

UMOWA OPIEKI MEDYCZNEJ

(dla podmiotów powiązanych)

zawarta w dniu 25-07-2023.w Warszawie, pomiędzy:

Pełna nazwa firmy

ETISOFT KRAKÓW MAREK OBLAZA SPÓŁKA KOMANDYTOWA

Adres rejestracyjny firmy

ulica: Rydlówka nr domu: 20 nr lokalu:
miasto: Kraków kod pocztowy: 30-363
telefon: 12 263 77 51 faks:

Adres korespondencyjny firmy

ulica: Rydlówka nr domu: 20 nr lokalu:
miasto: Kraków kod pocztowy: 30-363

Dane rejestrowe firmy

numer NIP: 6792828691	numer REGON: 356893947	numer KRS: 0000956756
organ rejestrowy: SĄD REJONOWY DLA KRAKOWA ŚRÓDMIEŚCIA W KRAKOWIE, XI WYDZIAŁ GOSPODARCZY KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO		
reprezentowana przez: Marek Obłaza		

Zwaną dalej Pracodawcą

a

Medicover Sp z o. o.

Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa

KRS: 21314 NIP: 525-15-77-627 REGON: 012396508

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

kapitał zakładowy 36.000.000,- złotych, posiadająca status dużego przedsiębiorcy, w rozumieniu rozporządzenia nr 651/2014 Komisji UE, z dnia 17 czerwca 2014r. oraz ustawy o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.

Reprezentowana przez pełnomocnika na podstawie załączonego/okazanego pełnomocnictwa

Zwaną dalej Medicover

Zważywszy że,

Pracodawca jest podmiotem współpracującym / powiązany kapitałowo z firmą ETISOFT SP. Z O.O. (zwaną dalej „Spółką Główną”), która zawarła Umowę Opieki Medycznej (zwaną dalej „Umową Podstawową”) z Medicover Sp. z o.o. z adresem rejestracyjnym: Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, KRS: 000021314 NIP: 525-15-77-627, REGON: 012396508 zwaną dalej „Medicover”, a Pracodawca wyraził chęć zawarcia Umowy Opieki Medycznej na zasadach określonych w Umowie Podstawowej, strony postanowiły zawrzeć Umowę o następującej treści:

§1.

1. Pracodawca oświadcza, iż:

- jest podmiotem współpracującym / powiązany kapitałowo ze Spółką Główną;
- zapoznał się z warunkami Umowy Podstawowej wraz ze wszystkimi załącznikami i przyjmuje ich treść bez uwag i zastrzeżeń;
- zobowiązuje się do przestrzegania postanowień zawartych w Umowie Podstawowej;
- jest świadomy tego, iż zmiany warunków Umowy Podstawowej będą skutkowały zmianami w niniejszej Umowie, chyba że ustalenia pomiędzy Spółką Główną a Medicover będą inne;
- zgadza się na udostępnianie przez Medicover Spółce Główniej wszelkich informacji związanych z wynagrodzeniem za realizację niniejszej Umowy (czyli m.in. wglądu do faktur, salda płatności oraz historii płatności).

2. W przypadku braku zgody na zmianę warunków Umowy, o których mowa w pkt. d powyżej, Pracodawca uprawniony jest do rozwiązania Umowy Opieki Medycznej, bez okresu wypowiedzenia.

3. Zmiany w ilości Osób Uprawnionych, zmiany Programu, którym jest objęta Osoba Uprawniona lub zmiany danych teleadresowych Osób Uprawnionych w trakcie trwania Umowy, będą dokonywane przez Pracodawcę za pośrednictwem aplikacji internetowej e-Member. W przypadku dokonania zgłoszenia Osoby Uprawnionej za pośrednictwem aplikacji



internetowej e-Member, opieka medyczna rozpoczyna się z chwilą dokonania zgłoszenia lub ze wskazaną przez Pracodawcę datą późniejszą.

