



OGÓLNE WARUNKI ŚWIADCZENIA USŁUG

Kod: PZU/01/25

Data wejścia w życie: 15.07.2025 r.

OGÓLNE WARUNKI ŚWIADCZENIA USŁUG

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Świadczenia Usług (zwanych dalej OWŚU) **PBG Services Sp. z o.o.** właściciel portalu www.medipakiet.pl z siedzibą w Warszawie, ul. Młynarska 42, (01-205) Warszawa, Spółka wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego po numerem KRS 0000669105, Kapitał zakładowy 5.000 zł, NIP: 5272800852, mail kontakt@medipakiet.pl tel. + 48 782 502 502 (zwana dalej **PBGS**) zawiera umowy (zwane dalej Umową) z osobami fizycznymi (zwanymi dalej **Klientami**) na podstawie, których działając jako zastępca pośredni będzie nabywał na rzecz tych osób fizycznych pakiety (grupy) usług ambulatoryjnej opieki medycznej oferowanej i realizowanej przez operatora medycznego firmę **PZU Zdrowie**.
2. Umowa może być zawarta na warunkach określonych w Umowie, na rzecz osoby trzeciej, będącej osobą fizyczną, pod warunkiem, że Klient jest do tego uprawniony w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów.
3. W przypadku zawarcia Umowy na rzecz osoby trzeciej, obowiązek uiszczenia Opłaty spoczywa na Kliencie.
4. Potwierdzeniem zawarcia Umowy jest Potwierdzenie Zamówienia / Umowa, przesłane przez PBGS - na adres e-mail Klienta podany we Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówieniu.
5. W sprawach nieuregulowanych w OWŚU mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązujące na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2 DEFINICJE POJĘĆ

Określenia użyte w niniejszych OWŚU oraz innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy oraz dokumentach związanych z zawarciem i wykonaniem Umowy oznaczają:

Choroba – nieprawidłowy, według ogólnie uznanej wiedzy medycznej, stan fizyczny lub psychiczny organizmu.

Ciąża o przebiegu fizjologicznym – ciąża o przebiegu prawidłowym, niewymagająca podczas swojego przebiegu objęcia opieką perinatalną w ośrodku referencyjnym, hospitalizacji będącej w bezpośrednim związku z ciążą, w szczególności na oddziale patologii ciąży z przyczyn leżących po stronie zarówno matki jak i płodu.

Ciąża wysokiego ryzyka – ciąża charakteryzująca się zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu, związanym z występowaniem czynników ryzyka statystycznie zwiększających częstość powikłań ciąży i porodu, które mogą mieć związek ze schorzeniami występującymi przed ciążą, schorzeniami występującymi w trakcie ciąży, nałogami, przeszłością położniczą i ginekologiczną, schorzeniami występującymi w rodzinie.

Data uzyskania uprawnień – data wskazana w Umowie, od której rozpoczyna się świadczenie usług medycznych. Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem kolejnego miesiąca przypadającego po:

- a) zarejestrowaniu przez PBGS poprawnie wypełnionego Zamówienia oraz
- b) uiszczeniu przez Klienta Opłaty za pierwszy Okres Płatności pod warunkiem, że zostały zrealizowane najpóźniej do 25 dnia danego miesiąca.

W przypadku Wniosków zarejestrowanych od 26 dnia 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.

Data zawarcia Umowy – data przesłania na adres e-mail Klienta podany we Wniosku o zawarcie Umowy Potwierdzenia Zamówienia zawierającego informację o udostępnieniu w Koncie Klienta dokumentu Umowy (w formacie pdf).

Klient – osoba fizyczna zawierająca Umowę i zobowiązana do uiszczania Opłat zgodnie z terminami i na warunkach określonych w Umowie.

Konto Klienta – zbiór zasobów (danych) w systemie teleinformatycznym PBGS oznaczony indywidualną nazwą (adres e-mail podany w Zamówieniu) i hasłem podanym przez Klienta, pozwalający na korzystanie przez Klienta z dodatkowych funkcjonalności i usług Sklepu internetowego.

Lekarz – osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa w tym w szczególności Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

www.medipakiet.pl – sklep internetowy oferujący pakiety opieki medycznej oraz ubezpieczenia, którego właścicielem jest PBG Services Sp. z o.o.

Opłata – kwota należna PBGS od Klienta z tytułu zawartej Umowy.

Opieka Medyczna PZU Zdrowie – prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez Osoby uprawnione (Pacjentów) świadczonych przez PZU Zdrowie w zakresie ustalonym w pakiecie medycznym wybranym przez Klienta we Wniosku o zawarcie Umowy – Zamówieniu, potwierdzonym Umową.

Osoba Uprawniona (Pacjent) – osoba, która w dniu zawarcia Umowy **ukończyła 15 lat i nie ukończyła 66. roku życia**, wskazana przez Klienta we Wniosku o zawarcie Umowy – Zamówieniu, na rzecz której mają być udzielane Świadczenia zdrowotne.

Pakiet Indywidualny – pakiet, w ramach którego opieką medyczną objęta jest wyłącznie jedna Osoba Uprawniona (Pacjent) w wieku od 15 do 67 lat.

Placówka medyczna – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą, uprawniona do udzielania Świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych lub szpitalnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

Placówki Medyczne PZU Zdrowie – ambulatoryjne Placówki medyczne wykonujące działalność leczniczą, dostępne na stronie <https://zdrowie.pzu.pl/> pod numerem infolinii PZU Zdrowie (801 405 905 lub 799 698 698 *opłata zgodna z taryfą operatora*) oraz w serwisie i aplikacji mojePZU.

- a) **Placówki Własne** – ogólnodostępne ambulatoryjne Placówki medyczne należące do sieci PZU Zdrowie,
- b) **Placówki Współpracujące** – podmioty wykonujące działalność leczniczą współpracujące z PZU Zdrowie.

Potwierdzenie Zamówienia – mail przesłany do Klienta po zarejestrowaniu przez PBGS poprawnie wypełnionego Wniosku o zawarcie Umowy – Zamówienia oraz uiszczeniu przez Klienta Opłaty za pierwszy Okres Płatności.

PZU Zdrowie – PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, (00–843) Warszawa, Spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000395215, NIP 5272663852, o kapitale zakładowym w wysokości: 56.104.550,00 zł opłaconym w całości - podmiot udzielający Osobom Uprawnionym (Pacjentom) na mocy Umowy z PBGS świadczeń zdrowotnych na warunkach określonych w niniejszych OWŚU.

Rabat

- a) wskazana w Umowie (Zakres świadczeń), określona w odniesieniu do Świadczenia zdrowotnego zniżka procentowa lub kwotowa od aktualnej ceny Świadczenia zdrowotnego we własnej Placówce medycznej PZU Zdrowie,
- b) udzielona Klientowi przez PBGS zniżka przy naliczaniu wysokości Opłaty w trakcie zawierania Umowy.

Rocznica Umowy – pierwszy dzień miesiąca odpowiadający dacie wejścia w życie Umowy, w którym rozpoczyna się kolejne 12 miesięcy jej obowiązywania. W przypadku, gdy Umowa weszła w życie w innym terminie niż pierwszy dzień miesiąca, jest to pierwszy dzień miesiąca odpowiadający miesiącowi wejścia w życie Umowy, w którym rozpoczyna się kolejne 12 miesięcy jej obowiązywania.

Serwis mojePZU – internetowy serwis dostępny dla Osób Uprawnionych (Pacjentów) za pośrednictwem strony moje.pzu.pl lub aplikacji mobilnej mojePZU umożliwiający korzystanie z funkcjonalności dedykowanych do obsługi Świadczeń zdrowotnych.

Siła wyższa – zdarzenie nagle, zewnętrzne, niezależne od PBGS, PZU Zdrowie oraz Klienta, niemożliwe do przewidzenia, któremu nie można zapobiec ani przeciwdziałać jego skutkom, nawet przy dochowaniu najwyższej zawodowej staranności, takie jak w szczególności: ogłoszenie stanu zagrożenia epidemiologicznego, epidemii, pandemii, stanu wyjątkowego czy stanu klęski żywiołowej.

Standardy dostępności – czas w jakim PZU Zdrowie zobowiązuje się do zapewnienia wizyty/badania. Czas oczekiwania na realizację konsultacji lekarza rodzinnego i internisty jest **nie dłuższy niż 2 dni robocze** (przez „dzień roboczy” należy rozumieć dzień, który nie jest sobotą, niedzielą lub dniem ustawowo wolnym od pracy) od dnia zgłoszenia takiej chęci. Czas oczekiwania na realizację konsultacji specjalistycznych jest **nie dłuższy niż 5 dni roboczych** od dnia zgłoszenia takiej chęci.

Świadczenie zdrowotne – konsultacja lekarza lub konsultacje w zakresie psychologii, dietetyki, logopedii, fizjoterapii realizowane przez PZU Zdrowie, lub zlecone przez lekarza PZU Zdrowie badanie lub zabieg: pielęgniarstwa, diagnostyczny lub leczniczy, uzasadnione Chorobą lub niezbędną z medycznego punktu widzenia potrzebą jej zapobiegania bądź nieszczęśliwym wypadkiem oraz Świadczenia zdrowotne związane z prowadzeniem Ciąży o przebiegu fizjologicznym, określone i realizowane przez PZU Zdrowie zgodnie z Zakresem świadczeń.

Umowa – dokument potwierdzający zawarcie Umowy zawierający: strony Umowy, dane osobowe Klienta oraz Osób Uprawnionych (Pacjentów), Datę uzyskania uprawnień, okres na jaki została zawarta Umowa, Zakres Świadczeń wskazany we Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówieniu, wysokość Opłaty – udostępniony w Koncie Klienta.

Wniosek o zawarcie Umowy - Zamówienie – oferta zawarcia Umowy kierowana przez Klienta do PBGS za pośrednictwem sklepu www.medipakiet.pl. Oferta ważna jest maksymalnie przez 7 dni, ale nie dłużej niż do daty aktywacji wskazanej we Wniosku.

Zakres Świadczeń – zakres Świadczeń zdrowotnych wskazany z nazwy w Umowie i stanowiący do niej **Załącznik nr 1**, przysługujących Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) wraz z warunkami ich wykonania zawartymi w Umowie oraz w niniejszym OWŚU.

W zależności od kontekstu, terminy wyrażone w liczbie pojedynczej mogą mieć znaczenie liczby mnogiej lub odwrotnie.

§ 3 ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OSOBOM UPRAWNIONYM

1. Świadczenia zdrowotne proponowane w ramach Umowy są oferowane i realizowane przez operatora medycznego firmę PZU Zdrowie i dostępne są wyłącznie w Placówkach własnych oraz w Placówkach współpracujących PZU Zdrowie w godzinach ich funkcjonowania.
2. Warunkiem udzielenia Świadczenia zdrowotnego w ramach Umowy jest uprzednie uzgodnienie terminu jego wykonania w placówkach PZU Zdrowie w sposób ustalony przez PZU Zdrowie i wskazany w ust. 3 poniżej.
3. **Termin wykonania Świadczenia zdrowotnego można zarezerwować za pośrednictwem:**
 - a) serwisu mojePZU, po uprzednim założeniu konta,
 - b) aplikacji mobilnej mojePZU, po uprzednim założeniu konta,
 - c) całodobowej infolinii PZU Zdrowie pod numerem: 801 405 905, 22 505 15 48 lub 799 698 698.

