

## UMOWA NR ...

zawarta dnia ... w Warszawie pomiędzy:

**LUX MED Sp. z o.o.** z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000265353, NIP 5272523080, REGON 140723603, kapitał zakładowy 676 123 500,00 PLN, zwaną dalej „**LUX MED**”.

**a**

**Panią/Panem** \_\_ \_\_ zamieszkałą/łym w \_\_ (...), przy ul. ... / ..., data urodzenia: \_\_, PESEL \_\_, e-mail: ... Telefon: ... zwaną/nym dalej „**Zleceniodawcą**”, która/y wskazuje następującą osobę uprawnioną, zwaną dalej „**Osobą Uprawnioną**”, do korzystania ze świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy.

### Dane Osoby Uprawnionej:

Imię i nazwisko:           \_\_ \_\_  
Miejsce zamieszkania:   \_\_ \_\_  
Data urodzenia:           \_\_ \_\_  
Pesel:                       \_\_ \_\_  
Telefon:                    \_\_ \_\_

### § 1

#### Przedmiot Umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy („Umowa”) jest gotowość do udzielania i udzielanie przez LUX MED świadczeń zdrowotnych na rzecz Osoby Uprawnionej, zgodnie z zasadami i warunkami opisanymi w:
  - a) Zakresie Świadczeń zdrowotnych dla wnioskowanego Pakietu medycznego, stanowiącego załącznik nr 1 do Umowy; oraz
  - b) Warunkach Udzielania Świadczeń Zdrowotnych, stanowiących załącznik nr 2 do Umowy.
2. Dodatkowo, w związku z zawarciem Umowy, LUX MED zgłasza Osobę Uprawnioną do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna dla Klientów LUX MED zgodnie z §10 Umowy.

### § 2

#### Rozpoczęcie udzielania Świadczeń zdrowotnych

1. Rozpoczęcie wykonywania Świadczeń zdrowotnych nastąpi z dniem ... o ile zostaną spełnione następujące warunki:
  - a. Zleceniodawca wpłaci całość lub odpowiednią część Opłaty Ryczałtowej – w zależności od wybranego okresu rozliczeniowego, zgodnie z §4 ust. 2 albo ust. 3 Umowy, **oraz**
  - b. Zleceniodawca złoży oświadczenie zawierające wyraźne żądanie rozpoczęcia realizacji Świadczeń zdrowotnych przed upływem terminu na odstąpienie - jeśli opieka medyczna miałaby zostać uruchomiona w trakcie 14-dniowego terminu na odstąpienie od Umowy, o którym mowa w §6 Umowy.
2. W przypadku braku spełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1 pkt. a) powyżej, uprawnienia do korzystania ze Świadczeń zdrowotnych zostaną aktywowane w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od dnia zapłaty całości lub odpowiedniej części Opłaty Ryczałtowej zgodnie z Umową. W przypadku braku spełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1 pkt. b) powyżej, uprawnienia do korzystania ze Świadczeń zdrowotnych zostaną aktywowane z dniem następującym po upływie 14-dniowego terminu na odstąpienie od Umowy.
3. Jeżeli termin rozpoczęcia wykonywania Świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony zgodnie z ust. 2 powyżej, wpłynie to na harmonogram płatności w drugim roku i kolejnych latach obowiązywania Umowy (o ile Umowa zostanie przedłużona na czas nieokreślony zgodnie z §3 ust. 2). Harmonogram wnoszenia całości lub kolejnych części Opłaty Ryczałtowej, określony w §4 ust. 2 albo ust. 3, ulegnie wówczas zmianie i zostanie ustalony w oparciu o datę, o której mowa w ust. 2 powyżej.

