

**PARTNER MEDYCZNY**

Szanowni Państwo!

specjalnie dla naszych najlepszych Klientów przygotowaliśmy szeroką i bardzo korzystną ofertę ubezpieczenia zdrowotnego LUX MED.

Grupa LUX MED jest liderem rynku prywatnych usług medycznych w Polsce oraz częścią uznanej międzynarodowej organizacji Bupa, obsługującej 22 mln Klientów w ponad 190 krajach.

**NAJWAŻNIEJSZE KORZYŚCI Z PRZYSTĄPIENIA DO PAKIETU ZDROWOTNEGO:**

* możliwość bezpłatnego i nielimitowanego korzystania z usług prywatnych placówek medycznych Grupy LUX MED
* dodatkowa możliwość skorzystania z dowolnej placówki spoza wykazu i zwrot poniesionych kosztów wizyty tzw. swoboda leczenia
* nieodpłatne wizyty u lekarzy specjalistów zgodnie z zakresem pakietu
* wizyta u specjalisty bez skierowania
* bezpłatne wykonanie badań diagnostycznych zgodnie z wykazem świadczeń

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET** | **STANDARD** | **COMFORT** | **COMFORT PLUS** | **PREMIUM (VIP)** |
| INDYWIDUALNY | **76,00 zł** | **104,00 zł** | **125,00 zł** | **165,00 zł** |
| PARTNERSKI  | **149,00 zł** | **205,00 zł** | **247,00 zł** | **327,00 zł** |
| RODZINNY | **187,00 zł** | **257,00 zł** | **307,00 zł** | **540,00 zł** |
| **ZAKRES PAKIETU** | **Standard** | **Comfort** | **Comfort Plus** | **Premium** |
| Dostęp do placówek medycznych marki LUX MED  | + | + | + | + |
| Dostęp do placówek medycznych marki Medycyna Rodzinna | + | + | + | + |
| Dostęp do ogólnopolskiej sieci partnerów medycznych | + | + | + | + |
| **PORTAL KLIENTA** | + | + | + | + |
| Indywidualny opiekun Klienta VIP | - | - | - | + |
| Ogólnopolska rezerwacja terminów wizyt i badań | + | + | + | + |
| **PORTAL PACJENTA** | + | + | + | + |
| Ogólnopolska rezerwacja terminów wizyt i badań | + | + | + | + |
| SMS-owe przypomnienie o umówionych wizytach w placówkach własnych Grupy LUX MED. (z opcją odwołania wizyty) | + | + | + | + |
| Telefoniczna Informacja Medyczna | + | + | + | + |
| Kompleksowe konsultacje specjalistyczne | + | + | + | + |
| Konsultacje: psychiatry, psychologa | - | + | + | + |
| Konsultacje profesorskie ze skierowaniem | - | + | + | + |
| Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne | + | + | + | + |
| Szczepienia przeciwko grypie/anatoksyna p/tężcowa | + | + | + | + |
| Szczepienia przeciwko odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych | - | - | - | + |
| Szczepienia przeciw WZW A, WZW A i B, śwince, odrze i różyczce | - | - | - | + |
| Podstawowa profilaktyka bez skierowania | + | + | + | + |
| Prowadzenie ciąży | + | + | + | + |
| Kompleksowe badania diagnostyczne | + | + | + | + |
| Rozszerzone badania diagnostyczne | - | - | - | + |
| Bezpłatne środki kontrastowe do badań TK, MR oraz Urografii | - | + | + | + |
| Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia | - | - | + | + |
| Skórne testy alergiczne | - | + | + | + |
| Rehabilitacja | - | - | + | + |
| Przegląd stomatologiczny raz w roku | - | + | + | + |
| Program medycyny sportowej | - | - | - | + |
| Wizyty domowe | - | - | + | + |
| Wyjazdowa opieka pielęgniarska | - | - | - | + |
| Transport medyczny | - | - | - | + |
| Interwencja karetki do miejsca wskazania | - | - | - | + |
| Swoboda leczenia | - | + | + | + |
| Stomatologia 50/50  | - | - | - | + |
| Ubezpieczenie kosztów leczenia w podróży | - | - | - | + |
| Rabat na świadczenia medyczne znajdujące się poza pakietem, a oferowane przez placówki własne Grupy LUX MED  | 10% | 10% | 10% | 10% |
| Rabat na procedury medyczne oferowane w szpitalu LUX MED  | 10% | 10% | 10% | 10% |
| Rabat na procedury medyczne oferowane w placówkach PROFEMED | 10% | - | - | 10% |
| Rabat na usługi świadczone w szpitalu Carolina Medical Center | 10% | 10% | 10% | 10% |

|  |
| --- |
| **Zasady przystępowania i uczestnictwa:**Aby przystąpić do programu wystarczy zgłosić chęć uczestnictwa w ubezpieczeniu **MULTI PROGRESS** podając swoje dane i dane członków rodziny, których zgłaszamy do ubezpieczenia:**Dane Ubezpieczonego głównego:**1. ……………………………… ……………………………………… …………………………… ……………………………..Nazwisko Imię/imiona PESEL Nr. Telefonu ……………………………………….. ……………………………………………………………………………………………… Adres e-mail Adres zamieszkania **Dane pozostałych członków rodziny:**2. ……………………………… ……………………………………… …………………………… ……………………………..Nazwisko Imię/imiona PESEL Nr. Telefonu ……………………………………….. ……………………………………………………………………………………………… Adres e-mail Adres zamieszkania 3. ……………………………… ……………………………………… …………………………… ……………………………..Nazwisko Imię/imiona PESEL Nr. Telefonu ……………………………………….. ……………………………………………………………………………………………… Adres e-mail Adres zamieszkania  4. ……………………………… ……………………………………… …………………………… ……………………………..Nazwisko Imię/imiona PESEL Nr. Telefonu ……………………………………….. ……………………………………………………………………………………………… Adres e-mail Adres zamieszkania 5. ……………………………… ……………………………………… …………………………… ……………………………..Nazwisko Imię/imiona PESEL Nr. Telefonu ……………………………………….. ……………………………………………………………………………………………… Adres e-mail Adres zamieszkaniaSKŁADKI PŁATNE SĄ Z GÓRY DO 20 DNIA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO OKRES, ZA KTÓRY SĄ NALEŻNE. Dane do wpłat:**Numer konta - 12 1600 1071 8281 1111 1111 1111**Odbiorca: **Multi** **Progress Sp. z o.o., al. Jerozolimskie 200/223, 02-486 Warszawa**W tytule przelewu prosimy wpisać: **imię i nazwisko + zakres ubezpieczenia (Standard, Comfort, Comfort Plus lub Premium)****!!! Brak płatności w wyznaczonym terminie będzie skutkował wypisaniem z Ubezpieczenia !!!**Częstotliwość opłacania składek: miesięczna/kwartalna/półroczna/rocznaW przypadku dodatkowych pytań do Państwa dyspozycji pozostają Pracownicy Kancelarii pod numerem telefonu:**22 35 35 088** |
|

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z zasadami przystąpienia i uczestnictwa w ubezpieczeniu. Zobowiązuję się do terminowych wpłat składki do 20-go każdego miesiąca za miesiąc następny góry. W przypadku niezapłacenia należnej składki w terminie jestem świadomy/świadoma, iż moja ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z wyżej wymienionej umowy wygaśnie z ostatnim dniem miesiąca, za który składka została opłacona.

……………………………………………………………

 podpis

Ulotka ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu Kodeksu Cywilnego oraz innych właściwych przepisów prawnych.