Konto w serwisie mojePZU mogą założyć osoby pełnoletnie, po uprzednim przekazaniu do PZU Zdrowie adresu email oraz numeru telefonu. Dane te są niezbędne do obsługi procesu rejestracji konta. **W przypadku Pacjentów niepełnoletnich** – umówienie na wizytę będzie możliwe poprzez konto osoby wskazanej jako przedstawiciel ustawowy, w zakładce „Dziecko”.

4. Badania diagnostyczne realizowane są zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza w placówkach wskazanych przez PZU Zdrowie.
5. Korzystanie ze Świadczeń zdrowotnych odbywa się po okazaniu przez Osobę Uprawnioną (Pacjenta) dokumentu potwierdzającego jej tożsamość oraz po zarejestrowaniu Osoby Uprawnionej (Pacjenta) w systemie informatycznym Placówki medycznej PZU Zdrowie.
6. Osoba Uprawniona (Pacjent) powinna stawić się na wizytę z co najmniej 10-minutowym wyprzedzeniem przed wyznaczoną godziną wykonania Świadczenia zdrowotnego.
7. W przypadku stawienia się Osoby Uprawnionej (Pacjenta) z 10-minutowym lub większym opóźnieniem, PZU Zdrowie może odmówić wykonania Świadczenia zdrowotnego.
8. **Jeśli Osoba Uprawniona (Pacjent) nie będzie mogła stawić się na umówioną wizytę lekarską lub badania powinna ją odwołać lub zmienić termin realizacji Świadczenia zdrowotnego, najpóźniej 24 godziny przed terminem jej realizacji.** Można to zrobić na kilka sposobów:
 - a) w serwisie lub aplikacji mojePZU – należy wejść w umówioną wizytę i ją odwołać,
 - b) SMS-em – należy wysłać SMS zwrotny w odpowiedzi na wiadomość z informacją o terminie wizyty,
 - c) u konsultanta infolinii – należy zadzwonić pod numer 799 698 698 i wybrać tonowo „1”, a następnie „2”,
 - d) w placówce PZU Zdrowie, w której była umówiona wizyta – u pracownika recepcji.

Odwolywanie wizyty jest szybkie i proste. Jeśli Osoba Uprawniona odwoła wizytę z odpowiednim wyprzedzeniem, PZU Zdrowie może zaoferować zwolniony termin innemu pacjentowi.

9. Jeżeli Osoba Uprawniona (Pacjent) nie ukończyła 18 roku życia, na udzielenie Świadczeń zdrowotnych wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy Osoba Uprawniona (Pacjent) nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego.
10. Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską. W przypadku Osoby Uprawnionej (Pacjenta), która nie ukończyła 18 roku życia, rodzice są zobowiązani towarzyszyć takiej Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) w trakcie wykonywania Świadczeń zdrowotnych.
11. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia konsultacji lekarskiej lub badania diagnostycznego bez ingerencji w integralność fizyczną Osoby Uprawnionej (Pacjenta), która nie ukończyła 18 roku życia, zgodę na przeprowadzenie

takiego Świadczenia zdrowotnego może wyrazić także opiekun faktyczny tej Osoby Uprawnionej (Pacjenta). Uprzednio opiekun faktyczny jest zobowiązany do przedstawienia pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego Osoby Uprawnionej (Pacjenta), która nie ukończyła 18 roku życia, na wykonanie takiego Świadczenia zdrowotnego oraz zgody tego przedstawiciela ustawowego na przekazanie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia Osoby Uprawnionej (Pacjenta), która nie ukończyła 18 roku życia rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

12. Zarówno przedstawiciel ustawowy Osoby Uprawnionej (Pacjenta), która nie ukończyła 18 lat, jak i opiekun faktyczny takiej Osoby Uprawnionej (Pacjenta), obecni podczas udzielania jej Świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do przedstawienia PZU Zdrowie dokumentu tożsamości potwierdzającego ich tożsamość.
13. PZU Zdrowie uprawnione jest do powierzania wykonywania Świadczeń zdrowotnych objętych Umową, w szczególności badań diagnostycznych i konsultacji lekarskich, innym podmiotom wykonującym działalność leczniczą uprawnionym do wykonywania tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów. PZU Zdrowie dołoży należytej staranności przy wyborze wspomnianych podmiotów.
14. PZU Zdrowie lub Podmiot współpracujący ma prawo odmówić udzielenia Świadczenia, jeżeli (Osoba Uprawniona) Pacjent, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, nie wymaga wykonania żadanego Świadczenia lub jego wykonanie mogłoby spowodować zagrożenie dla jej zdrowia lub życia.
15. Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących: lokalizacji placówki, terminu konsultacji lub lekarza. W przypadku realizacji preferencji Pacjenta, nie obowiązują Standardy dostępności.

§ 4 DOKUMENTACJA MEDYCZNA

1. W związku z udzielaniem Świadczeń zdrowotnych przez PZU Zdrowie, to ten podmiot prowadzi dokumentację medyczną Osoby Uprawnionej (Pacjenta).
2. Tryb, warunki prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sposób jej udostępniania Osobom Uprawnionym (Pacjentom), przedstawicielom ustawowym Osób Uprawnionych (Pacjentów) i osobom trzecim określają właściwe przepisy prawa.
3. 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.
4. Dokumentacja związana z wykonaniem Umowy sporządzana jest w języku polskim, poza przypadkami, gdy przepis prawa przewiduje możliwość sporządzenia dokumentacji medycznej w języku łacińskim.
5. **PBGs nie ma dostępu do dokumentacji medycznej Osoby Uprawnionej (Pacjenta).**

§ 5 WYŁĄCZENIA

1. O ile Umowa, w tym załączniki nie stanowią inaczej, Opieka Medyczna świadczona przez PZU Zdrowie zapewniona na podstawie Umowy nie obejmuje realizacji Świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z diagnozowaniem i leczeniem:
 - a) następstw używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - b) następstw używania alkoholu,
 - c) ciąży wysokiego ryzyka,
 - d) niepłodności zgodnie z rozpoznaniem w dokumentacji medycznej wg ICD-10 N.97 Niepłodność kobieca lub N.46 Niepłodność męska.
2. Udzielanie Świadczeń nie obejmuje kosztów zakupu przez PZU Zdrowie lub Podmioty Współpracujące produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, w tym w szczególności: protez, implantów, soczewek, okularów, szkieł kontaktowych, urządzeń korygujących, rozruszników lub stymulatorów.

§ 6 ODPOWIEDZIALNOŚĆ PZU ZDROWIE ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

1. PZU Zdrowie co do zasady ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe w wyniku nie wykonywania lub nienależytego wykonywania świadczeń zdrowotnych poniesione przez Osoby Uprawnione (Pacjentów), o ile szkody te pozostają w bezpośrednim związku z wykonywaniem Umowy. Jednakże PZU Zdrowie nie ponosi odpowiedzialności za poniesione przez Osoby Uprawnione (Pacjentów) szkody pozostające w bezpośrednim związku z wykonywaniem Umowy, jeżeli dojdzie do nich:
 - a) na skutek działania siły wyższej,
 - b) na skutek niezastosowania się Pacjenta do zaleceń personelu medycznego PZU Zdrowie,
 - c) 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,
- d) w przypadkach, gdy nie można przypisać winy PZU Zdrowie, a w sytuacji określonej w art. 430 Kodeksu cywilnego, nie można przypisać winy osobie, której PZU Zdrowie powierzył wykonanie czynności.
2. PZU Zdrowie posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania Świadczeń zdrowotnych.

§ 7 PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest wykonywanie jej postanowień polegające na udostępnieniu Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) przez PZU Zdrowie Świadczeń zdrowotnych w Placówkach Medycznych PZU Zdrowie w okresie obowiązywania Umowy, zgodnie z wybranym Zakresem świadczeń, Umową oraz na zasadach określonych w OWŚU, których potrzeba realizacji pojawiła się w okresie trwania Umowy – Opieka medyczna PZU Zdrowie.
2. Zakres Świadczeń zdrowotnych zależnie od pakietu wybranego i wskazanego w Umowie z nazwy jest szczegółowo opisany w **Załączniku nr 1 do Umowy**.

§ 8 ZAWARCIE UMOWY I CZAS JEJ TRWANIA

1. **Umowa zostaje zawarta na okres 12 miesięcy**, licząc od Daty uzyskania uprawnień, zgodnie z oświadczeniem Klienta wyrażonym we Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówieniu. Potwierdzeniem zawarcia umowy jest wysłanie Klientowi na adres poczty elektronicznej Potwierdzenia Zamówienia/ umowa.
2. **Umowa po upływie 12 miesięcy zostanie przedłużona automatycznie na czas nieokreślony** chyba, że Klient lub PBGS na co najmniej 30 dni przed dniem pierwszej Rocznic Umowy złoży oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy lub o gotowości przedłużenia Umowy na zmienionych warunkach. PBGS poinformuje Klienta mailowo i/lub za pomocą wiadomości SMS o automatycznym przedłużeniu Umowy. Klient chcąc złożyć oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy terminowej może skorzystać ze wzoru **Formularz B** (załącznik do OWŚU) wysyłając go na adres poczty elektronicznej kontakt@medipakiet.pl.
3. Umowa jest zawierana na podstawie oferty jej zawarcia złożonej przez Klienta i jej przyjęcia przez PBGS. Klient składa ofertę na Wniosku PBGS.
4. Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem miesiąca przypadającego po dacie zarejestrowania przez Klienta poprawnie wypełnionego Wniosku o zawarcie umowy - Zamówienia oraz uiszczeniu przez Klienta Opłaty za pierwszy Okres Płatności. W przypadku Wniosków zarejestrowanych od 26 dnia 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.
5. Składając Wniosek o zawarcie Umowy - Zamówienie, Klient wnosi Opłatę na poczet uruchomienia Umowy.
6. Dostarczenie PBGS niekompletnie wypełnionego Wniosku o zawarcie Umowy Zamówienia lub niewpłacenie w wymaganym terminie kwoty na poczet Opłaty uniemożliwia zawarcie Umowy i skutkuje anulowaniem Wniosku.
7. Umowę uważa się za zawartą (na warunkach określonych we Wniosku o zawarcie Umowy Zamówieniu) w momencie wniesienia Opłaty przez Klienta czego potwierdzeniem jest przesłanie Klientowi na jego adres mailowy podany we Wniosku Potwierdzenia Zamówienia / Umowa.
8. PBGS zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia następnej Umowy w ciągu kolejnych 12 miesięcy licząc od daty zakończenia ostatniej Umowy, na koncie której powstała zaległość lub która została wypowiedziana przez Klienta w okresie pierwszych 12 miesięcy jej trwania.