4. Warunkiem rozwiązania Umowy w sytuacji, o której mowa w pkt. 2 powyżej, jest przesłanie przez Pracodawcę pisma z informacją o braku zgody na zmianę warunków w przeciągu 30 dni od daty ich zmiany. W takim przypadku umowa zostanie rozwiązana z końcem miesiąca w którym Medicover otrzymał ww. pismo.
5. W przypadku rozwiązania Umowy Podstawowej, niniejsza Umowa ulega automatycznemu rozwiązaniu z datą rozwiązania Umowy Podstawowej.
6. W przypadku otrzymania przez Medicover informacji o zakończeniu współpracy / powiązania kapitałowego ze Spółką Główną, Umowa zostanie rozwiązana z końcem miesiąca, w którym Medicover otrzymał ww. informację.
7. Umowa zostaje zawarta na okres wskazany w Umowie Podstawowej i może być rozwiązana przez każdą ze stron w dowolnym czasie z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia.

§2.

1. Pracodawca oświadcza, że dysponuje zasobami, doświadczeniem oraz wiedzą fachową, które umożliwiają prawidłową realizację powierzenia danych oraz gwarantują wdrożenie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie danych osobowych Uprawnionych (dalej zwanych „Danymi Osobowymi”) spełniało wymogi powszechnie obowiązującego prawa ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia 2016/679.
2. Pracodawca zobowiązuje się do odbioru od Uprawnionych pisemnych deklaracji przystąpienia, ich przechowywania oraz niezwłocznego udostępniania na żądanie Medicover. Wzór deklaracji przystąpienia dostępny jest do pobrania dla Pracodawcy na stronie <https://www.medicover.pl/pakiety-medyczne-dla-firm/dokumenty-do-pobrania/>.
3. Pracodawca oświadcza, że przekazywane Medicover Dane Osobowe są zbierane przez Pracodawcę na podstawie deklaracji przystąpienia zgodnie z postanowieniami niniejszej Umowy oraz przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
4. Pracodawca przesyłać będzie Medicover Dane Osobowe na zasadach określonych w Umowie, w formie pisemnej, w formie elektronicznej z wykorzystaniem zbioru Excel lub za pośrednictwem systemu e-Member, o którym mowa poniżej.
5. Strony ustaliły, że zgodnie z OWŚU, Pracodawca uzyskał dostęp do Elektronicznego Systemu Obsługi Klientów Korporacyjnych e-Member na warunkach określonych w niniejszym paragrafie oraz Regulaminie Elektronicznego Systemu Obsługi Klientów Korporacyjnych e-Member. Regulamin Systemu e-Member dostępny jest na stronie internetowej www.medicover.pl. a Pracodawca niniejszym potwierdza, że zapoznał się z jego treścią.
6. W związku z postanowieniami powyższych ustępów oraz w celu wykonania przez Pracodawcę obowiązków wynikających z Umowy Medicover jako administrator Danych Osobowych powierza Pracodawcy cykliczne zbieranie, przekazywanie, archiwizację deklaracji przystąpienia oraz aktualizację w systemie e-Member Danych Osobowych zawartych w deklaracji przystąpienia, a Pracodawca działa na udokumentowane polecenie Medicover.
7. Charakter, cel i główny przedmiot Przetwarzania jest związany ze świadczeniem usługi przez Medicover zgodnie z Umową.
8. Zakres powierzonych do przetwarzania Danych Osobowych obejmuje następujące dane Uprawnionych: imię, nazwisko, numer PESEL, datę urodzenia, płeć, adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu z kodem pocztowym oraz adres e-mailowy i numer telefonu. Rodzaj Danych Osobowych przetwarzanych na podstawie postanowień niniejszego paragrafu nie stanowi szczególnych kategorii danych osobowych, o których mowa w art. 9 ust 1 Rozporządzenia 2016/679.
9. Pracodawca zobowiązuje się do przetwarzania powierzonych Danych Osobowych wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w Umowie oraz zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa oraz niniejszą Umową.
10. Pracodawca może dokonać dalszego powierzenia przetwarzania Danych Osobowych do innego podmiotu przetwarzającego, pod warunkiem wcześniejszego poinformowania o tym fakcie Medicover oraz stosowania przez ten podmiot równorzędnego poziomu ochrony Danych Osobowych co określonego w niniejszym paragrafie. Niniejsze uprawnienie Pracodawcy nie obejmuje przekazywania Danych Osobowych do państwa trzeciego w rozumieniu Rozporządzenia 2016/679.
11. Pracodawca zobowiązuje się do stosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę Danych Osobowych oraz adekwatnych do rodzaju powierzonych Danych Osobowych oraz ryzyka naruszenia praw i wolności osób, których dane osobowe dotyczą. Pracodawca oświadcza, że stosuje wymogi art. 32 Rozporządzenia 2016/679.
12. Pracodawca zapewnia, że każda osoba, która ma dostęp do Danych Osobowych, działa z jego upoważnienia oraz została zobowiązana do zachowania Danych Osobowych oraz sposobów ich zabezpieczenia w tajemnicy.
13. Pracodawca zobowiązuje się pomagać Medicover w wywiązywaniu się z obowiązków określonych w art. 32-36 Rozporządzenia 2016/679. W szczególności, Pracodawca zobowiązuje się niezwłocznie przekazywać Medicover informacje dotyczące przypadków naruszenia ochrony Danych Osobowych.
14. Pracodawca zobowiązuje się w miarę możliwości pomagać Medicover w realizacji praw Uprawnionych, o których mowa w art. 15-22 Rozporządzenia 2016/679.
15. Medicover jako Administrator Danych Osobowych zapewnia, że Dane Osobowe są przetwarzane i zabezpieczone zgodnie z Rozporządzeniem 2016/679.
16. Pracodawca przetwarzać będzie dane osobowe na mocy niniejszej umowy wyłącznie przez okres obowiązywania Umowy Opieki Medycznej.
17. W przypadku rozwiązania Umowy, Pracodawca zobowiązany jest w zależności od decyzji Medicover do usunięcia lub zwrotu powierzonych Danych Osobowych. Powyższe nie znajduje zastosowania jeżeli obowiązek dalszego ich przetwarzania przez Pracodawcę wynika z przepisów prawa.