### § 3

#### Czas trwania Umowy

1. Umowa zostaje zawarta **na okres 12 miesięcy**, licząc od dnia określonego w §2 ust. 1 albo ust. 2.

2. Po upływie okresu wskazanego w ust. 1 powyżej, Umowa **zostanie przedłużona na czas nieokreślony**, o ile Zleceniodawca zapłaci Opłatę Ryczałtową za okres rozliczeniowy następujący po upływie ww. okresu, zwaloryzowaną zgodnie z §5 Umowy. Zapłata powinna nastąpić zgodnie z okresem rozliczeniowym wybranym podczas zawarcia Umowy.
3. Zapłata powinna nastąpić najpóźniej w terminie 30 dni od dnia upływu okresu wskazanego w ust. 1 powyżej. Brak zapłaty w tym terminie skutkuje rozwiązaniem Umowy z ostatnim dniem okresu wskazanego w ust. 1 powyżej. Dokonanie zapłaty w tym terminie oznacza, że Umowa, z dniem następującym po okresie wskazanym w ust. 1 powyżej, ulega przekształceniu w umowę zawartą na czas nieokreślony.
4. Jeżeli całość lub odpowiednia część pierwszej Opłaty Ryczałtowej nie zostanie zapłacona w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy, Umowa automatycznie wygasa, a wraz z nią oferta złożona Zleceniodawcy.

#### **§ 4**

##### **Płatności**

1. Strony uzgadniają, że roczna opłata ryczałtowa („Opłata Ryczałtowa”) za gotowość do wykonywania oraz za wykonywanie Świadczeń zdrowotnych zgodnie z Umową oraz załącznikami nr 1 i 2 wynosi:
2. W przypadku wyboru przez Zleceniodawcę rocznego okresu rozliczeniowego, Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty na rzecz LUX MED całości Opłaty Ryczałtowej z góry do dnia wskazanego w § 2 ust. 1 Umowy, a następnie w przypadku przedłużenia Umowy, zgodnie z treścią § 3 ust. 2, do terminowej zapłaty z góry całości kolejnych Opłat Ryczałtowych do dnia przypadającego w rocznicę terminu określonego odpowiednio w § 2 ust. 1 albo ust. 2.
3. W przypadku wyboru przez Zleceniodawcę wariantu płatności w miesięcznych, kwartalnych albo półrocznych okresach rozliczeniowych, Zleceniodawca zobowiązuje się wnieść pierwszą płatność przed dniem wskazanym w § 2 ust. 1, a następnie do terminowej zapłaty kolejnych części Opłaty Ryczałtowej, w zależności od wybranego okresu rozliczeniowego, w następujących terminach:
  - a) w przypadku miesięcznego okresu rozliczeniowego - drugą i kolejne płatności w okresach jednomiesięcznych, do dnia miesiąca odpowiadającego datą dniowi określonemu odpowiednio w § 2 ust. 1 albo ust. 2;
  - b) w przypadku kwartalnego okresu rozliczeniowego - drugą i kolejne płatności co 3 miesiące, do dnia miesiąca odpowiadającego datą dniowi określonemu odpowiednio w § 2 ust. 1 albo ust. 2;
  - c) w przypadku półrocznego okresu rozliczeniowego - drugą i kolejne płatności co 6 miesięcy, do dnia miesiąca odpowiadającego datą dniowi określonemu odpowiednio w § 2 ust. 1 albo ust. 2.
4. W trakcie trwania Umowy Zleceniodawca nie ma możliwości zmiany wybranego okresu rozliczeniowego.
5. Zleceniodawca będzie uiszczać całość bądź kolejne części Opłaty Ryczałtowej w jeden z następujących sposobów:
  - a) przelewem bankowym na dedykowany, indywidualnie przypisany Zleceniodawcy numer rachunku bankowego prowadzonego dla LUX MED Sp. z o.o. ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, o numerze: ..., podając w tytule przelewu następujące dane: ... ; albo
  - b) przy wykorzystaniu płatności elektronicznych lub płatności kartą płatniczą za pośrednictwem upoważnionego serwisu obsługującego płatności, z którym w danym czasie będzie współpracować LUX MED. Do płatności wykorzystany będzie indywidualny link do dedykowanej strony serwisu. Zleceniodawca otrzyma link w treści wiadomości e-mail przesłanej przez LUX MED po zawarciu Umowy, a także każdorazowo przed zbliżającym się terminem kolejnej płatności. Zleceniodawca przyjmuje do wiadomości, że warunkiem dokonania płatności przy wykorzystaniu płatności elektronicznych lub płatności kartą płatniczą w opisany powyżej sposób, będzie zaakceptowanie przez Zleceniodawcę zasad płatności upoważnionego serwisu, które będą dostępne dla Zleceniodawcy za pośrednictwem strony do płatności, do której Zleceniodawca zostanie odesłany przy pomocy linku zawartego w treści przesłanej wiadomości e-mail.
6. W celu umożliwienia Zleceniodawcy płatności za pośrednictwem dostawcy usług płatności on-line, dane osobowe Zleceniodawcy niezbędne do zrealizowania płatności mogą zostać udostępnione przez LUX MED dostawcy lub Zleceniodawca zostanie zobowiązany do ich uzupełnienia.
7. Za dzień zapłaty całości lub kolejnej części Opłaty Ryczałtowej Strony przyjmują dzień wpłynięcia na rachunek bankowy LUX MED lub rachunek bankowy upoważnionego serwisu płatności elektronicznych lub płatności kartą płatniczą (w zależności od wyboru formy płatności) kwoty odpowiadającej całości lub wysokości całej kolejnej części Opłaty Ryczałtowej.
8. Jeśli termin płatności całości lub kolejnej części Opłaty Ryczałtowej wypada w sobotę, niedzielę, bądź inny dzień ustawowo wolny od pracy, termin zapłaty całości lub kolejnej części Opłaty Ryczałtowej upływa w ostatnim dniu roboczym poprzedzającym termin płatności całości lub kolejnej części Opłaty Ryczałtowej.