§ 9 ROZWIĄZANIE UMOWY – ODSTĄPIENIE OD UMOWY, WYPOWIEDZENIE UMOWY

1. Odpowiedzialność PBGS z tytułu Umowy wygasa:
 - a) w ostatnim dniu okresu trwania Umowy na jaki została zawarta,
 - b) w przypadku Umowy zawartej na czas nieokreślony w chwili, gdy Klient nie zaakceptuje proponowanych warunków zgodnie z zapisem § 10 ust. 7,
 - c) w przypadku śmierci Klienta, w następnym dniu roboczym, po otrzymaniu przez PBGS informacji o śmierci Klienta,
 - d) w odniesieniu do Osoby Uprawnionej (Pacjenta):
 - i. z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Osoba Uprawniona (Pacjent) przekroczyła limit wieku dla określonego pakietu uprawniającego do korzystania z Opieki Medycznej PZU Zdrowie,
 - ii. w przypadku śmierci Osoby Uprawnionej (Pacjenta), w następnym dniu roboczym, po otrzymaniu informacji o śmierci Osoby Uprawnionej (Pacjenta) przez PBGS.
2. Klientowi przysługuje **prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 14 dni od Daty zawarcia Umowy**. Wzór oświadczenia, którym można się posłużyć stanowi **Formularz A**. W celu skorzystania z prawa odstąpienia należy wysłać pisemną rezygnację na adres korespondencyjny PBGS lub mailowo na adres kontakt@medipakiet.pl W celu weryfikacji należy w korespondencji elektronicznej posłużyć się adresem e-mail podanym w Umowie.

Jeżeli Klient wykorzysta prawo odstąpienia od Umowy mimo zgłoszenia wyraźnego żądania otrzymania Świadczeń Zdrowotnych na rzecz Osoby Uprawnionej (Pacjenta), a tym samym rozpocznie wykonywanie Umowy przed upływem terminu do odstąpienia od Umowy ma obowiązek zapłaty za świadczenia spełnione do chwili odstąpienia od Umowy na rzecz PBGS. Kwotę zapłaty oblicza się proporcjonalnie do zakresu spełnionego świadczenia, z uwzględnieniem uzgodnionej w Umowie ceny lub wynagrodzenia. Jeżeli cena lub wynagrodzenie są nadmierne, podstawą obliczenia tej kwoty jest wartość rynkowa spełnionego świadczenia w oparciu o cennik Usług stosowany przez Placówkę medyczną PZU Zdrowie dla klientów nieposiadających pakietów opieki medycznej (podstawą obliczenia jest wartość rynkowa wykorzystanego świadczenia) przy czym opłata ta nie będzie wyższa niż Opłata Miesięczna. PBGS ma prawo potrącić tak wyliczoną kwotę wierzytelności z tytułu zwrotu uiszczonej przez Klienta pierwszej Opłaty.

3. W przypadku odstąpienia, o którym mowa w ust. 2, Klient niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni otrzyma zwrot Opłaty na rachunek bankowy, z którego została dokonana płatność lub rozliczenie kosztów usług zgodnie z ust. 2 powyżej.
4. **Każda ze Stron może wypowiedzieć Umowę zawartą na czas nieokreślony** (tj. przedłużoną po upływie 12 miesięcy zgodnie z § 8 ust. 2 OWŚU) z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego (o ile z przepisów prawa nie wynika możliwość wypowiedzenia Umowy w trybie natychmiastowym). Możliwy wzór wypowiedzenia stanowi **Formularz B1**. Opisane powyżej zasady wypowiedzania nie dotyczą wypowiedzania Umowy z powodu naruszenia zobowiązań przez drugą Stronę.
5. **Po upływie terminu na odstąpienie od umowy, o którym mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu, Klient może wypowiedzieć Umowę terminową:**
 - a) z przyczyny dotyczącej niewykonania zobowiązań przez PBGS lub PZU Zdrowie mimo uprzednich wezwań do wykonania zobowiązań kierowanych do PBGS i upływu oznaczonego w nich minimalnego 7 dniowego terminu. Uprawnia to Klienta do wypowiedzenia Umowy w trybie natychmiastowym ze skutkiem na koniec miesiąca, przy czym nastąpi ono po uprzednim bezskutecznym wezwaniu PBGS, o którym mowa w zdaniu poprzednim,
 - b) z przyczyn określonych § 10 ust. 7. Umowa rozwiązuje się ze skutkiem na dzień wejścia w życie zmian, o których mowa w § 10 ust. 7 pod warunkiem złożenia wypowiedzenia najpóźniej na 10 dni przed wejściem zmian w życie.
6. W przypadku gdy, Klient złoży wypowiedzenie Umowy terminowej z przyczyn innych niż wskazane w ust. 4 powyżej jest zobowiązany do zapłaty na rzecz PBGS jednorazowej opłaty w wysokości 50% Opłat Miesięcznych, które byłyby należne za każdy miesiąc pozostały do końca Umowy terminowej, gdyby Umowa ta nie została wypowiedziana. Wypowiedzenie Umowy terminowej powinno zostać złożone pod rygorem nieważności za pomocą poczty elektronicznej, z adresu e-mail wskazanego w Umowie na adres kontakt@medipakiet.pl lub w formie pisemnej na adres siedziby PBGS, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
7. **PBGS może wypowiedzieć Umowę terminową** w następujących przypadkach:
 - a) niewykonania zobowiązań wynikających z Umowy przez Klienta lub naruszenia zasad korzystania z Opieki Medycznej przez Osoby Uprawnione, mimo uprzedniego wezwania do zaniechania naruszeń,
 - b) wypowiedzenia przez PZU Zdrowie Umowy PBGS z przyczyn niedotyczących PBGS,
 - c) innych przyczyn wprost wskazanych w Umowie i OWŚU.
8. W przypadku gdy w okresie od daty zawarcia Umowy terminowej do czasu jej zakończenia PBGS złoży Klientowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy z przyczyn innych niż wskazane w ust. 6 powyżej jest zobowiązany do zapłaty na rzecz Klienta jednorazowej opłaty w wysokości 50% Opłat Miesięcznych, które byłyby należne za każdy miesiąc pozostały do końca Umowy terminowej, gdyby Umowa nie została wypowiedziana.

§ 10 ZMIANY UMOWY

1. Na wniosek Klienta PBGS może zmienić wybrany pakiet Opieki Medycznej PZU Zdrowie na wyższy ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego miesiąca o ile nowa Umowa została zawarta do 25 dnia miesiąca. Zmiana na pakiet wyższy oznacza zmianę z pakietu o niższym zakresie na zakres wyższy.
2. Zmiana na pakiet niższy może nastąpić po 12 miesiącach od aktywacji Umowy lub ostatniej zmiany wersji Zakresu świadczeń dokonanej zgodnie powyższym zapisem. Dotychczasowa Umowa pod warunkiem uprzedniego pisemnego potwierdzenia przesłanego mailem Klientowi przez PBGS z chwilą zawarcia nowej Umowy ulega rozwiązaniu ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca wskazany w tym potwierdzeniu.
3. Zmiana o, której mowa w ust. 1 i 2 wchodzi w życie z kolejnym pełnym miesiącem jeżeli zgłoszenie zmiany nastąpiło do 25 dnia miesiąca bieżącego.
4. W przypadku Wniosków zarejestrowanych od 26 dnia danego miesiąca, Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem drugiego w kolejności miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym został zarejestrowany poprawnie wypełniony Wniosek o zawarcie Umowy - Zamówienie oraz uiszczona została Opłata za pierwszy Okres Płatności.
5. Na zlecenie Klienta PBGS może dokonać aktywacji nowego pakietu Opieki Medycznej w dowolnym momencie. W takim

przypadku Klient przyjmuje do wiadomości i akceptuje, że:

- a) Opieka Medyczna będzie aktywna w terminie do 3 dni roboczych od daty otrzymania przez PBGS zlecenia od Klienta,
 - b) Opłata jest pobierana za cały pierwszy miesiąc niezależnie od faktycznej liczby dni aktywności pakietu.
6. PBGS potwierdza przyjęcie do realizacji zlecenia Klienta, lub informuje o odrzuceniu jego Wniosku. Zmiany, o których mowa w ust. 1-5 powyżej mogą być procesowane wyłącznie po przesłaniu z adresu Klienta zarejestrowanego we Wniosku o zawarcie Umowy – Zamówieniu zlecenia zawierającego wymagane dane oraz stosowne oświadczenie Klienta na adres PBGS kontakt@medipakiet.pl
7. PBGS zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian: OWŚU, cen, Zakresu Świadczeń i Załączników do Umowy w szczególności w wypadku zmian w zasadach świadczenia Usług przez PZU Zdrowie w każdym czasie. Informacje dot. zmian w warunkach Umowy pomiędzy Klientem, a PBGS zostaną przekazane Klientowi na adres mailowy wskazany w Umowie nie później niż na 30 dni przed wejściem zmian w życie. W przypadku braku akceptacji zmian Klient będzie miał możliwość wypowiedzenia Umowy ze skutkiem na dzień ich wejścia w życie. Wypowiedzenie musi zostać złożone najpóźniej na 10 dni przed wejściem zmian w życie, na adres kontakt@medipakiet.pl. Jeśli Klient akceptuje warunki zawarte w ofercie wystarczającym sposobem poinformowania PBGS jest zatwierdzenie oferty w Koncie Klienta i uiszczenie Opłaty w wysokości oraz terminie wskazanym w Umowie. Zmianą warunków Umowy nie jest wprowadzenie do oferty PBGS nowego Zakresu świadczeń lub też wycofanie z oferty dla nowych Klientów jakiegokolwiek Zakresu świadczeń.

§ 11 OPŁATA I INNE NALEŻNOŚCI

1. **Opłata uiszczana jest z góry:**
 - a) **pierwsza płatność – w momencie składania Wniosku o zawarcie Umowy - Zamówienia** zgodnie z Regulaminem sklepu w celu zawarcia Umowy,
 - b) **druga i kolejne – do 15 dnia miesiąca za kolejny okres rozliczeniowy** zgodnie z wybraną częstotliwością płatności przy zawieraniu Umowy: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
2. W każdą Rocznicę Umowy Klient może dokonać zmiany częstotliwości płatności. W tym celu niezbędne jest co najmniej na 30 dni przed Rocznicą złożenie Wniosku o zmianę częstotliwości płatności wskazując nową częstotliwość. PBGS potwierdza przyjęcie do realizacji zlecenia Klienta, lub informuje o odrzuceniu jego Wniosku.
3. Opłatę uznaje się za opłaconą w dniu jej wpłynięcia w pełnej wysokości na rachunek bankowy wskazany w Umowie. Jeśli Klient spóźni się z płatnością, to PBGS zaliczy otrzymane wpłaty na poczet Opłaty najdawniej wymaganej.
4. Dokument Finansowy z tytułu pierwszej płatności zostanie udostępniony 1 dnia obowiązywania pakietu opieki medycznej zaś kolejne będą udostępniane na 7 dni przed datą wymagalności Opłaty. Dokumenty Finansowe będą udostępniane Klientowi w formie elektronicznej w Koncie Klienta. O jej udostępnieniu Klient zostanie powiadomiony mailowo na adres poczty elektronicznej podany do przesłania faktury.
5. W przypadku braku dokonania płatności PBGS wyśle do Klienta za pomocą wiadomości email wezwanie do zapłaty wyznaczając dodatkowy termin płatności, nie krótszy jednak niż 7 dni od otrzymania wezwania.
6. **Brak uregulowania płatności:**
 - a) w przypadku płatności miesięcznej, za dwa kolejne Okresy rozliczeniowe
 - b) w przypadku płatności kwartalnej, półrocznej i rocznej, za jeden Okres rozliczeniowy

