HMS Assistance Watoła S.K.A
ul. Żeromskiego 32-34 lok 119/120 ,81-369 Gdynia
Sąd Rejonowy w Gdańsku KRS 0000948822
NIP 5862324364, REGON 368641290
tel.: (+4858) 742 21 70, fax: (+4858) 742 21 71
www.hms-assistance24.com
Centrum Operacyjne 798 731 731
,

Umowa o świadczenie usług medycznych nr …

zawarta dnia ….. roku w Gdyni pomiędzy:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres (ulica, numer domu, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Dane kontaktowe (telefon stacjonarny, telefon komórkowy, adres e-mail)

zwanym dalej **Zleceniodawcą**

a

HMS Assistance Watoła S.K.A

z siedzibą: 81-369 Gdynia, ul. Żeromskiego 32-34, lok 119/120, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gdańsku pod numerem KRS 0000948822, posiadającą NIP 5862324364, REGON 368641290

Postanowienia szczegółowe:
1. Wariant opieki medycznej

Program Classic
□ Program Indywidualny 125,00 PLN miesięcznie □ Program Rodzinny 280 PLN miesięcznie

Program Comfort
□ Program Indywidualny 155,00 PLN miesięcznie □ Program Rodzinny 305,00 PLN miesięcznie

2. Wykaz Pacjentów
nazwisko i imię/PESEL/data urodzenia/adres zamieszkania (ulica, numer domu, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)/telefon kontaktowy

1

2

3

4

5

3. Data wejścia w życie umowy: … roku

WZÓR

Warunki umowy o świadczenie usług medycznych

§ 1
Przedmiot Umowy

Przedmiotem umowy jest świadczenie przez **HMS Assistance** usług medycznych, określonych w **Zakresie usług medycznych**, stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszej umowy, na rzecz **Zleceniodawcy** lub osób przez niego wskazanych, na zasadach określonych w umowie.

§ 2
Uprawnieni do otrzymania świadczeń zdrowotnych

Umowa może być zawarta z marynarzem czynnym zawodowo, posiadającym międzynarodowe świadectwo zdrowia zgodne z standardem MLC stanowiące **załącznik nr 2** do niniejszej umowy. Wykaz osób objętych opieką medyczną i uprawnionych do otrzymania świadczeń zdrowotnych, zwany dalej **Wykazem Pacjentów,** określony jest w **Postanowieniach Szczegółowych** niniejszej umowy.

§ 3
Realizacja usług medycznych

1. **HMS ASSISTANCE** oświadcza, że posiada zasoby organizacyjne, techniczne, finansowe i wykwalifikowane kadry do realizacji usług medycznych będących przedmiotem niniejszej umowy.
2. **HMS ASSISTANCE** zobowiązuje się do realizacji usług medycznych objętych niniejszą umową:
   a) w ramach czasowych, zakresie i w sposób określony w **załączniku nr 1** do niniejszej umowy;
   b) w HMS Clinic przy ul. Pułaskiego 6 w Gdyni lub poprzez **PARTNERÓW MEDYCZNYCH** - osoby i podmioty przez siebie wybrane na podstawie odrębnego stosunku prawnego, z zachowaniem należytej staranności, rzetelności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób;
   c) po uprzedniej rejestracji Pacjenta w placówce medycznej **HMS ASSISTANCE** lub w placówce Partnera Medycznego w sposób określony **w załączniku nr 1** do niniejszej umowy.
3. **HMS ASSISTANCE** zastrzega sobie prawo do zmiany Partnerów Medycznych w trakcie obowiązywania niniejszej umowy.
4. **HMS ASSISTANCE** oświadcza, że nie realizuje usług medycznych w sytuacjach wymagających działań w trybie nagłym, a w szczególności w ramach pomocy doraźnej świadczonej przez krajową sieć ratownictwa medycznego, co Zleceniodawca rozumie i akceptuje, oraz o czym zobowiązuje się poinformować osoby uprawnione, o których mowa w § 2 niniejszej umowy.

§ 4
Poufność

1. **ZLECENIODAWCA** przekazuje **HMS ASSISTANCE** do przetwarzania dane osób uprawnionych do otrzymania świadczeń medycznych, w celu i zakresie potrzebnym do właściwej realizacji postanowień niniejszej umowy oraz wyraża zgodę na powierzenie i przetwarzanie danych osobowych przez podmioty trzecie będące **Partnerami Medycznymi**.
2. **ZLECENIODAWCA** oświadcza, że wszystkie osoby wymienione w Wykazie Pacjentów, wyraziły zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych w zakresie potrzebnym do realizacji niniejszej umowy, w tym o którym mowa w ust. 1 powyżej.
3. **HMS ASSISTANCE** zobowiązuje się do przetwarzania danych dotyczących osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, w szczególności dotyczących ich stanu zdrowia, w sposób określony w Rozporządzeniu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz.1000).
4. Strony oświadczają, że wszelkie informacje, o których powezmą wiadomość przy okazji zawarcia i wykonywania niniejszej umowy bądź w związku z jej zawarciem i wykonywaniem, stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa stron w rozumieniu Ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. Nr 47, poz. 211), podlegają ochronie przewidzianej powołaną ustawą.