§3.

1. Medicover będzie wystawiał faktury VAT, zgodnie z bieżącymi kwotami wynagrodzenia, obliczonymi i płatnymi w terminach określonych w Umowie Podstawowej z uwzględnieniem określonych w §3 indywidualnych ustaleń między Medicover a Pracodawcą oraz poniższych warunków:
 - a) Data wejścia Umowy w życie 1-08-2023 r.
 - b) Termin płatności: Zgodny z Umową Podstawową



c) Częstotliwość zapłaty wynagrodzenia:

☒ miesięczna ☐ kwartalna ☐ półroczna ☐ roczna

d) Forma opłacania wynagrodzenia:

☒ przelew ☐ obciążenie karty kredytowej ☐ polecenie zapłaty

2. Wybrany wariant opieki na dzień podpisania Umowy:

Program*	Nazwa programu:	Wybrany Program Opieki (zaznaczyć X)	Wynagrodzenie miesięczne**:
1.	Program Zdrowie Extra Poj V459	X	Zgodne z Umową Podstawową
2.	Program Zdrowie Extra Part V459	X	
3.	Program Zdrowie Extra Rodz V459	X	
4.	Program Zdrowie Senior Poj	X	
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

*Szczegółowy zakres usług świadczonych w ramach poszczególnych zakresów świadczeń zawarty jest w Umowie Podstawowej.

**Wynagrodzenie miesięczne za:

- Osobę Uprawnioną Główną – w przypadku programów indywidualnych
- Osobę Uprawnioną Główną i pozostałe Osoby Uprawnione – w przypadku programów rodzinnych
- Osobę Uprawnioną Główną i jedną Osobę Uprawnioną – w przypadku programów partnerskich

3. Wszelkich płatności Pracodawca dokonywać będzie na rachunek bankowy Medcover wskazany w fakturze. Pracodawca pokrywa wszelkie koszty opłat i prowizji bankowych związanych z zapłatą wynagrodzenia w ramach polecenia zapłaty, przelewu lub karty kredytowej, także związanych z ewentualnym brakiem środków na rachunku Pracodawcy w dniu płatności. Za dzień zapłaty wynagrodzenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego Medcover.