uprawnia PBGS do wypowiedzenia Umowy w trybie natychmiastowym ze skutkiem na koniec miesiąca, przy czym nastąpi ono po uprzednim bezskutecznym wezwaniu Klienta do zapłaty zaległych Opłat wyznaczając w tym celu dodatkowy 7 dniowy termin płatności.
7. Wypowiedzenie Umowy w trybie natychmiastowym nie zwalnia Klienta z obowiązku zapłaty Opłaty za okres, przez jaki trwała gotowość PZU Zdrowie do świadczenia Usług i możliwość korzystania z Usług w ramach wybranego Pakietu przez Osoby Uprawnione.
8. W przypadku wypowiedzenia Umowy przez PBGS Klient niezależnie od obowiązku uregulowania zaległych należności w przypadku Umowy terminowej zawartej na okres 12 miesięcy, zobowiązany jest do niezwłocznego uiszczenia PBGS 50% należnej Opłaty pokrywającej pozostały okres trwania Umowy na jaki została zawarta.
9. W razie zalegania Klienta z należnościami na rzecz PBGS, PBGS zastrzega sobie prawo do przekazania informacji o zaległościach do podmiotów współpracujących z PBGS w zakresie dochodzenia należności.
10. W przypadku Umowy bezterminowej podlega ona corocznej waloryzacji o Wskaźnik Waloryzacji:
 - a) odpowiadający wysokości średniorocznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za rok poprzedni ogłaszanego w Monitorze Polskim przez Prezesa GUS; lub
 - b) odpowiadający wysokości wskaźnika wzrostu przeciętnych miesięcznych wynagrodzeń w gospodarce narodowej w sektorze „Ochrona Zdrowia i Pomoc Społeczna” publikowanego przez GUS w opracowaniu „Rynek Wewnętrzny” jeżeli przekroczy on wysokość średniorocznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za rok poprzedni ogłaszanego w Monitorze Polskim przez Prezesa GUS z zastrzeżeniem uprawnień Klienta wynikających z § 10 ust. 7.

§ 12 OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH I DOKUMENTACJA MEDYCZNA

1. Podanie danych osobowych wymienionych we Wniosku o zawarcie umowy – Zamówieniu jest dobrowolne, jednak bez podania i wypełnienia pól wymaganych Umowa nie zostanie zawarta.
2. PBGS jest administratorem danych osobowych zawartych w Umowie w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej „RODO”). Podstawą przetwarzania danych w celu wykonania Umowy jest art. 6 ust. 1 lit. b) RODO czyli realizacja czynności niezbędnych do zawarcia Umowy.
W celu realizacji Umowy dane osobowe za zgodą Klienta są udostępniane PZU Zdrowie. Dane osobowe mogą zostać również udostępnione podmiotowi realizującemu obsługę płatności. Dane osobowe mogą być powierzone: dostawcom usług zaopatrujących PBGS w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne umożliwiające zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym), dostawcom usług wspierających PBGS w obszarze marketingowym (agencje reklamowe, firmy realizujące wysyłkę SMS oraz e-mail), dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających PBGS w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym).
3. Klient, Osoba Uprawniona (Pacjent) ma prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych i otrzymania kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu,
 - b) sprostowania swoich nieprawidłowych danych,
 - c) żądania usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym) w przypadku wystąpienia okoliczności przewidzianych w art. 17 RODO,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania danych w przypadkach wskazanych w art. 18 RODO,
 - e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadkach wskazanych w art. 21 RODO,
 - f) przenoszenia dostarczonych danych, przetwarzanych w sposób zautomatyzowany.
4. Dane osobowe Klienta, Osoby Uprawnionej (Pacjenta) będą przetwarzane przez 6 lat od momentu zakończenia Umowy.
5. Jeżeli Klient, Osoba Uprawniona (Pacjent) uważa, że jego dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem, może wnieść skargę do organu nadzorczego (UODO, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
6. Jeśli Klient, Osoba Uprawniona (Pacjent) potrzebuje dodatkowych informacji związanych z ochroną danych osobowych lub chce skorzystać z przysługujących mu praw, może skontaktować się z nami za pośrednictwem adres mailowego iod@polbg.com
7. 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 / mailowo PBGS o zmianie adresu mailowego oraz numeru telefonu.
8. W związku z udzielaniem Świadczeń zdrowotnych przysługujących Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) zgodnie z Umową PZU Zdrowie prowadzi dokumentację medyczną Osoby Uprawnionej (Pacjenta).
9. Tryb, warunki prowadzenia dokumentacji medycznej przez PZU Zdrowie oraz sposób jej udostępniania osobom trzecim określają właściwe przepisy obowiązującego prawa.
10. Sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej realizowane jest przez PZU Zdrowie.
11. PBGS nie ma dostępu do dokumentacji medycznej Osoby Uprawnionej (Pacjenta) i jej nie przetwarza samodzielnie lub w imieniu PZU Zdrowie.

§ 13 POSTĘPOWANIE W SPRAWACH SKARG I ZAŻALEŃ

1. Reklamacje dotyczące realizacji **Świadczeń zdrowotnych** należy kierować bezpośrednio do PZU Zdrowie. Reklamacje można zgłosić w dowolnej formie:
 - a) wypełniając formularz na stronie <https://zdrowie.pzu.pl/kontakt-i-pomoc/skargi-i-reklamacje/zglos-skarge-reklamacje>,
 - b) wysyłając e-maila na adres reklamacje@pzu.pl
 - c) w każdej Placówce PZU Zdrowie,
 - d) telefonicznie – operatorowi Infolinii PZU Zdrowie (801 102 102 lub 22 505 15 48 *opłata zgodna z taryfą operatora*)
 - e) pisemnie na adres: **PZU ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa.**
2. Każda reklamacja powinna zawierać następujące informacje: dane osoby, której reklamacja dotyczy (Imię i Nazwisko, data urodzenia lub nr PESEL, nr telefonu, adres e-mail na jaki trafić ma odpowiedź, 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.
3. Odpowiedź na reklamację nie dotyczącą spraw medycznych udzielana jest w terminie do 30 dni od dnia przyjęcia reklamacji, odpowiedź na reklamację medyczne – w terminie do 30 dni 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.

4. Uwagi dotyczące **Umowy, warunków współpracy i realizacji usług** proszę kierować do PBGS mailowo na adres reklamacje@medipakiet.pl lub telefonicznie + 48 782 502 502 lub pisemnie na adres: **PBG Services Sp. z o.o.** ul. Młynarska 42, 01-205 Warszawa.

§ 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 PZU Zdrowie,
- przybycia w uzgodnionym terminie do Placówki medycznej lub poinformowania PZU Zdrowie o rezygnacji ze Świadczenia zdrowotnego w Placówkach własnych i Placówkach współpracujących niezwłocznie, nie później niż **24 godziny** przed ustalonym terminem jego wykonania,
- odwoływania lub zmiany terminu realizacji Świadczeń zdrowotnych** – w przypadku gdy Osoba Uprawniona (Pacjent) nie skorzysta z wcześniej umówionego Świadczenia zdrowotnego oraz nie odwoła tego Świadczenia na co najmniej **24 godziny przed jego ustaloną godziną może spowodować obniżenie przysługującego jemu limitu Świadczeń o liczbę umówionych a niezrealizowanych Świadczeń, o ile zgodnie z danym zakresem są one limitowane.** Powyższe nie ma wpływu na możliwość umawiania jakichkolwiek Świadczeń zdrowotnych opłacanych bezpośrednio przez Osobę Uprawnioną zgodnie z aktualnym cennikiem Placówki własnej lub Placówki współpracującej,
- powstrzymania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie świadczenia przez PZU Zdrowie.

§ 15 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Wszelkie świadczenia zdrowotne udzielane przez PZU Zdrowie podlegają przepisom prawa polskiego.
- Wszystkie oświadczenia i zawiadomienia powinny być przekazywane w formie pisemnej lub w inny uzgodniony sposób.
- Klient może składać do PBGS oświadczenia i zawiadomienia:**
 - w indywidualnym Koncie Klienta po zalogowaniu na stronie: <https://www.medipakiet.pl>; lub
 - dzwoniąc pod numerem: +48 782 502 502; lub
 - wysyłając wiadomość e-mail na adres poczty elektronicznej kontakt@medipakiet.pl; lub
 - wysyłając list na adres naszej siedziby: ul. Młynarska 42, 01-205 Warszawa.
- Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia** (m.in. wezwania do zapłaty, zmiany w Umowie, przedłużenie umowy na czas nieokreślony, wypowiedzenia umowy), **kierowane do Klienta przez PBGS będą:**
 - w indywidualnym Koncie Klienta; i/lub
 - w postaci wiadomości SMS na ostatnio podany przez Klienta numer telefonu; i/lub
 - drogą elektroniczną na ostatni podany przez Klienta adres poczty elektronicznej.
- Klient zobowiązany jest do powiadomienia PBGS o zmianie danych osobowych oraz danych kontaktowych, w szczególności numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej.**
- PBGS zobowiązany jest powiadomić Klienta o zmianach danych, w tym adresu siedziby oraz danych kontaktowych.
- Powiadomienie o zmianie danych Strony, w tym do zgłaszania reklamacji lub innych oświadczeń, nie stanowi zmiany Umowy (w tym i OWŚU) i wymaga jedynie powiadomienia drugiej Strony o takiej zmianie.

Kluczowe informacje dotyczące korespondencji:

Jeśli Klient kieruje do PBGS korespondencję, ważne aby pojawiły się w niej informacje, które umożliwią identyfikację Umowy. Mogą to być dane takie jak: imię i nazwisko oraz numer Umowy.

Niniejsze OWŚU wchodzi w życie z dniem **15.07.2025**

LISTA DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH INTEGRALNĄ CZĘŚCIĄ UMOWY

Dokumenty będące integralną częścią Umowy przekazywane w formie elektronicznej:

- Niniejsze **Ogólne Warunki Świadczenia Usług (OWŚU)**.
- Zakres świadczeń** wymieniony z nazwy w treści Umowy – **Załącznik nr 1 do Umowy**.

W imieniu **PBG Services Sp. z o.o.**

Konrad Rogalski

Prezes Zarządu

Paweł Karcz

Członek Zarządu



PAKIET OPIEKI

Wskazany z nazwy w zawartej Umowie

Załącznik 1 do Umowy

MINI Standard

Standard

Komfort

Komfort Plus

Rezerwacja świadczeń medycznych

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- Poprzez portal mojePZU, gdzie można dokonać rezerwacji wizyty lekarskiej lub badania.
- Za pośrednictwem infolinii PZU Zdrowie pod numerem 801 405 905, 799 698 698 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora). Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.

Serwis SMS

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Potwierdzamy termin i miejsce realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

Przez SMS możesz też odwołać umówioną usługę medyczną.

Konsultacje ambulatoryjne

Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbývają się w placówce medycznej i obejmują:

- fizykalne badanie pacjenta,
- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia dotyczące sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i e-skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji ambulatoryjnej w danej lokalizacji zależy od jej dostępności.

BEZPŁATNIE, 4 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:

1. chirurgii ogólnej
2. chorób płuc (pulmonologii)
3. dermatologii
4. endokrynologii
5. gastroenterologii
6. ginekologii i położnictwa
7. okulistyki
8. ortopedii i traumatologii narządu ruchu
9. otolaryngologii

Konsultacje telemedyczne

Porad telemedycznych udzielają lekarze specjaliści, których wskazał Świadczeniodawca. Aby umówić poradę telemedyczną, nie jest potrzebne skierowanie.

Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbývają się telefonicznie, przez czat lub video czat i obejmują:

- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia dotyczące sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i e-skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym (oprócz skierowań na badania z zakresu diagnostyki: radiologicznej, obrazowej TK i NMR oraz endoskopowej).

Z konsultacji telemedycznych z zakresu chorób wewnętrznych (interny) można skorzystać codziennie przez całą dobę, z pediatrii codziennie od 6 do 24. Z pozostałych konsultacji telemedycznych można skorzystać codziennie od 7 do 22. Jesteśmy dostępni także w dni ustawowo wolne od pracy. Przed rozpoczęciem konsultacji należy zaakceptować regulamin Dostawcy Telemedycznego. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15 roku życia, organizacja konsultacji telemedycznych zależy od jej dostępności.

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Konsultacje telemedyczne z zakresu:

1. chorób wewnętrznych (interny)
2. chirurgii ogólnej
3. chorób płuc (pulmonologii)
4. dermatologii
5. diabetologii
6. endokrynologii
7. ginekologii i położnictwa
8. kardiologii
9. neurologii
10. ortopedii i traumatologii narządu ruchu
11. urologii

Zabiegi ambulatoryjne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Zabiegi wykonywane w ramach porady lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem, że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla uprawnionego.

1. Zabiegi pielęgniarские

- pomiar ciśnienia
- pomiar wzrostu i wagi ciała
- iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne
- podłączenie wlewu kroplowego
- pobranie krwi

2. Zabiegi ogólnolekarskie

- założenie cewnika (bez kosztu cewnika)
- pobranie materiału do badań mikrobiologicznych
- opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)
- usunięcie kleszcza

3. Zabiegi chirurgiczne

- nacięcie ropnia
- leczenie wrośniętego paznokcia
- szycie rany
- zdjęcie szwów

4. Zabiegi ginekologiczne

- pobranie materiału do badania cytologicznego

5. Zabiegi okulistyczne

- badanie dna oka
- badanie ostrości widzenia
- badanie pola widzenia
- pomiar ciśnienia śródgałkowego
- usunięcie ciała obcego z oka
- dobór szkieł korekcyjnych

6. Zabiegi ortopedyczne

- opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)

7. Zabiegi otolaryngologiczne

- płukanie uszu
- przedmuchiwanie trąbki słuchowej
- usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła
- postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa
- opatrunek uszny z lekiem

Diagnostyka laboratoryjna

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia

BEZPŁATNIE, 3 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

- czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)
- czas protrombinowy (PT)
- czas trombinowy (TT)
- fibrynogen (FIBR)
- morfologia krwi z płytkami krwi bez rozmazu
- morfologia krwi z płytkami krwi z rozmazem automatycznym
- morfologia krwi z płytkami krwi z rozmazem ręcznym i z rozmazem ręcznym
- hematokryt
- hemoglobina
- odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
- leukocyty
- płytki krwi
- retikulocyty

2. Badania moczu

BEZPŁATNIE, 2 RAZY W ROKU

- badanie ogólne moczu (profil)

3. Badania inne

BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU

- cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej)

Hot Line

BEZ LIMITU

Jeśli nagle poczujesz się gorzej, a nasza placówka w Twojej okolicy jest już nieczynna, to możesz otrzymać pomoc medyczną korzystając z usługi Hot Line, gdzie otrzymasz telekonsultację pielęgniarską. Zadzwoń na naszą całodobową infolinię medyczną pod numer 22 735 39 58. Jesteśmy dostępni każdego dnia – także w święta i dni wolne od pracy.

Pielęgniarka w ramach posiadanych uprawnień zawodowych:

- zidentyfikuje Twój problem medyczny,
- udzieli Ci porady medycznej, jeśli Twój przypadek na to pozwala,
- wystawi receptę na leki niezbędne do leczenia zgłoszonego problemu zdrowotnego, jeśli pozwalają na to pielęgniarskie uprawnienia zawodowe.

Jeśli w ocenie pielęgniarki Twój problem zdrowotny wymaga:

- pomocy Zespołu Ratownictwa Medycznego, to otrzymasz informację o konieczności niezwłocznego połączenia się z numerem 112 lub 997,

- konsultacji lekarskiej w warunkach szpitalnych, to otrzymasz informację o konieczności zgłoszenia się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub innej właściwej dla Twojego problemu zdrowotnego placówki świadczącej całodobową pomoc lekarską,
- konsultacji lekarskiej, to zostaniesz przekierowany na ogólną infolinię PZU Zdrowie, gdzie konsultant zgodnie z kwalifikacją pielęgniarki, po weryfikacji Twoich uprawnień umówi dla Ciebie:
 - a) konsultację telemedyczną z zakresu chorób wewnętrznych (interny) lub pediatrii
 - b) konsultację ambulatoryjną w ramach pomocy doraźnej
 - c) wizytę domową
 - d) konsultację ambulatoryjną.

Ambulatoryjna konsultacja lekarska w ramach pomocy doraźnej, możliwa jest w Warszawie. O dostępności do pomocy doraźnej w pozostałych lokalizacjach oraz zakresie terytorialnym wizyt domowych, poinformuje Cię konsultant infolinii.

Szczegółowe warunki realizacji usługi Hot Line określa Regulamin Świadczenia - Hot Line (Załącznik nr 2H).

Recepta – bez wizyty u lekarza

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Usługa umożliwiająca zamówienie recepty bez konieczności odbycia kontrolnej konsultacji lekarskiej. Usługa jest dostępna we wskazanych przez świadczeniodawcę (ew. „w wybranych”) placówkach, po spełnieniu następujących warunków:

- recepta jest wypisywana na lek przyjmowany na stałe (co wynika z indywidualnej historii choroby, w której odzwierciedlone są: wywiad lekarski, wynik badania fizykalnego i badań dodatkowych, rozpoznanie i wskazania do terapii oraz sposób dawkowania i czas stosowania leku);
- lek, na który ma być wypisana recepta był wcześniej przepisany przez lekarza w placówce świadczeniodawcy, w której zgłaszane jest zamówienie;
- recepta na leki refundowane przez NFZ jest wydawana przez placówkę osobie po weryfikacji jej ubezpieczenia w udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia systemie;
- recepta jest wydawana po okazaniu dowodu tożsamości osoby odbierającej receptę.

Recepta może zostać wydana osobie, która została wskazana przez uprawnionego do otrzymania recepty. Dane osoby upoważnionej są odnotowywane w dokumentacji medycznej osoby uprawnionej. Zamówienie recepty na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recepty odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę świadczeniodawcy.

Lekarz może odmówić wystawienia recepty bez konsultacji lekarskiej jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.

Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce.

Rezerwacja świadczeń medycznych

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- Poprzez portal mojePZU, gdzie można dokonać rezerwacji wizyty lekarskiej lub badania.
- Za pośrednictwem infolinii PZU Zdrowie pod numerem 801 405 905, 799 698 698 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora). Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.

Serwis SMS

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Potwierdzamy termin i miejsce realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.
Przez SMS możesz też odwołać umówioną usługę medyczną.

Konsultacje ambulatoryjne

Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbývają się w placówce medycznej i obejmują:

- fizykalne badanie pacjenta,
- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia dotyczące sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i e-skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji ambulatoryjnej w danej lokalizacji zależy od ich dostępności.

BEZPŁATNIE, 10 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:

1. chirurgii ogólnej
2. dermatologii
3. endokrynologii
4. ginekologii i położnictwa
5. kardiologii
6. neurologii
7. okulistyki
8. ortopedii i traumatologii narządu ruchu
9. otolaryngologii
10. gastroenterologii
11. urologii

Konsultacje telemedyczne

Porad telemedycznych udzielają lekarze specjaliści, których wskazał Świadczeniodawca. Aby umówić poradę telemedyczną, nie jest potrzebne skierowanie.

Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbývają się telefonicznie, przez czat lub video czat i obejmują:

- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia dotyczące sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i e-skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym (oprócz skierowań na badania z zakresu diagnostyki: radiologicznej, obrazowej TK i NMR oraz endoskopowej).

Z konsultacji telemedycznych z zakresu chorób wewnętrznych (interny) i pediatrii można skorzystać codziennie od 6 do 24. Z pozostałych konsultacji telemedycznych można skorzystać codziennie od 7 do 22. Jesteśmy dostępni także w dni ustawowo wolne od pracy. Przed rozpoczęciem konsultacji należy zaakceptować regulamin Dostawcy Telemedycznego. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15 roku życia, organizacja konsultacji telemedycznych zależy od ich dostępności.

BEZPŁATNIE, 10 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

Konsultacje telemedyczne z zakresu:

1. chirurgii ogólnej
2. dermatologii
3. endokrynologii
4. ginekologii i położnictwa
5. kardiologii
6. neurologii
7. okulistyki
8. ortopedii i traumatologii narządu ruchu
9. otolaryngologii
10. gastroenterologii
11. urologii

BEZPŁATNIE, 5 RAZY W ROKU

12. chorób wewnętrznych (interny)

Zabiegi ambulatoryjne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Zabiegi wykonywane w ramach porady lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem, że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla uprawnionego.

1. Zabiegi pielęgniarskie

- pomiar ciśnienia

- pomiar wzrostu i wagi ciała
- iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne
- podłączenie wlewu kroplowego
- pobranie krwi

2. Zabiegi ogólnolekarskie

- założenie cewnika (bez kosztu cewnika)
- pobranie materiału do badań mikrobiologicznych
- opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)
- usunięcie kleszcza

3. Zabiegi chirurgiczne

- nacięcie ropnia
- leczenie wrośniętego paznokcia
- szycie rany
- zdjęcie szwów

4. Zabiegi ginekologiczne

- pobranie materiału do badania cytologicznego

5. Zabiegi okulistyczne

- badanie dna oka
- badanie ostrości widzenia
- badanie pola widzenia
- pomiar ciśnienia śródgałkowego
- usunięcie ciała obcego z oka
- dobór szkielek korekcyjnych

6. Zabiegi ortopedyczne

- opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)

7. Zabiegi otolaryngologiczne

- płukanie uszu
- przedmuchiwanie trąbki słuchowej
- usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła
- postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa
- opatrunek uszny z lekiem

Diagnostyka laboratoryjna

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

1. Badania biochemiczne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- chlorki (Cl)
- dehydrogenaza mleczanowa (LDH)
- fosfataza sterczowa
- żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)
- morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów
- morfologia krwi bez rozmazu
- odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
- leukocyty
- płytki krwi
- retikulocyty
- glukoza

2. Badania serologiczne i immunologiczne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- odczyn Waalera-Rosego
- przeciwciała przeciw HBs

3. Badania bakteriologiczne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- posiew wymazu z rany

4. Badania moczu

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- badanie ogólne moczu

5. Badania inne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej)
- TSH – limit 2 razy w roku

Diagnostyka ultrasonograficzna

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej. Nie obejmuje badań USG 4D i USG genetycznego.