§ 5
Rozliczenia

1. Niniejsza umowa może być zawarta w formie **Programu Indywidualnego** dla jednej osoby lub **Programu Rodzinnego** - współmałżonkowie (partnerzy) wraz ze wszystkimi dziećmi własnymi i przysposobionymi, które w dniu zawarcia umowy nie ukończyły 18. roku życia. W przypadku ukończenia przez dzieci własne i przysposobione 18 roku życia, nie podlegają one Programowi Rodzinnemu.
2. Strony postanawiają, że zmiana wariantu opieki medycznej danego Pacjenta może być dokonana wyłącznie jeden raz na 12 miesięcy od daty przystąpienia Pacjenta do opieki medycznej, z zastrzeżeniem możliwości każdorazowej zmiany wariantu na wyższy w odniesieniu do zakresu usług medycznych, do których jest uprawniony Pacjent w trakcie obowiązywania niniejszej umowy.
3. W przypadku rezygnacji przez Zleceniodawcę z pakietu opieki medycznej ponowne przystąpienie do niego może być dokonane po upływie 12 miesięcy od rezygnacji.
4. Z tytułu realizacji postanowień niniejszej umowy, **HMS Assistance** przysługuje od **Zleceniodawcy** zryczałtowane wynagrodzenie, określone w **Postanowieniach Szczegółowych** niniejszej umowy, płatne przez **Zleceniodawcę** bez wezwania, przelewem na wskazane konto bankowe, w okresach miesięcznych lub dłuższych, w terminie najpóźniej do 20. dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym świadczone będą usługi medyczne objęte niniejszą umową.

Nr konta bankowego HMS Assistance:
Bank Spółdzielczy w Kościerzynie
51 8328 0007 2001 0015 0327 0003

5. **HMS Assistance** ponosi koszty związane z realizacją obowiązków wynikających z niniejszej umowy wyłącznie w zakresie usług medycznych określonych w **załączniku nr 1** do niniejszej umowy.
6. Koszty usług medycznych nie objętych postanowieniami niniejszej umowy płatne będą przez Pacjenta w placówce medycznej **HMS Assistance** lub **Partnera Medycznego**, wg stawek cennika detalicznego obowiązującego w dniu realizacji danej usługi.
7. **HMS Assistance** zastrzega sobie prawo do:
   a) zmiany wysokości zryczałtowanego wynagrodzenia jeden raz w roku kalendarzowym, o czym poinformuję **Zleceniodawcę** w formie pisemnej;
   b) wstrzymania wykonywania usług w przypadku zwłoki lub opóźnienia w płatności za co najmniej okres jednego miesiąca.

§6
Okres obowiązywania umowy

1. Umowa zostaje zawarta na czas oznaczony wynoszący 12 (słownie: dwanaście) miesięcy i wchodzi w życie z dniem jej podpisania.
2. Po upływie okresu oznaczonego obowiązywania umowy wskazanego w ust. 1 powyżej, każdej ze Stron przysługuje prawo do jej rozwiązania na koniec miesiąca kalendarzowego, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

WZÓR

3. Każda Strona ma prawo złożenia pisemnego oświadczenia o ustaniu obowiązywania Umowy po okresie oznaczonym na dwa tygodnie przed jego upływem. W przypadku braku złożenia takiego oświadczenia przez którąkolwiek ze Stron, po upływie okresu oznaczonego, Umowa będzie automatycznie obowiązywała na czas oznaczony.
4. **HMS ASSISTANCE** przysługuje prawo do rozwiązania niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku opóźnienia w płatności wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1 – postanowienia szczegółowe, za dwa pełne okresy płatności. W takim przypadku **HMS ASSISTANCE** przysługiwało będzie również Wynagrodzenie za cały okres oznaczony Umowy, pozostały do końca jej obowiązywania.
5. Wypowiedzenie umowy dla swej skuteczności powinno być poprzedzone pisemnym wezwaniem do usunięcia uchybień w określonym, jednak nie krótszym niż czternaście dni terminie, skierowanym do Strony winnej wystąpienia uchybień. Wypowiedzenie może być dokonane w razie bezskutecznego upływu zakreślonego terminu.

§7

Postanowienia końcowe

1. Niniejsza umowa nie ma charakteru ubezpieczenia osobowego, w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego oraz przepisów prawa o ubezpieczeniach. Przedmiotem niniejszej umowy nie jest ubezpieczenie zdrowia Pacjenta, a Pacjent nie jest uprawniony do żądania świadczenia ubezpieczeniowego w jakiejkolwiek postaci.
2. Żadna ze Stron nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie umowy będące następstwem wystąpienia siły wyższej. Strony umowy mogą odstąpić od umowy, jeśli działanie siły wyższej uniemożliwiające którejkolwiek ze stron wykonywanie umowy trwa dłużej niż 30 dni. Strona, której działanie siły wyższej dotyczy, powiadomi o tym niezwłocznie drugą stronę i podejmie wszelkie niezbędne kroki w celu ograniczenie negatywnych skutków niewykonywania umowy. Jako siłę wyższą strony niniejszej umowy przyjmują: wojnę, stan wyjątkowy, strajk generalny, akty władzy państwowej lub samorządowej uniemożliwiające kontynuowanie współpracy, epidemie, powodzie i inne klęski żywiołowe uniemożliwiające wykonanie zobowiązań.
3. Wszelkie nieporozumienia i spory wynikłe z niniejszej umowy będą rozstrzyganie polubownie. Jeśli rozwiązanie polubowne nie będzie możliwe w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia sporu, wyłącznie właściwym do rozpoznania sporu jest sąd powszechny.
4. Postanowienia niniejszej umowy stanowią pełną treść umowy zawartej między Stronami i mają pierwszeństwo przed wszelkimi wcześniej zaciągniętymi zobowiązaniami, oświadczeniami i porozumieniami, bez względu na to, czy dokonano ich w formie pisemnej lub ustnej.
5. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.
6. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
7. W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszej umowy będą miały zastosowanie obowiązujące przepisy prawa.
8. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

_____	_____
HMS ASSISTANCE	**ZLECENIODAWCA**

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1 – Zakres usług medycznych

Załącznik nr 2 – kopia Międzynarodowego Świadectwa Zdrowia Zleceniodawcy

WZÓR