnych do wykonania Świadczenia zdrowotnego, zatajenia takich informacji, a także w przypadku, gdy podane przez Osobę Uprawnioną (Pacjenta), przedstawiciela Osoby Uprawnionej (Pacjenta) lub opiekuna faktycznego informacje okażą się nieprawdziwe;
  - w przypadkach, gdy nie można przypisać winy LUX MED, a w sytuacji określonej w art. 430 Kodeksu cywilnego, nie można przypisać winy osobie, której LUX MED powierzył wykonanie czynności.
- LUX MED posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania Świadczeń zdrowotnych.

## § 7 PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

- Wykonywanie postanowień Umowy polega na udostępnieniu Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) Usług medycznych w Placówkach Medycznych LUX MED w okresie obowiązywania Umowy, zgodnie z wybranym zakresem Umowy i na zasadach określonych w niniejszym OWU, których potrzeba realizacji pojawiła się w okresie trwania Umowy.
- Zakres Świadczeń zdrowotnych zależnie od wybranego pakietu jest opisany w **Załączniku nr 1a, 1b** do OWU.
- Wszystkie Osoby Uprawnione (Pacjenci) w ramach jednej Umowy partnerskiej lub rodzinnej są objęte tym samym zakresem Umowy.
- LUX MED zastrzega sobie prawo do zmiany Placówek Medycznych w trakcie obowiązywania Umowy. Informacje dotyczące adresów placówek medycznych i numerów telefonów znajdują się odpowiednio na stronach internetowych: [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl).

## § 8 ZAWARCIE UMOWY I CZAS JEJ TRWANIA

- Umowa zostaje zawarta na okres 24 miesięcy, licząc od Daty uzyskania uprawnień oraz uiszczenia Opłaty za pierwszy Okres Płatności. Potwierdzeniem zawarcia Umowy jest wysłanie Klientowi Potwierdzenia Zamówienia.
- Umowa jest zawierana na podstawie oferty lub na podstawie wniosku o zawarcie Umowy złożonego poprzez formularz kontaktowy Złecenioborca na stronie internetowej Złecenioborca.
- Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem miesiąca przypadającego po dacie uiszczenia przez Klienta Opłaty za pierwszy Okres Płatności. W przypadku Wniosków zarejestrowanych po 25 dniu danego miesiąca, Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem drugiego w kolejności miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym zostało zarejestrowane poprawnie wypełnione Zamówienie oraz uiszczona została Opłata za pierwszy Okres Płatności.
- Umowa po upływie 24 miesięcy zostanie przedłużona automatycznie na czas nieokreślony, chyba że na co najmniej 30 dni przed datą upływu 24 miesięcy od dnia wejścia w życie Umowy, nastąpi jej wypowiedzenie przez jedną ze stron.
- W przypadku przedłużenia Umowy na czas nieokreślony (po okresie na jaki została zawarta), każda ze stron może ją wypowiedzieć bez wskazania przyczyn, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca. Wypowiedzenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- Złecenioborca może zaproponować zmianę warunków Umowy zawartej na czas nieokreślony w każdym momencie. Klient jest zobowiązany do poinformowania Złecenioborca o swojej decyzji dotyczącej zaakceptowania lub braku wyrażenia zgody na zmiany warunków Umowy. Jeśli Klient akceptuje warunki zawarte w ofercie, wystarczającym sposobem poinformowania Złecenioborca jest uiszczenie Opłaty w wysokości i terminie wskazanym w ofercie. Oświadczenie o braku akceptacji winno być złożone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
- Niepodanie wszystkich niezbędnych do zawarcia Umowy danych i/lub nieuiszczenie Opłaty za pierwszy Okres Płatności skutkuje brakiem zawarcia Umowy.
- Umowę uważa się za zawartą na warunkach przedstawionych w ofercie w momencie wniesienia Opłaty przez Klienta i przesłania Klientowi na jego adres mailowy Potwierdzenia Zamówienia.
- W razie obejmowania Osoby Uprawnionej (Pacjenta) Opieką w trakcie trwania Umowy postanowienia ust. 2-3 stosuje się odpowiednio.