BEZPŁATNIE, 3 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

- USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne)
- USG skriningowe ginekologiczne
- USG miednicy małej
- USG piersi
- USG tarczycy

Badania czynnościowe

Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- EKG bez opisu

Recepta – bez wizyty u lekarza

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Usługa umożliwiająca zamówienie recepty bez konieczności odbycia kontrolnej konsultacji lekarskiej. Usługa jest dostępna we wskazanych przez świadczeniodawcę (ew. „w wybranych”) placówkach, po spełnieniu następujących warunków:

- recepta jest wypisywana na lek przyjmowany na stałe (co wynika z indywidualnej historii choroby, w której odzwierciedlone są: wywiad lekarski, wynik badania fizykalnego i badań dodatkowych, rozpoznanie i wskazania do terapii oraz sposób dawkowania i czas stosowania leku);

- lek, na który ma być wypisana recepta był wcześniej przepisany przez lekarza w placówce świadczeniodawcy, w której zgłaszane jest zamówienie;
- recepta na leki refundowane przez NFZ jest wydawana przez placówkę osobie po weryfikacji jej ubezpieczenia w udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia systemie;
- recepta jest wydawana po okazaniu dowodu tożsamości osoby odbierającej receptę.

Recepta może zostać wydana osobie, która została wskazana przez uprawnionego do otrzymania recepty. Dane osoby upoważnionej są odnotowywane w dokumentacji medycznej osoby uprawnionej.

Zamówienie recepty na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recepty odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę świadczeniodawcy.

Lekarz może odmówić wystawienia recepty bez konsultacji lekarskiej jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.

Rezerwacja świadczeń medycznych

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- Poprzez portal mojePZU, gdzie można dokonać rezerwacji wizyty lekarskiej lub badania.
- Za pośrednictwem infolinii PZU Zdrowie pod numerem 801 405 905, 799 698 698 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora). Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.

Serwis SMS

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Potwierdzamy termin i miejsce realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

Przez SMS możesz też odwołać umówioną usługę medyczną.

Konsultacje ambulatoryjne

Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbývają się w placówce medycznej i obejmują:

- fizykalne badanie pacjenta,
- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia dotyczące sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i e-skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji ambulatoryjnej w danej lokalizacji dotyczy tylko pediatrii i zależy od ich dostępności.

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:

1. alergologii
2. audiologii
3. chirurgii ogólnej
4. chorób płuc (pulmonologii)
5. dermatologii
6. diabetologii
7. endokrynologii
8. gastroenterologii
9. ginekologii i położnictwa
10. kardiologii
11. neurologii
12. okulistyki
13. onkologii
14. ortopedii i traumatologii narządu ruchu
15. otolaryngologii
16. urologii

BEZPŁATNIE, 2 WIZYTY W ROKU

17. andrologii

BEZPŁATNIE, 5 WIZYT W ROKU ŁĄCZNIE

18. pediatrii
19. chorób wewnętrznych (interny)
20. medycyny rodzinnej

Konsultacje telemedyczne

Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbývają się telefonicznie, przez czat lub video czat i obejmują:

- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia dotyczące sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i e-skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym (oprócz skierowań na badania z zakresu diagnostyki: radiologicznej, obrazowej TK i NMR oraz endoskopowej).

Z konsultacji telemedycznych z zakresu chorób wewnętrznych (interny) i pediatrii można skorzystać codziennie przez całą dobę. Z pozostałych konsultacji telemedycznych można skorzystać codziennie od 7 do 22. Jesteśmy dostępni także w dni ustawowo wolne od pracy. Przed rozpoczęciem konsultacji należy zaakceptować regulamin Dostawcy Telemedycznego. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15 roku życia, organizacja konsultacji telemedycznej dotyczy tylko pediatrii i zależy od ich dostępności.

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Konsultacje telemedyczne z zakresu:

1. alergologii
2. chorób płuc (pulmonologii)
3. dermatologii
4. diabetologii
5. endokrynologii
6. gastroenterologii
7. ginekologii i położnictwa
8. kardiologii
9. neurologii
10. okulistyki
11. onkologii
12. otolaryngologii
13. urologii

BEZPŁATNIE, 5 WIZYT W ROKU ŁĄCZNIE

14. pediatra
15. chorób wewnętrznych (interny)

Zabiegi ambulatoryjne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Zabiegi wykonywane w ramach porady lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem, że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla uprawnionego.

1. Zabiegi pielęgniarstwa

- pomiar ciśnienia
- pomiar wzrostu i wagi ciała
- iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne
- podłączenie wlewu kroplowego
- pobranie krwi

2. Zabiegi ogólnolekarskie

- założenie cewnika (bez kosztu cewnika)
- pobranie materiału do badań mikrobiologicznych
- opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)
- usunięcie kleszcza

3. Zabiegi alergologiczne

- odczulanie (bez kosztu podawanych leków)

4. Zabiegi chirurgiczne

- nacięcie ropnia
- leczenie wrośniętego paznokcia
- szycie rany
- zdjęcie szwów

5. Zabiegi ginekologiczne

- pobranie materiału do badania cytologicznego

6. Zabiegi okulistyczne

- badanie dna oka
- badanie ostrości widzenia
- badanie pola widzenia
- pomiar ciśnienia śródgałkowego
- usunięcie ciała obcego z oka
- dobór szkieł korekcyjnych

7. Zabiegi ortopedyczne

- opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)

8. Zabiegi otolaryngologiczne

- płukanie uszu
- przedmuchiwanie trąbki słuchowej
- usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła
- postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa
- opatrzenie uszny z lekiem

9. Zabiegi urologiczne

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika)

Diagnostyka laboratoryjna

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)
- czas protrombinowy (PT)
- fibrynogen (FIBR)
- morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów
- morfologia krwi bez rozmazu
- hematokryt
- hemoglobina
- odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
- leukocyty
- płytki krwi
- retikulocyty

2. Badania biochemiczne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- albuminy
- aminotransferaza alaninowa (ALT)
- aminotransferaza asparaginianowa (AST)
- amylaza
- białko całkowite
- białko C-reaktywne (CRP)
- bilirubina bezpośrednia
- bilirubina pośrednia
- bilirubina całkowita
- ceruloplazmina
- chlorki (Cl)
- cholesterol całkowity
- cholesterol HDL
- cholesterol LDL
- czynnik reumatoidalny (RF)
- dehydrogenaza mleczanowa (LDH)
- fosfataza alkaliczna (AP)
- fosfataza kwaśna całkowita
- fosfataza sterczowa
- gamma-glutamylotranspeptydaza (GGTP)
- glukoza
- kinaza fosfokreatynowa
- kreatynina
- kwas moczowy
- lipidogram
- mocznik
- potas (K)
- proteinogram
- sód (Na)
- test obciążenia glukozą
- triglicerydy
- wapń całkowity (Ca)
- żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)
- żelazo (Fe)
- hemoglobina glikowana (HbA1C)

3. Badania serologiczne i immunologiczne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- antygen HBs

- antystreptolizyna O (ASO)
- oznaczenie grupy krwi układu A, B, 0, Rh(D) z oceną hemolizy
- odczyn Waalera-Rosego
- odczyn VDRL (USR/RPR)
- przeciwciała przeciw HBs

4. Badania hormonalne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- hormon tyreotropowy (TSH)

5. Badania bakteriologiczne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- posiew wymazu z gardła
- posiew wymazu z rany
- posiew moczu z antybiogramem
- posiew kału ogólny
- posiew kału w kierunku Salmonella/Shigella

6. Badania moczu

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- amylaza w moczu
- badanie ogólne moczu (profil)
- białko
- glukoza
- kreatynina
- wapń

7. Badania kału

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- badanie ogólne kału
- krew utajona w kale
- pasożyty/jaja pasożytów w kale

8. Badania inne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej)

Diagnostyka radiologiczna

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach za pośrednictwem infolinii medycznej.

BEZPŁATNIE, 3 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

- RTG czaszki
- RTG okolicy czołowej
- RTG żuchwy
- RTG szczęki
- RTG zatok nosa
- RTG nosa
- RTG oczodołu
- RTG okolicy nadoczodołowej
- RTG spojenia żuchwy
- RTG okolicy jarzmowo-szczękowej
- RTG krtani
- RTG przewodu nosowo-łzowego
- RTG nosogardzieli
- RTG gruczołów ślinowych

- RTG okolicy tarczycy
- RTG języczka
- RTG tkanek miękkich klatki piersiowej
- RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego)
- RTG barku
- RTG łopatk
- RTG mostka
- RTG żeber
- RTG stawów
- RTG ramienia
- RTG łokcia
- RTG przedramienia
- RTG nadgarstka
- RTG dłoni
- RTG palca
- RTG kończyny górnej
- RTG kończyny dolnej
- RTG miednicy
- RTG biodra
- RTG uda
- RTG kolana
- RTG podudzia
- RTG kostki
- RTG stopy
- RTG przeglądowe jamy brzusznej

Diagnostyka ultrasonograficzna

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej. Nie obejmuje badań USG 4D i USG genetycznego.

BEZPŁATNIE, 3 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

- USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne
- USG gruczołu krokowego transrektalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne)
- USG skriningowe ginekologiczne
- USG miednicy małej
- USG piersi
- USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy)
- USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego)
- USG tarczycy
- USG mięśni
- USG stawów biodrowych
- USG stawów kolanowych
- USG stawów łokciowych
- USG stawów skokowych
- USG stawów barkowych
- USG drobnych stawów i więzadeł
- USG ścięgna
- USG węzłów chłonnych
- USG krtani
- USG nadgarstka
- USG palca
- USG tkanek miękkich
- USG ciąży

Diagnostyka obrazowa Tomografia komputerowa (TK) i Rezonans Magnetyczny (MR)

BEZPŁATNIE, 1 RAZ W ROKU

TK i MR są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.

Wynik badań otrzymasz w formie zgodnej z przyjętym standardem w danej placówce.

- TK i MR głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, uszu)
- TK i MR tkanek miękkich szyi
- TK i MR klatki piersiowej
- TK i MR jamy brzusznej
- TK i MR miednicy
- TK i MR kości
- TK i MR stawów
- TK i MR kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego)
- TK i MR kończyny górnej i dolnej (ręki, ramienia, przedramienia, nadgarstka, uda, podudzia, stopy).

Zakres nie obejmuje kosztów kontrastu, a także badań angio MR, enterografii MR, MR serca, MR gruczołu krokowego, angio TK, kolonoskopii TK wirtualnej, HRTC, HRT, OCT, SL-OCT, TK serca oraz metod TK: stożkowej i spiralnej.

Badania organizujemy na takich aparatach, jakie są dostępne w placówkach.

Badania czynnościowe

Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- EKG spoczynkowe
- spirometria

Prowadzenie ciąży

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Prowadzenie ciąży fizjologicznej obejmuje opiekę lekarza ginekologa, konsultacje i badania diagnostyczne oraz czynne poradnictwo w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu, zgodnie z zakresem świadczeń. Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

Szczepienia ochronne

Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.

BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU

- szczepienie przeciwko grypie sezonowej

Recepta – bez wizyty u lekarza

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Usługa umożliwiająca zamówienie recepty bez konieczności odbycia kontrolnej konsultacji lekarskiej. Usługa jest dostępna we wskazanych przez świadczeniodawcę (ew. „w wybranych”) placówkach, po spełnieniu następujących warunków:

- recepta jest wypisywana na lek przyjmowany na stałe (co wynika z indywidualnej historii choroby, w której odzwierciedlone są: wywiad lekarski, wynik badania fizykalnego i badań dodatkowych, rozpoznanie i wskazania do terapii oraz sposób dawkowania i czas stosowania leku);
- lek, na który ma być wypisana recepta był wcześniej przepisany przez lekarza w placówce świadczeniodawcy, w której zgłaszane jest zamówienie;
- recepta na leki refundowane przez NFZ jest wydawana przez placówkę osobie po weryfikacji jej ubezpieczenia w udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia systemie;
- recepta jest wydawana po okazaniu dowodu tożsamości osoby odbierającej receptę.