9. Jeżeli Zleceniodawca nie wniesie w terminie wskazanym w ust. 2 lub 3 całości Opłaty Ryczałtowej lub w odpowiedniej wysokości części Opłaty Ryczałtowej, (w zależności od wybranego okresu rozliczeniowego), LUX MED, poczynawszy od pierwszego dnia następującego po terminie zapłaty, ma prawo do powstrzymania się z wykonywaniem wszystkich Świadczeń zdrowotnych na rzecz Osoby Uprawnionej, aż do dnia zapłaty przez Zleceniodawcę w całości zaległej Opłaty Ryczałtowej lub odpowiedniej części Opłaty Ryczałtowej.
10. Okres zawieszenia świadczenia usług, o którym mowa w ust. 9 powyżej, nie wpływa na obowiązek Zleceniodawcy do zapłaty Opłaty Ryczałtowej, ani nie wpływa na okres obowiązywania Umowy.
11. LUX MED może naliczyć Zleceniodawcy odsetki ustawowe za opóźnienie w płatności jakiegokolwiek części Opłaty Ryczałtowej.
12. Niektóre konsultacje specjalistyczne oraz badania realizowane w ramach Umowy mogą być dodatkowo płatne, w zależności od wybranego wariantu Pakietu opieki medycznej. Dopłata każdorazowo jest uiszczana przed realizacją świadczenia w recepcji placówki, w której ma zostać wykonane świadczenie. Wysokość dopłat oraz zakres świadczeń objętych dopłatami zostały szczegółowo opisane w załączniku nr 1 do Umowy.
13. Zleceniodawca ponosi koszty korzystania ze środka porozumiewania się na odległość, wykorzystanego w celu zawarcia Umowy (np. koszty połączenia z Internetem, koszty połączenia telefonicznego), według taryf stosowanych przez operatorów obsługujących te połączenia.