## § 9 ROZWIĄZANIE UMOWY

- Klientowi przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 14 dni od Daty zawarcia Umowy. Wzór oświadczenia stanowi **Załącznik nr 2** do OWU.
- W przypadku odstąpienia, o którym mowa w ust. 1, Klient niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od otrzymania przez Złecenioborcę odstąpienia od Umowy, otrzyma zwrot Opłaty na rachunek bankowy, z którego została dokonana płatność lub inny wskazany przez Klienta w odstąpieniu od Umowy.
- Każda ze Stron może wypowiedzieć Umowę zawartą na czas określony z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Jeżeli wypowiedzenie nastąpiło bez ważnego powodu, Strona wypowiadająca zobowiązana jest uiścić opłatę jednorazową na rzecz drugiej Strony w wysokości 25% Opłat za każdy miesiąc pozostały do końca 24-miesięcznego okresu obowiązywania Umowy. Wypowiedzenie powinno zostać dokonane na piśmie, pod rygorem nieważności.
- Umowa wygasa:
  - w ostatnim dniu okresu na jaki została zawarta Umowa, a w przypadku Umowy zawartej na czas nieokreślony w chwili, gdy Klient nie zaakceptuje warunków kolejnej Umowy zgodnie z § 8 ust. 6,
  - w przypadku śmierci Klienta, w następnym dniu roboczym, po otrzymaniu przez Złecenioborcę informacji o śmierci Klienta,
  - w odniesieniu do konkretnej Osoby Uprawnionej:
    - z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku, gdy Osoba Uprawniona (Pacjent) przekroczyła limit wieku dla określonego pakietu uprawniającego do objęcia Opieką Medyczną LUX MED. Klient zostanie wówczas poinformowany o możliwości zmiany pakietu dla osoby Uprawnionej (Pacjenta) lub rezygnacji z Umowy.
    - w przypadku śmierci Osoby Uprawnionej (Pacjenta), w następnym dniu roboczym, po otrzymaniu Informacji o śmierci Osoby Uprawnionej (Pacjenta) przez Klienta.
- Każda ze Stron może wypowiedzieć Umowę zawartą na czas nieokreślony z zachowaniem trzy miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wzór wypowiedzenia stanowi **Załącznik nr 2**.
- W przypadku wypowiedzenia umowy przez Złecenioborcę w skutek zażegania przez Klienta z płatnościami każda z Osób Uprawnionych (Pacjenci) nie może być wpisana ponownie na listę LUX MED w ciągu kolejnych 12 miesięcy.

## § 10 ZMIANY UMOWY

- Na wniosek Klienta Złecenioborca w każdym miesiącu może dokonać zmiany pakietu Opieki Medycznej LUX MED na wyższy. Zmiana na pakiet niższy może nastąpić po Rocznicy Umowy i nie może być dokonana częściej niż raz na 12 miesięcy.
- Zmiana, o której mowa w ust. 1 wchodzi w życie z kolejnym pełnym miesiącem, jeżeli zgłoszenie zmiany nastąpiło do 25 dnia miesiąca bieżącego.
- W przypadku Wniosków zarejestrowanych po 25 dniu danego miesiąca, Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem drugiego w kolejności miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym zostało zarejestrowane poprawnie wypełniony Wniosek o zawarcie Umowy - Zamówienie oraz uiszczona została Opłata za pierwszy Okres Płatności.
- Na pisemne zlecenie Klienta Złecenioborca może dokonać aktywności nowego pakietu Opieki Medycznej w dowolnym momencie. W takim przypadku Klient przyjmuje do wiadomości i akceptuje, że:
  - Opieka Medyczna będzie aktywna w terminie do 3 dni roboczych od daty otrzymania przez Złecenioborcę zlecenia Klienta,
  - Opłata jest pobierana za cały pierwszy miesiąc niezależnie od faktycznej liczby dni aktywności pakietu,
  - Złecenioborca potwierdza mailowo przyjęcie realizacji lub ew. odrzucenie wniosku Klienta.
- Zmiany, o których mowa w ust. 1 – 4 niniejszego paragrafu mogą być procesowane wy-

łącznie po przesłaniu z adresu Klienta pisemnego zlecenia zawierającego wymagane dane oraz stosowne oświadczenie Klienta na adres:

ul. Szewska 28/10,  
26-600 Radom.