Recepta może zostać wydana osobie, która została wskazana przez uprawnionego do otrzymania recepty. Dane osoby upoważnionej są odnotowywane w dokumentacji medycznej osoby uprawnionej. Zamówienie recepty na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recepty odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę świadczeniodawcy. Lekarz może odmówić wystawienia recepty bez konsultacji lekarskiej jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.

Rezerwacja świadczeń medycznych

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- Poprzez portal mojePZU, gdzie można dokonać rezerwacji wizyty lekarskiej lub badania.
- Za pośrednictwem infolinii PZU Zdrowie pod numerem 801 405 905, 799 698 698 lub 22 505 15 48 (opłata zgodna z taryfą operatora). Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.

Serwis SMS

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Potwierdzamy termin i miejsce realizacji usługi medycznej za pośrednictwem SMS.

Przez SMS możesz też odwołać umówioną usługę medyczną.

Konsultacje ambulatoryjne

Konsultacje ambulatoryjne realizujemy bez skierowania. Odbývają się w placówce medycznej i obejmują:

- fizykalne badanie pacjenta,
- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia dotyczące sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i e-skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, organizacja konsultacji ambulatoryjnej w danej lokalizacji zależy od ich dostępności.

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:

1. chorób wewnętrznych (interny)
2. medycyny rodzinnej
3. pediatrii
4. alergologii
5. anestezjologii
6. audiologii
7. chirurgii ogólnej
8. chirurgii onkologicznej
9. chorób płuc (pulmonologii)
10. chorób zakaźnych
11. dermatologii
12. diabetologii
13. endokrynologii
14. gastroenterologii
15. ginekologii i położnictwa
16. hematologii

17. hepatologii
18. kardiologii
19. nefrologii
20. neurochirurgii
21. neurologii
22. okulistyki
23. onkologii
24. ortopedii i traumatologii narządu ruchu
25. otolaryngologii
26. reumatologii
27. urologii
28. wenerologii

BEZPŁATNIE, 4 WIZYTY W ROKU

29. psychiatrii
30. andrologii

Konsultacje telemedyczne

Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbývają się telefonicznie, przez czat lub video czat i obejmują:

- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia dotyczące sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i e-skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym (oprócz skierowań na badania z zakresu diagnostyki: radiologicznej, obrazowej TK i NMR oraz endoskopowej).

Z konsultacji telemedycznych z zakresu chorób wewnętrznych (interny) i pediatrii można skorzystać codziennie od przez całą dobę. Z pozostałych konsultacji telemedycznych można skorzystać codziennie od 7 do 22. Jesteśmy dostępni także w dni ustawowo wolne od pracy. Przed rozpoczęciem konsultacji należy zaakceptować regulamin Dostawcy Telemedycznego. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora. W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15 roku życia, organizacja konsultacji telemedycznych zależy od ich dostępności.

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Konsultacje telemedyczne z zakresu:

1. chorób wewnętrznych (interny)
2. pediatrii
3. alergologii
4. chirurgii ogólnej
5. chorób płuc (pulmonologii)
6. dermatologii
7. diabetologii
8. endokrynologii
9. gastroenterologii
10. ginekologii i położnictwa
11. hematologii

12. kardiologii
13. nefrologii
14. neurochirurgii
15. neurologii
16. okulistyki
17. onkologii
18. ortopedii i traumatologii narządu ruchu
19. otolaryngologii
20. urologii

Zabiegi ambulatoryjne

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Zabiegi wykonywane w ramach porady lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem, że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla uprawnionego.

1. Zabiegi pielęgniarские

- pomiar ciśnienia
- pomiar wzrostu i wagi ciała
- iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne
- podłączenie wlewu kroplowego
- pobranie krwi

2. Zabiegi ogólnolekarskie

- założenie cewnika (bez kosztu cewnika)
- pobranie materiału do badań mikrobiologicznych
- opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)
- usunięcie kleszcza

3. Zabiegi alergologiczne

- odczulanie (bez kosztu podawanych leków)

4. Zabiegi chirurgiczne

- nacięcie ropnia
- leczenie wrośniętego paznokcia
- szycie rany
- zdjęcie szwów

5. Zabiegi ginekologiczne

- pobranie materiału do badania cytologicznego

6. Zabiegi okulistyczne

- badanie dna oka
- badanie ostrości widzenia
- badanie pola widzenia
- pomiar ciśnienia śródgałkowego
- usunięcie ciała obcego z oka
- dobór szkielek korekcyjnych

7. Zabiegi ortopedyczne

- opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)

8. Zabiegi otolaryngologiczne

- płukanie uszu
- przedmuchiwanie trąbki słuchowej
- usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła
- postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa
- opatrunek uszny z lekiem

9. Zabiegi urologiczne

- zakładanie cewników (bez kosztu cewnika)

Diagnostyka laboratoryjna

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia

- czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)
- czas protrombinowy (PT)
- fibrynogen (FIBR)
- morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów
- morfologia krwi bez rozmazu
- hematokryt
- hemoglobina
- odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
- leukocyty
- płytki krwi
- retikulocyty

2. Badania biochemiczne

- albuminy
- aminotransferaza alaninowa (ALT)
- aminotransferaza asparaginianowa (AST)
- amylaza
- białko całkowite
- białko C-reaktywne (CRP)
- bilirubina bezpośrednia
- bilirubina pośrednia
- bilirubina całkowita
- ceruloplazmina
- chlorki (Cl)
- cholesterol całkowity
- cholesterol HDL
- cholesterol LDL
- czynnik reumatoidalny (RF)
- dehydrogenaza mleczanowa (LDH)
- fosfataza alkaliczna (AP)
- fosfataza kwaśna całkowita
- fosfataza sterczowa
- fosforany
- gamma-glutamylotranspeptydaza (GGTP)
- glukoza
- kinaza fosfokreatynowa
- kreatynina
- kwas moczowy
- lipidogram
- mocznik
- potas (K)
- proteinogram
- sód (Na)
- test obciążenia glukozą
- triglicerydy
- wapń całkowity (Ca)
- witamina B12
- żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)
- żelazo (Fe)
- antygen swoisty dla stercza – PSA całkowite

- ferrytyna
- transferytyna
- hemoglobina glikowana (HbA1C)

3. Badania serologiczne i immunologiczne

- antygen HBs
- antystreptolizyna O (ASO)
- oznaczenie grupy krwi układu A, B, 0, Rh(D) z oceną hemolizy
- odczyn Waalera-Rosego
- odczyn VDRL (USR/RPR)
- przeciwciała przeciw HBs
- odczyn Coombsa (BTA)
- badanie przeglądowe na obecność przeciwciał

4. Badania hormonalne

- hormon tyreotropowy (TSH)
- aldosteron
- dehydroepiandrosteronu siarazan (DHEAS)
- estradiol
- hormon adrenokortykotropowy (ACTH)
- hormon folikulotropowy (FSH)
- hormon luteinizujący (LH)
- kortyzol
- osteokalcyna
- parathormon (PTH)
- progesteron
- prolaktyna (PRL)
- prolaktyna (PRL) po metoclopramidzie
- testosteron
- trijodotyronina całkowita (TT3)
- trijodotyronina wolna (fT3)
- tyroksyna całkowita (TT4)
- tyroksyna wolna (fT4)

5. Badania immunologiczne

- immunoglobulina E całkowite (IgE)
- przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (aTPO)
- przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (aTG)
- przeciwciała przeciw Chlamydia trachomatis (IgA, IgG, IgM)
- przeciwciała przeciw Helicobacter pylori

6. Badania wirusologiczne

- antygen HBe
- przeciwciała przeciw HBe
- przeciwciała przeciw HCV
- przeciwciała przeciw HIV
- przeciwciała przeciw Rubella (różyczka) (IgG, IgM)
- przeciwciała przeciw toksoplazmoza gondii (IgG, IgM)
- przeciwciała przeciw mononukleozie zakaźnej/ EBV (IgM)

7. Badania bakteriologiczne

- posiew wymazu z gardła
- posiew wymazu z gardła z antybiogramem
- posiew wymazu z rany
- posiew moczu z antybiogramem
- posiew kału ogólny
- posiew kału w kierunku Salmonella/Shigella
- posiew wymazu z odbytu
- posiew nasienia
- posiew płwociny

8. Badania moczu

- amylaza w moczu
- badanie ogólne moczu (profil)
- białko

- glukoza
- kreatynina
- wapń

9. Badania kału

- badanie ogólne kału
- krew utajona w kale
- pasożyty/jaja pasożytów w kale
- kał na lamblie metodą Elisa
- resztki pokarmowe w kale

10. Badania inne

- cytologia wymazu z szyjki macicy (z wyłączeniem cytologii płynnej)
- biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z możliwością wykonania badania histopatologicznego)
- skórne testy alergiczne – panel pokarmowy
- skórne testy alergiczne – panel wziewny
- skórne testy alergiczne – panel mieszaný

Diagnostyka radiologiczna

BEZPŁATNIE, 3 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach za pośrednictwem infolinii medycznej.

- RTG czaszki
- RTG okolicy czołowej
- RTG żuchwy
- RTG szczęki
- RTG zatok nosa
- RTG nosa
- RTG oczodołu
- RTG okolicy nadoczodołowej
- RTG spojenia żuchwy
- RTG okolicy jarzmowo-szczękowej
- RTG krtani
- RTG przewodu nosowo-łzowego
- RTG nosogardzieli
- RTG gruczołów ślinowych
- RTG okolicy tarczycy
- RTG języczka
- RTG tkanek miękkich klatki piersiowej
- RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego)
- RTG barku
- RTG łopatki
- RTG mostka
- RTG żeber
- RTG stawów
- RTG ramienia
- RTG łokcia
- RTG przedramienia
- RTG nadgarstka
- RTG dłoni
- RTG palca
- RTG kończyny górnej
- RTG kończyny dolnej
- RTG miednicy
- RTG biodra
- RTG uda
- RTG kolana
- RTG podudzia
- RTG kostki

- RTG stopy
- RTG przeglądowe jamy brzusznej
- mammografia
- urografia (zdjęcie nerek, moczowodów i pęcherza)
- wlew doodbytniczy

Diagnostyka ultrasonograficzna

BEZPŁATNIE, 3 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej. Nie obejmuje badań USG 4D i USG genetycznego.

- USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne
- USG gruczołu krokowego transrektalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne)
- USG skriningowe ginekologiczne
- USG miednicy małej
- USG piersi
- USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy)
- USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego)
- USG tarczycy
- USG mięśni
- USG stawów biodrowych
- USG stawów kolanowych
- USG stawów łokciowych
- USG stawów skokowych
- USG stawów barkowych
- USG drobnych stawów i więzadeł
- USG ścięgna
- USG węzłów chłonnych
- USG krtani
- USG nadgarstka
- USG palca
- USG tkanek miękkich
- USG ciąży
- echokardiografia (ECHO)
- USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej
- USG dopplerowskie szyi
- USG dopplerowskie kończyn

Diagnostyka obrazowa Tomografia komputerowa (TK) i Rezonans Magnetyczny (MR)

BEZPŁATNIE, 3 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

TK i MR są wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego. Wynik badań otrzymasz w formie zgodnej z przyjętym standardem w danej placówce.