## **§ 5**

### **Waloryzacja**

1. Opłata Ryczałtowa będzie waloryzowana raz w roku, w rocznicę terminu określonego odpowiednio w § 2 ust. 1 albo ust. 2. Pierwsza waloryzacja nastąpi z dniem następującym po upływie 12-miesięcznego okresu wskazanego w § 3 ust. 1 Umowy.
2. Zmiana wysokości Opłaty Ryczałtowej w wyniku waloryzacji nie stanowi zmiany Umowy. LUX MED na 45 dni przed dniem rocznicy terminu określonego odpowiednio w § 2 ust. 1 albo ust. 2 prześle Zleceniodawcy zawiadomienie o nowej wysokości Opłaty Ryczałtowej. Zawiadomienie zostanie przesłane w formie pisemnej na adres lub na adres e-mail Zleceniodawcy, o ile został wskazany w Umowie.
3. Waloryzacja Opłaty Ryczałtowej jest przeprowadzana w oparciu o najnowszy, dostępny na dzień przesłania zawiadomienia, Średnioroczny Wskaźnik Cen Towarów i Usług Konsumpcyjnych Ogółem ogłaszany w „Monitorze Polskim” przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (dalej "Wskaźnik Waloryzacji"). Stawki wynagrodzenia ustalone w wyniku waloryzacji zostaną zaokrąglone matematycznie w górę lub w dół do dziesiątek groszy.
4. W przypadku Umowy zawartej na czas nieokreślony, gdy Zleceniodawca nie zgadza się na wskazaną waloryzację, jest on uprawniony do wypowiedzenia Umowy ze skutkiem na dzień poprzedzający rocznicę terminu określonego odpowiednio w § 2 ust. 1 albo ust. 2. Może to zrobić w terminie 10 dni od dnia gdy zawiadomienie o waloryzacji Opłaty Ryczałtowej doszło do niego w taki sposób, że mógł zapoznać się z jego treścią (forma pisemna) lub gdy wprowadzono je do środka komunikacji elektronicznej w taki sposób, żeby Zleceniodawca mógł zapoznać się z jego treścią (forma elektroniczna).

## **§ 6**

### **Odstąpienie od Umowy**

1. W ciągu 14 dni od dnia zawarcia Umowy, Zleceniodawca może od niej odstąpić bez podania przyczyny, składając oświadczenie (np. zgodnie ze wzorem wskazanym w załączniku nr 4 do Umowy) i przesyłając je mailowo na adres: [sprzedaz\\_ind@luxmed.pl](mailto:sprzedaz_ind@luxmed.pl) lub pisemnie na adres wskazany w nagłówku Umowy. Do zachowania ww. terminu wystarczające jest wysłanie oświadczenia przed jego upływem.
2. W przypadku odstąpienia od Umowy, Umowę uważa się za niezawartą.
3. Jeżeli Zleceniodawca złoży oświadczenie o żądaniu rozpoczęcia realizacji Świadczeń zdrowotnych przed upływem terminu na odstąpienie, a następnie odstąpi od Umowy, Zleceniodawca zobowiązany będzie do zapłaty LUX MED uzasadnionych kosztów. Uzasadnione koszty to wynagrodzenie za Świadczenia zdrowotne zrealizowane do dnia odstąpienia od Umowy, zgodnie z aktualnym cennikiem LUX MED dla placówki realizującej dane Świadczenie zdrowotne, z rabatem w wysokości 5% (słownie: pięć procent). Obowiązek zapłaty powstaje z dniem wykonania Świadczenia zdrowotnego.

## **§ 7**

### **Wypowiedzenie Umowy**

1. W przypadku przedłużenia Umowy na czas nieokreślony i w związku z koniecznością zapewnienia Osobie Uprawnionej opieki medycznej podczas okresu wypowiedzenia, każda ze stron może ją wypowiedzieć z zachowaniem miesięcznego terminu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Ważne przyczyny uprawniające LUX MED do wypowiedzenia Umowy to:

- a) opóźnienie Zleceniodawcy w zapłacie całości lub jakiegokolwiek części Opłaty Ryczałtowej wobec terminów wskazanych w § 4 ust. 2 lub ust. 3 Umowy;
  - b) naruszenie przez Osobę Uprawnioną lub Zleceniodawcę zasad współżycia społecznego lub regulaminu organizacyjnego placówki, w której udzielane są Świadczenia zdrowotne, lub utrudnianie w sposób uporczywy lub rażący pracy lub funkcjonowania tej placówki lub jej personelu;
  - c) brak odwoływania przez Osobę Uprawnioną zarezerwowanych wizyt zgodnie z zasadami wskazanymi w załączniku nr 2 do Umowy i niepojawianie się na wizytach;
  - d) wycofanie z oferty LUX MED Pakietu medycznego, o którym mowa w załączniku nr 1 do Umowy, z powodu niezależnej od LUX MED utraty możliwości udzielania Świadczeń zdrowotnych objętych tym Pakietem.
2. W przypadku gdy Osoba Uprawniona osiągnie wiek 70 lat LUX MED może wypowiedzieć Umowę w trybie natychmiastowym, tj. bez okresu wypowiedzenia. Jeżeli osiągnięcie ww. wieku nastąpi gdy Umowa jest zawarta na czas określony, LUX MED nabywa powyższe uprawnienie z chwilą przekształcenia Umowy w umowę na czas nieokreślony.
  3. W przypadku śmierci Osoby Uprawnionej, Umowa wygasa z chwilą jej śmierci. W przypadku śmierci Zleceniodawcy, który nie jest jednocześnie Osobą Uprawnioną, LUX MED uprawniony jest do wypowiedzenia Umowy z zachowaniem miesięcznego terminu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
  4. Jeżeli Umowa zawarta jest na czas nieokreślony i Zleceniodawca nie wyraża zgody na zaproponowaną przez LUX MED zmianę Umowy, w tym zmianę wysokości Opłaty Ryczałtowej inną niż wynikającą z waloryzacji, o której mowa w §5 Umowy, LUX MED uprawniony jest do wypowiedzenia Umowy z zachowaniem miesięcznego terminu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
  5. Wypowiedzenie Umowy przez LUX MED następuje w formie pisemnej na adres Zleceniodawcy lub na adres e-mail Zleceniodawcy, o ile został wskazany w Umowie.
  6. W przypadku gdy Umowa zostanie przedłużona na czas nieokreślony (zgodnie z §3 ust. 2) i nastąpi jej wypowiedzenie, LUX MED zwróci Zleceniodawcy nadpłaconą Opłatę Ryczałtową.

## **§ 8**

### **Reklamacje**

1. Reklamacja to każde zastrzeżenie zgłaszane przez Osobę Uprawnioną, Zleceniodawcę lub w ich imieniu przez uprawnioną osobę trzecią, dotyczące konkretnego, dającego się zidentyfikować etapu realizacji usługi lub elementu procesu obsługi. Reklamacjami nie są negatywne opinie lub komentarze przekazywane przez Osobę Uprawnioną/Zleceniodawcę w ankietach satysfakcji, zgłoszenia dotyczące naruszenia postanowień Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO), jak i żądania oraz Skargi medyczne – te rozpatrywane są w osobnym trybie.
2. Skarga medyczna to wystąpienie Osoby Uprawnionej zawierające zarzut naruszenia obowiązującego katalogu Praw Pacjenta lub przepisów prawa regulujących zasady udzielania świadczeń zdrowotnych np. zarzut błędnej diagnozy, błędnej interpretacji wyników badań, zaniechanie działania, wyboru niewłaściwej metody leczenia lub nieprzestrzegania aktualnych procedur medycznych. Prawa Pacjenta to zbiór praw i uprawnień przysługujących pacjentom, określonych w szczególności w Konstytucji RP, ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Reklamacje i Skargi medyczne można zgłaszać w szczególności na piśmie pocztą tradycyjną (na adres: Dział Zarządzania Reklamacjami - LUX MED Sp. z o.o. ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa), pocztą elektroniczną na adres [opinie@luxmed.pl](mailto:opinie@luxmed.pl), telefonicznie na infolinii LUX MED (22) 33 22 888, a także z wykorzystaniem dedykowanego formularza dostępnego na stronie <https://www.luxmed.pl/formularz-opinii>
4. Każda Reklamacja i Skarga medyczna, która wpłynie do LUX MED, zostaje zarejestrowana w systemie zgłoszeń LUX MED.
5. Dla prawidłowego i szybkiego przebiegu spraw każda Reklamacja i Skarga medyczna powinna zawierać następujące informacje:
  - dane osoby, której Reklamacja/Skarga medyczna dotyczy (imię i nazwisko, numer PESEL lub data urodzenia, imię i nazwisko Zleceniodawcy),
  - opis przedmiotu Reklamacji/Skargi medycznej i okoliczności jej złożenia (data, miejsce, osoba) oraz treść uwag przekazanych przez składającego Reklamację/Skargę medyczną, w przypadku spraw dotyczących infolinii również nr telefonu, z którego wykonano połączenie,
  - dane osoby składającej Reklamację/Skargę medyczną, jeśli nie jest nią osoba, której Reklamacja/Skarga medyczna dotyczy,
  - dane kontaktowe (adres mail, adres korespondencyjny, nr telefonu).