### § 11 OPŁATA I INNE NALEŻNOŚCI

- Oплата uiszczana jest z góry w momencie złożenia wniosku o zawarcie Umowy lub po zaakceptowaniu oferty.
- Opłatę uważa się za uiszczoną w dniu uznania na rachunku bankowym Zleceniobiorcy pełnej wymaganej Opłaty.
- Dokumenty Finansowe będą wysyłane w formie elektronicznej na wskazany przez Klienta adres email. W przypadku odmowy podania adresu email przez Klienta, Dokumenty Finansowe zostaną wysłane na adres korespondencyjny Klienta w formie papierowej.
- Zleceniobiorca udostępni Klientowi następujące sposoby płatności z tytułu Umowy:
  - Płatności elektroniczne za pośrednictwem platformy imoje. Usługa imoje świadczona jest przez ING Bank Śląski S.A. Opłata za pierwszy okres rozliczeniowy
  - Płatności elektroniczne za pośrednictwem platformy imoje. Usługa imoje świadczona jest przez ING Bank Śląski S.A. Opłata za kolejne okresy rozliczeniowe
  - Przelew na rachunek bankowy Zleceniobiorcy – Opłata za kolejne okresy rozliczeniowe:  
ING Bank Śląski S.A., nr konta jest podawany po zakupie oraz w harmonogramie płatności, w tytule: imię i nazwisko, nr Umowy.
- Zleceniobiorca naliczać będzie Opłaty za Usługi z góry za kolejne Okresy rozliczeniowe korzystania z Usługi. Opłata jest wymagana do 25 dnia miesiąca.
- W przypadku opóźnienia w uiszczeniu Opłaty w całości lub w części, Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo naliczania odsetek ustawowych za opóźnienie.
- W przypadku zalegania przez Klienta do 25 dnia miesiąca z uiszczeniem Opłaty za kolejny okres – usługi podlegają zawieszeniu od 1 dnia kolejnego miesiąca. Aktywacja usługi następuje po zaksięgowaniu Opłaty i po przekazaniu przez Zleceniobiorcę stosownej informacji do LUX MED. Aktywacja następuje nie wcześniej niż z dniem otrzymania informacji przez LUX MED od Zleceniobiorcy.
- W przypadku zalegania przez Klienta z uiszczeniem Opłaty w kolejnym miesiącu do dnia 25 dnia miesiąca Zleceniobiorca jest uprawniony do wypowiedzenia Umowy w trybie natychmiastowym. W takim przypadku Klient, niezależnie od obowiązku uregulowania zaległych należności, zobowiązany jest do uiszczenia opłaty jednorazowej w wysokości 25% pozostałych do końca Umowy Opłat.
- W razie zalegania Klienta z należnościami na rzecz Zleceniobiorcy, Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo do przekazania informacji o zaległościach do podmiotów współpracujących ze Zleceniobiorcą w zakresie dochodzenia należności.
- W przypadku gdy zawarcie Umowy związane było z przyznaniem Klientowi przez Zleceniobiorcę Rabatów przy naliczaniu wysokości Opłaty, Zleceniobiorca jest uprawniony do żądania zwrotu wartości finansowej wynikającej z wielkości udzielonych Rabatów do opłaty, jeśli Zleceniobiorca wypowiedział Umowę przed upływem okresu, na który została zawarta Umowa z uwagi na zaleganie Klienta z uiszczeniem Opłat.

### § 12 OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

- Podanie danych osobowych wymienionych w formularzu umownym jest dobrowolne, jednak bez podania i wypełnienia pól wymaganych, Umowa nie zostanie zawarta.
- Zleceniobiorca jest administratorem danych osobowych zawartych w Umowie. W celu realizacji Umowy dane osobowe są udostępniane LUX MED oraz operatorowi pocztowemu w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe lub podmiotowi trudniącemu się wykonywaniem umów przewozu.
- Osoba Uprawniona ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na zasadach określonych w RODO.
- Strony zobowiązują się do aktualizowania w formie pisemnej pod rygorem nieważności, wszelkich danych zawartych w Umowie mających wpływ na jej realizację, w szczególności Klient zobowiązany jest poinformować pisemnie Zleceniobiorcę o zmianie adresu korespondencyjnego.
- W związku z udzielaniem Świadczeń Zdrowotnych przysługujących Osobie Uprawnionej zgodnie z Umową, LUX MED prowadzi dokumentację medyczną Osoby Uprawnionej.
- Tryb, warunki prowadzenia dokumentacji medycznej przez LUX MED oraz sposób jej udostępniania osobom trzecim określają właściwe przepisy obowiązującego prawa.
- Sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej i realizowane jest przez LUX MED. Zleceniobiorca nie ma dostępu do dokumentacji medycznej Klient oświadcza, że udziela zgody LUX MED na przetwarzanie danych osobowych swoich oraz każdej z Osób Uprawnionych na warunkach i w celach wynikających z realizacji Umowy w szczególności w celu udzielania Osobom Uprawnionym Świadczeń zdrowotnych oraz dokonywania rozliczeń z tego tytułu zgodnie z Umową.