- TK i MR głowy (przysadki, zatok, oczodołów, kości skroniowych, szyi, krtani, uszu)
- TK i MR tkanek miękkich szyi
- TK i MR klatki piersiowej
- TK i MR jamy brzusznej
- TK i MR miednicy
- TK i MR kości
- TK i MR stawów

- TK i MR kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego)
- TK i MR kończyny górnej i dolnej (ręki, ramienia, przedramienia, nadgarstka, uda, podudzia, stopy).

Zakres nie obejmuje kosztów kontrastu, a także badań angio MR, enterografii MR, MR serca, MR gruczołu krokowego, angio TK, kolonoskopii TK wirtualnej, HRTC, HRT, OCT, SL-OCT, TK serca oraz metod TK: stożkowej i spiralnej.

Badania zorganizujemy na takich aparatach, jakie są dostępne w placówkach.

Diagnostyka endoskopowa

BEZPŁATNIE, 3 RAZY W ROKU ŁĄCZNIE

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach). Zakres nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego oraz badań wideo.

- gastroskopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu ureazowego)
- sigmoidoskopia
- rektoskopia
- kolonoskopia

Badania czynnościowe

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

- EKG spoczynkowe
- spirometria
- EKG – pomiar całodobowy metodą Holtera
- EKG – próba wysiłkowa
- pomiar całodobowy ciśnienia tętniczego metodą Holtera ciśnieniowego
- EEG (encefalografia) w trybie czuwania (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, wideo EEG)
- EMG (elektromiografia)
- densytometria kręgosłupa
- densytometria kości udowej
- densytometria obu rąk
- audiometria tonalna
- audiometria impedancyjna (tympanogram)

Prowadzenie ciąży

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Prowadzenie ciąży fizjologicznej obejmuje opiekę lekarza ginekologa, konsultacje i badania diagnostyczne oraz czynne poradnictwo w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu, zgodnie z zakresem świadczeń. Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza Świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

Szczepienia ochronne

Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.

BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU

- szczepienie przeciwko grypie sezonowej

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

- anatoksyna przeciw tężcowi

Opieka stomatologiczna

BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU

- przegląd stomatologiczny

20% ZNIŻKI, BEZ LIMITU

- wypełnienie zęba
- leczenie zęba mlecznego (wypełnienie)
- ekstrakcja zęba mlecznego
- leczenie zgorzeli
- odbudowa zęba
- opatrunek leczniczy
- trepanacja zęba
- znieczulenie (nasiętkowe lub przewodowe)
- znieczulenie The Wand
- wypełnienie kanału
- czasowe wypełnienie kanału
- reendo – powtórne leczenie kanałowe
- opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne
- opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe
- usunięcie złamanego narzędzia z kanału
- dewitalizacja
- ekstyrpacja miazgi
- wypełnienie kanału – pod mikroskopem
- wypełnienie ostateczne korony zęba przy leczeniu kanałowym
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej
- lakierowanie zębów fluorem
- lakowanie zębów
- piaskowanie zębów
- scaling złogów nazębnych
- RTG zęba

Recepta – bez wizyty u lekarza

BEZPŁATNIE, BEZ LIMITU

Usługa umożliwiająca zamówienie recepty bez konieczności odbycia kontrolnej konsultacji lekarskiej. Usługa jest dostępna we wskazanych przez świadczeniodawcę (ew. „w wybranych”) placówkach, po spełnieniu następujących warunków:

- recepta jest wypisywana na lek przyjmowany na stałe (co wynika z indywidualnej historii choroby, w której odzwierciedlone są: wywiad lekarski, wynik badania fizykalnego i badań dodatkowych, rozpoznanie i wskazania do terapii oraz sposób dawkowania i czas stosowania leku);
- lek, na który ma być wypisana recepta był wcześniej przepisany przez lekarza w placówce świadczeniodawcy, w której zgłaszane jest zamówienie;
- recepta na leki refundowane przez NFZ jest wydawana przez placówkę osobie po weryfikacji jej ubezpieczenia w udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia systemie;
- recepta jest wydawana po okazaniu dowodu tożsamości osoby odbierającej receptę.

Recepta może zostać wydana osobie, która została wskazana przez uprawnionego do otrzymania recepty. Dane osoby upoważnionej są odnotowywane w dokumentacji medycznej osoby uprawnionej. Zamówienie recepty na leki odbywa się poprzez kontakt telefoniczny, elektroniczny lub osobisty z placówką, w której kontynuowany jest proces leczenia poprzez udostępniony przez daną placówkę sposób przyjmowania zamówienia. Odbiór recepty odbywa się według zasad wskazywanych przez placówkę świadczeniodawcy. Lekarz może odmówić wystawienia recepty bez konsultacji lekarskiej jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.



Formularze:

Wzór odstąpienia od umowy – Formularz A

Wzór wypowiedzenia z dniem zakończenia Umowy
terminowej – Formularz B

Wzór wypowiedzenia Umowy zawartej na czas nieokreślony
– Formularz B1

Formularz A

Wzór formularza odstąpienia od umowy zawartej na odległość

.....
Imię i nazwisko Klienta

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer Umowy

Adresat

kontakt@medipakiet.pl

PBG Services Sp. z o.o.
ul. Młynarska 42
01-205 Warszawa

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy zawartej na odległość

(formularz należy wypełnić tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Niniejszym odstępuję od umowy na świadczenie opieki medycznej realizowanej przez LUX MED zawartej w dniu.....

.....
data i podpis Klienta

Konsument, który zawarł umowę na odległość lub poza lokalem przedsiębiorstwa, może w terminie 14 dni odstąpić od niej bez podawania przyczyny.

* Jeżeli Klient wykorzysta prawo odstąpienia od Umowy mimo zgłoszenia wyraźnego żądania otrzymania Świadczeń Zdrowotnych na rzecz Osoby Uprawnionej (Pacjenta), a tym samym rozpocznie wykonywanie Umowy przed upływem terminu do odstąpienia od Umowy ma obowiązek zapłaty za świadczenia spełnione do chwili odstąpienia od Umowy na rzecz Zleceniobiorcy zgodnie z zapisami OWŚU § 9 ust. 2 i ust. 3.

Formularz B
Wzór formularza wypowiedzenia umowy

.....
Imię i nazwisko Klienta

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer Umowy

Adresat

kontakt@medipakiet.pl

PBG Services Sp. z o.o.
ul. Młynarska 42
01-205 Warszawa

WYPOWIEDZENIE UMOWY TERMINOWEJ ZAWARTEJ NA OKRES 12 MIESIĘCY

(umowę można wypowiedzieć do 30 dni przed jej zakończeniem)

Niniejszym wypowiadam umowę zawartą w dniu na okres 12 miesięcy o świadczenie usług medycznych z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym upłynie 12 miesięcy obowiązywania umowy.

.....
data i podpis Klienta

Formularz B1
Wzór formularza wypowiedzenia umowy

.....
Imię i nazwisko Klienta

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer Umowy

Adresat

kontakt@medipakiet.pl

PBG Services Sp. z o.o.
ul. Młynarska 42
01-205 Warszawa

WYPOWIEDZENIE UMOWY ZAWARTEJ NA CZAS NIEOKREŚLONY

(wypowiedzenie po upływie 12 miesięcy trwania umowy)

Niniejszym wypowiadam umowę o świadczenie usług medycznych zawartą w dniu
(po upływie 12 miesięcy trwania umowy jest zawarta na czas nieokreślony) z zachowaniem miesięcznego
okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.

.....
data i podpis Klienta



Pozostałe załączniki:

Klauzula obowiązku informacyjnego PZU Zdrowie

Klauzula informacyjna PZU Zdrowie dla pacjenta

[Administrator danych osobowych]

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-843) przy Rondzie Daszyńskiego 4 (dalej „PZU Zdrowie”). Kontakt z Administratorem jest możliwy elektronicznie na adres e-mail: daneosobowe-zdrowie@pzu.pl lub listownie na wyżej wskazany adres siedziby Administratora.

[Inspektor Ochrony Danych]

W sprawach ochrony danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt jest możliwy elektronicznie na adres e-mail: IODzdrowie@pzu.pl lub listownie na adres: PZU Zdrowie S.A., Rondo Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych”.

[Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane przez PZU Zdrowie w następujących celach i na następujących podstawach prawnych:

- 1) objęcia świadczeniami medycyny pracy – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: „RODO”) w związku z art. 229 Kodeksu pracy;
- 2) realizacji świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz weryfikacji tożsamości pacjenta przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w związku z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi; ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej; ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3) dokonywania rozliczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, rozpatrywania reklamacji i dochodzeniem roszczeń związanych z prowadzoną działalnością – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz f w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO. Uzasadnionym interesem Administratora jest rozliczenie udzielonego świadczenia, obsługa reklamacji oraz dochodzenie i obrona swoich praw;
- 4) prowadzenia dokumentacji rachunkowej i wypełnieniu obowiązków podatkowych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w związku z przepisami ustawy o rachunkowości;
- 5) zapewnienia właściwych standardów i bezpieczeństwa świadczonej opieki zdrowotnej oraz poprawy jakości usług – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f w związku z art. 9 ust. 2 lit. i RODO. Uzasadnionym interesem Administratora jest dbałość o wzrost jakości opieki zdrowotnej.

Podanie danych, przetwarzanych w celach, o których mowa w pkt 3, 5 jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu realizacji świadczenia zdrowotnego. Niepodanie danych (innych niż numer telefonu lub adres e-mail) będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji świadczenia zdrowotnego. Dane w postaci numeru telefonu lub adresu e-mail przetwarzamy w celu poinformowania o umówionej wizycie lub jej odwołaniu. W przypadkach, o których mowa w pkt 1, 2, 4 przetwarzanie danych odbywa się na podstawie wskazanych przepisów prawa.

[Okresy przechowywania danych]

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane:

- 1) w przypadku danych przetwarzanych w celach, o których mowa w pkt. 1 i 2 powyżej – przez okres wymagany przepisami prawa, w szczególności ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) w przypadku danych przetwarzanych w celach, o którym mowa w pkt. 3 – do końca okresu przedawnienia roszczeń wskazanego w Kodeksie cywilnym;
- 3) w przypadku danych przetwarzanych w celach, o których mowa w pkt. 4 – przez okres wymagany przepisami ustawy o rachunkowości;
- 4) w przypadku danych przetwarzanych w celach, o których mowa w pkt. 5 – przez okres niezbędny do prowadzenia działań mających na celu zapewnienie właściwych standardów i bezpieczeństwa świadczonej opieki zdrowotnej oraz poprawy jakości usług.

[Odbiorcy danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym podmiotom leczniczym, a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na polecenie Administratora (np. dostawcom usług IT), przy czym podmioty takie przetwarzać będą dane wyłącznie na podstawie umowy z Administratorem oraz zgodnie z jego poleceniami. Dane mogą być również przekazywane do rejestrów publicznych w zakresie, w jakim jest to wymagane przepisami prawa.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia (w stosownych przypadkach), przenoszenia, a także prawo do wniesienia sprzeciwu na zasadach określonych w RODO. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce. W celu realizacji przysługujących Pani/Panu praw należy skontaktować się z Administratorem lub Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych powyżej danych kontaktowych.