6. Jeśli osoba składająca Reklamację lub Skargę medyczną nie jest uprawniona do uzyskania informacji, jakie zawarte być powinny w wyjaśnieniach (informacje mają charakter poufny), osoba składająca Reklamację lub Skargę medyczną otrzymuje odpowiedź opisującą tryb postępowania wraz z zapewnieniem podjęcia kontaktu w sprawie z osobą uprawnioną.
7. Każda Reklamacja jest rozpatrywana niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 14 dni kalendarzowych licząc od momentu, gdy LUX MED uzyskał możliwość zapoznania się z jej treścią. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. Każda Skarga medyczna jest rozpatrywana niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 21 dni kalendarzowych licząc od momentu, gdy LUX MED uzyskał możliwość zapoznania się z jej treścią. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
9. Zleceniodawca ma możliwość skorzystania z pozasądowego sposobu rozpatrywania reklamacji i dochodzenia roszczeń konsumenckich przed Stałym Polubownym Sądem Konsumenckim przy Wojewódzkim Inspektorze Inspekcji Handlowej w Warszawie. Informacje o sposobie dostępu do ww. trybu i procedur rozstrzygnięcia sporów znajdują się pod następującym adresem: <http://www.uokik.gov.pl>, w zakładce „Rozstrzygnięcie sporów konsumenckich”.
10. Zgodnie z rozporządzeniem UE nr 524/2013 w sprawie internetowego systemu rozstrzygnięcia sporów konsumenckich, konsumenci mają prawo do rozstrzygnięcia sporów z przedsiębiorcami zawierającymi internetowe umowy sprzedaży lub umowy o świadczenie usług, w sposób pozasądowy za pośrednictwem prowadzonego w tym celu systemu internetowego. Skargę można złożyć na formularzu dostępnym pod adresem: <https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/index.cfm?event=main.home2.show&lng=PL>

## **§ 9**

### **Dane osobowe**

1. LUX MED przetwarza dane osobowe Zleceniodawcy w celu zawarcia i realizacji Umowy, zgodnie z postanowieniami Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (dalej jako: „RODO”). Dane osobowe Zleceniodawcy przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania Umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem Umowy), art. 6 ust. 1 lit. a (zgody osoby trzeciej do zawarcia umowy na jej rzecz) oraz art. 6 ust. 2 lit. f RODO (przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora – prawnie uzasadnionym interesem LUX MED jest zapewnienie bieżącego kontaktu w sprawach związanych z realizacją Umowy). Dane osobowe będą przetwarzane przez czas trwania Umowy, a następnie przez okres przedawnienia roszczeń wynikający z powszechnie obowiązujących przepisów. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez LUX MED, Zleceniodawca może się skontaktować z Inspektorem ochrony danych LUX MED dostępnym pod adresem: [daneosobowe@luxmed.pl](mailto:daneosobowe@luxmed.pl). Pełna treść klauzuli informacyjnej LUX MED wraz z pouczeniem o przysługujących Zleceniodawcy prawach, w tym możliwości złożenia skargi do organu nadzorczego, dostępna jest na stronie internetowej pod adresem [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl) w zakładce Dane Osobowe, w punkcie Przetwarzanie danych osobowych w związku z prowadzoną współpracą biznesową.
2. Zleceniodawca zobowiązuje się przekazać Osobie Uprawnionej, którą wskazał w Umowie, że klauzula obowiązku informacyjnego dla osób zgłoszonych do Świadczeń zdrowotnych LUX MED dostępna jest na stronie internetowej w zakładce Dane Osobowe pod adresem: <https://www.luxmed.pl/o-nas/dane-osobowe> w punkcie Przetwarzanie danych osobowych pacjentów LUX MED.
3. W przypadku, gdy Zleceniodawca zawiera Umowę na rzecz osoby trzeciej oświadcza, że posiada zgodę tej osoby na zawarcie Umowy na jej rzecz.