### § 13 POSTĘPOWANIE W SPRAWACH SKARG I ZAŻALEŃ

- Reklamacje w zakresie realizacji usług medycznych należy kierować bezpośrednio do LUX MED. Reklamacje można zgłosić w dowolnej formie, w tym na formularzu reklamacyjnym, który można znaleźć na stronach www oraz w każdej Placówce LUX MED. Zgłoszenie reklamacji można kierując ją na adres: obsluga.klienta@luxmed.pl oraz telefonicznie – operatorowi Infolinii lub pisemnie na adres: **Dział Zarządzania Reklamacjami - Departament Obsługi Klienta, LUX MED Sp. z o.o., ul. Szewska 28/10, 26-600 Radom** lub jak powyżej zaznaczono anonimowo lub na formularzu ankiety ocen po wizycie.
- Każda reklamacja powinna zawierać następujące informacje: dane osoby, której reklamacja dotyczy (Imię i Nazwisko, data urodzenia, nr PESEL, adres pocztowy lub elektroniczny, na jaki LUX MED ma udzielić odpowiedzi), opis przedmiotu reklamacji i okoliczności jej złożenia (data, miejsce) oraz treść uwag przekazanych przez składającego skargę, dane osoby składającej reklamację, jeśli nie jest nią osoba, której reklamacja dotyczy.
- Odpowiedź na reklamację nie dotyczącą spraw medycznych udzielana jest w terminie do 5 dni roboczych od dnia przyjęcia reklamacji, odpowiedź na reklamacje medyczne – w terminie do 15 dni roboczych od dnia przyjęcia skargi. W przypadkach, gdy wyjaśnianie reklamacji lub podjęcie decyzji nie jest możliwe w takim terminie - udzielana jest odpowiedź zawierająca informacje o wdrożeniu wyjaśnień, dotychczasowych ustaleniach, jeśli takie są oraz o przewidywanym trybie rozpatrzenia.
- Uwagi dotyczące niniejszej Umowy proszę kierować do Zleceniobiorcy pisemnie na adres korespondencyjny: Multimedica24 sp. z o.o., ul. Szewska 28/10, 26-600 Radom lub mailowo na adres bok@multipakiety.pl.
- Proces reklamacyjny nie zwalnia Klienta z obowiązku terminowego uiszczenia Opłat.

### § 14 OBOWIĄZKI OSÓB UPRAWNIONYCH (PACJENTÓW)

- Osoba Uprawniona (Pacjent) jest zobowiązana do:
  - ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich wydawanych przez Lekarzy;
  - przestrzegania zasad organizacji pracy w Placówkach medycznych w części dotyczącej pacjentów;
  - przestrzegania terminów wykonania Świadczeń zdrowotnych uzgodnionych z LUX MED;
  - przybycia w uzgodnionym terminie do Placówki medycznej lub poinformowania LUX

MED o rezygnacji ze Świadczenia zdrowotnego w Placówkach własnych i Placówkach współpracujących niezwłocznie, nie później niż 6 godzin przed ustalonym terminem jego wykonania;

- W przypadku gdy Osoba Uprawniona nie skorzysta z wcześniej umówionego Świadczenia zdrowotnego oraz nie odwoła tego Świadczenia zdrowotnego na co najmniej 6 godzin przed jego ustaloną godziną i będzie to trzeci taki przypadek w okresie ostatnich 30 dni ww. Osoba Uprawniona utraci na okres 30 dni biegnących od godziny umówionego Świadczenia zdrowotnego, możliwość umawiania Świadczenia zdrowotnego tego samego rodzaju jak ww. nieodwołane. Powyższe nie ma wpływu na możliwość umawiania jakichkolwiek Świadczeń zdrowotnych opłacanych bezpośrednio przez Osobę Uprawnioną, zgodnie z aktualnym cennikiem Placówki własnej lub Placówki współpracującej;
- powstrzymanie się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie świadczenia przez LUX MED.

### § 15 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Wszelkie świadczenia zdrowotne udzielane przez LUX MED podlegają przepisom prawa polskiego.
- Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Zleceniobiorcy powinny być składane drogą elektroniczną na adres bok@multipakiety.pl, na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym na adres: Multimedica24 sp. z o.o., ul. Szewska 28/10, 26-600 Radom.
- Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane będą do Klienta na piśmie w pierwszej kolejności drogą elektroniczną na adres wskazany przez Klienta.
- Jeżeli Klient zmienił adres e-mail i nie zawiadomił o tym Zleceniobiorcy, przyjmuje się, że Zleceniobiorca dopełni swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany Zleceniobiorcy adres e-mail Klienta.
- Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian OWU, cen oraz Zakresu Świadczeń w każdym czasie. Informacje dot. zmian zostaną przekazane Klientowi zgodnie z wybraną drogą komunikacji – mail – nie później niż na 30 dni przed wejściem zmian w życie. W przypadku brak akceptacji zmian Klient będzie miał możliwość wypowiedzenia Umowy ze skutkiem na dzień ich wejścia w życie. Wypowiedzenie musi zostać złożone najpóźniej na dzień przed wejściem zmian w życie na wskazany przez Zleceniobiorcę adres Multimedica24 sp. z o.o., ul. Szewska 28/10, 26-600 Radom.
- W sprawach nieuregulowanych Ogólnymi Warunkami Świadczenia Usług stosuje się przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

### § 16 LISTA ZAŁĄCZNIKÓW BĘDĄCYCH INTEGRALNĄ CZĘŚCIĄ OWU

- Lista Załączników będących integralną częścią Ogólnych Warunków Świadczenia Usług:  
**Załącznik nr 1a,1b** – Zakres Świadczeń przysługujący Osobom Uprawnionym (Pacjentom)  
**Załącznik nr 2** – Formularz odstąpienia od Umowy  
**Załącznik nr 3** – Standardy dostępności  
Niniejsze OWU obowiązują od dnia 17 czerwca 2019 roku i ma zastosowanie do umów zawartych od tej daty.

## WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE URUCHOMIENIA I KORZYSTANIA Z USŁUGI

- Świadczenie Usługi rozpoczyna się z początkiem kolejnego miesiąca następującego po miesiącu, w którym została uiszczona opłata za pierwszy miesiąc, jeżeli została zaksięgowana na koncie Multimédica24 Sp. z o.o. do 25 dnia miesiąca. W przypadku zaksięgowania wpłaty po 25 dniu miesiąca, świadczenie Usługi rozpoczyna się 1 dnia miesiąca po upływie kolejnego pełnego miesiąca kalendarzowego.
- Po uruchomieniu pakietu zostaniecie Państwo poinformowani poprzez wiadomość SMS.
- W ciągu następnych dwóch tygodni po uruchomieniu Usługi zostanie do Państwa wysłany Harmonogram Płatności na kolejne miesiące.
- W celu rezerwacji wizyty, prosimy o kontakt z Infolinią LUX MED pod numerem **22 33 22 888** lub za pośrednictwem portalu pacjenta pod adresem **www.luxmed.pl**.
- W celu umówienia wizyty w placówkach partnerskich należy kontaktować się osobiście lub telefonicznie z wybraną placówką.
- Zachęcamy do regularnego odwiedzania strony **www.multipakiety.pl**, na której można znaleźć aktualną listę placówek.
- W razie pytań dotyczących zakresu świadczeń, zawartej umowy, terminu uruchomienia lub płatności prosimy o kontakt z dedykowanym numerem Infolinii: **22 129 14 90** w godz. 8:00-18:00 lub na adres e-mail: bok@multipakiety.pl.

### Oświadczenia dobrowolne:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w Umowie przez Multimédica24 Sp. z o.o. z siedzibą w Radomiu oraz podmiotów współpracujących z Multimédica24 Sp. z o.o., zarówno w okresie obowiązywania Umowy, jak i po jej wygaśnięciu w celu niezbędnym do wykonania przez Multimédica24 Sp. z o.o. Umowy zgodnie z RODO.

Wyrażam zgodę na aktywację usługi udostępnienia faktur lub innych dokumentów związanych z wykonywaniem Umowy w formie elektronicznej, w tym przesyłania ich na wskazany w Umowie adres poczty elektronicznej. Jednocześnie jestem świadom, że wyrażenie powyższej zgody oznacza brak otrzymywania faktur lub innych dokumentów w formie papierowej. Odbiorcy przysługuje prawo do odwołania niniejszej zgody w dowolnym momencie obowiązywania Umowy, co będzie się wiązało z przesyłaniem faktur lub innych dokumentów wyłącznie w formie papierowej na adres korespondencyjny wskazany w Umowie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu przesyłania informacji handlowych przez Multimédica24 Sp. z o.o. z siedzibą w Radomiu lub podmioty przetwarzające w imieniu Multimédica24 Sp. z o.o. z siedzibą w Radomiu dane osobowe, na podany przeze mnie adres poczty elektronicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U./2002/144/poz.1204), zarówno w okresie obowiązywania Umowy jak i po jej wygaśnięciu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu przesyłania informacji handlowych, przez Multimédica24 Sp. z o.o. z siedzibą w Radomiu lub podmioty przetwarzające w imieniu Multimédica24 Sp. z o.o. z siedzibą w Radomiu dane osobowe, przy użyciu urządzeń telekomunikacyjnych, w tym także z wykorzystaniem automatycznych systemów wywołujących, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku Prawo telekomunikacyjne Dz.U./2004/171/poz.1800), zarówno w okresie obowiązywania Umowy jak i po jej wygaśnięciu.