## **§10**

### **Ochrona ubezpieczeniowa**

1. Objęcie Osoby Uprawnionej ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna dla Klientów LUX MED następuje na czas trwania Umowy, przy czym nie dłużej niż do dnia skończenia przez Osobę Uprawnioną 70 roku życia.
2. Objęcie ochroną następuje na warunkach określonych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna dla Klientów LUX MED Sp. z o.o. (SWU) stanowiących załącznik nr 3 do Umowy, poprzez zgłoszenie Osoby Uprawnionej przez LUX MED (jako ubezpieczającego) do Ubezpieczyciela tj. LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie Szwecja (pełne dane zawarte są w załączniku nr 3 do Umowy).
3. Składkę za Osobę Uprawnioną zgłoszoną do umowy ubezpieczenia finansuje z własnych środków LUX MED na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna dla Klientów LUX MED.

4. Zleceniodawca (o ile nie jest jednocześnie Osobą Uprawnioną) zobowiązany jest (na własny koszt) do:
  - a) doręczenia Osobie Uprawnionej dokumentów i informacji przekazywanych przez LUX MED, które mają wpływ na jej prawa wynikające z umowy ubezpieczenia (w szczególności załącznika nr 3 do Umowy) oraz dokumentów wymaganych do realizacji świadczenia ubezpieczeniowego, w tym wzoru wniosku o realizację świadczenia, oraz
  - b) na podstawie informacji przekazanych przez LUX MED informowania Osoby Uprawnionej o danych kontaktowych, pod którymi można uzyskać informacje na temat ubezpieczenia.

## **§11**

### **Postanowienia końcowe**

1. W sprawach nieuregulowanych Umową zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.
2. LUX MED oświadcza, że posiada kodeks dobrych praktyk, o którym mowa w art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, z którym można zapoznać się pod adresem: <https://www.luxmed.pl/o-nas>.
3. LUX MED ponosi odpowiedzialność za zgodność Świadczeń zdrowotnych z Umową na zasadach określonych w przepisach prawa polskiego, w szczególności ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.
4. Kontakt z LUX MED w szczególności kierowanie wszelki zawiadomień i oświadczeń, możliwy jest:
  - a) na piśmie za pokwitowaniem lub przesłanie listem poleconym na adres wskazany w nagłówku Umowy, lub
  - b) w sprawach związanych z zakupem lub rezygnacją z pakietu medycznego (m.in.: odstąpienie, rozwiązanie, kontynuacja, zawarcie nowej umowy) - telefonicznie pod numerem 22 339 37 33 lub drogą elektroniczną na adres [sprzedaz\\_ind@luxmed.pl](mailto:sprzedaz_ind@luxmed.pl), lub
  - c) w sprawach związanych z realizacją pakietu medycznego (m.in.: kwestie płatności, zmiana danych) - telefonicznie pod numerem 22 450 40 40 lub drogą elektroniczną na adres [obsługa\\_ind@luxmed.pl](mailto:obsługa_ind@luxmed.pl)
5. Zleceniodawca upoważnia LUX MED do przesyłania wszelkich oświadczeń i powiadomień, w tym dotyczących kwestii obsługowych takich jak przypomnienia o wizytach, przypomnienia o płatnościach itp. za pośrednictwem wiadomości email na adres poczty e-mail wskazany przez Zleceniodawcę w nagłówku Umowy lub za pośrednictwem: krótkiej wiadomości tekstowej (SMS) na numer telefonu także wskazany w nagłówku Umowy.
6. W przypadku braku podania adresu e-mail, pisemne zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Zleceniodawcy lub Osoby Uprawnionej będą przesłane listem zwykłym lub poleconym, na adres Zleceniodawcy lub Osoby Uprawnionej wskazany w Umowie. Jeżeli Zleceniodawca lub Osoba Uprawniona zmieniła adres wskazany jako korespondencyjny i nie zawiadomiła o tym LUX MED, przyjmuje się, że LUX MED dopełnił swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany LUX MED adres korespondencyjny Zleceniodawcy lub Osoby Uprawnionej.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Zakres Świadczeń zdrowotnych

Załącznik nr 2 – Warunki Udzielania Świadczeń Zdrowotnych

Załącznik nr 3 - Szczególne Warunki Ubezpieczenia Szpitalnego LUX MED Opieka Ortopedyczna dla Klientów LUX MED Sp. z o.o. (SWU)

Załącznik nr 4 – Wzór oświadczenia o odstąpieniu od umowy