§4.

Pracodawca niniejszym wyraża zgodę na przesyłanie i udostępnianie faktur w formie elektronicznej za pośrednictwem Elektronicznego Systemu Obsługi Klientów Korporacyjnych e-Member (<https://e-member.medcover.pl>) na poniższych zasadach:

- faktury są prezentowane w formacie PDF (Portable Document Format);
- w celu zapoznania się z fakturą, Pracodawca we własnym zakresie pobierze i zainstaluje bezpłatne oprogramowanie Adobe Acrobat Reader;
- wystawca faktur zastrzega sobie prawo do wystawienia faktury w formie papierowej jeżeli z przyczyn technicznych wystawienie faktury w formie elektronicznej nie będzie możliwe;
- Pracodawca ma możliwość wycofania zgody na otrzymywanie faktur w formie elektronicznej. Wycofanie zgody wymaga formy pisemnej;
- powiadomienie o wystawieniu faktury, wraz z załączoną fakturą w formie pliku PDF, będzie przekazywane do Pracodawcy w formie elektronicznej, z adresu: faktura@medcover.pl;
- faktura w formie elektronicznej będzie traktowana przez Pracodawcę jako oryginał w wersji papierowej;
- osobą upoważnioną do odbioru faktur, w tym do odbioru specyfikacji oraz do otrzymywania powiadomienia o wystawieniu faktury jest osoba wskazana w §5 niniejszej Umowy.

§5.

Osobą odpowiedzialną ze strony Pracodawcy za sprawy związane z realizacją niniejszej Umowy jest:

Nazwisko i imię: Katarzyna Obłaza	stanowisko: wspólnik - komandytariusz
telefon:	telefon komórkowy: 519 543 722 e-mail: katarzynao@etisoft.com.pl

§6.

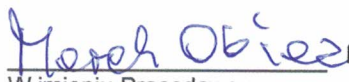
1. Pracodawca niniejszym potwierdza, że zapoznał się z treścią niniejszej Umowy i że przyjmuje jej treść bez uwag i zastrzeżeń.





2. Zawarcie i zmiany niniejszej Umowy (z wyłączeniem zmian, o których mowa w §1 ust. 1 pkt. d), pod rygorem nieważności, powinny zostać dokonane w formie pisemnej lub w formie dokumentowej poprzez usługę składania podpisów elektronicznych świadczoną w ramach Platformy Autenti, dostępnej w domenie autenti.com lub aplikacji mobilnej, zgodnie z Regulaminem świadczenia usługi udostępnionego przez administratora usługi Autenti sp. z o.o..
3. Oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy bądź odstąpieniu od niniejszej Umowy, pod rygorem nieważności, powinny zostać dokonane i doręczone drugiej Stronie w formie pisemnej lub sporządzone w formie dokumentowej i dostarczone drugiej Stronie poprzez usługę składania podpisów elektronicznych świadczoną w ramach Platformy Autenti, dostępnej w domenie autenti.com lub aplikacji mobilnej, zgodnie z Regulaminem świadczenia usługi udostępnionego przez administratora usługi Autenti sp. z o.o..
4. W przypadku złożenia podpisów w formie elektronicznej w ramach Platformy Autenti, podpisy są dostępne w Karcie podpisów stanowiącej integralną część dokumentu.
5. W przypadku rozbieżności postanowień dokumentu Umowy z postanowieniami zawartymi z OWŚU, rozstrzygające znaczenie mają postanowienia zawarte w dokumencie Umowy.
6. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
7. Niniejsza Umowa stanowi załącznik do Umowy Podstawowej zawartej pomiędzy Medicover, a Spółką Główną.
8. Niniejsza Umowa zastępuje wszystkie wcześniej zawarte Umowy i inne pisemne ustalenia pomiędzy Medicover a Pracodawcą.

Marek Obłaza


Komplementariusz
ETISOFT KRAKÓW
W imieniu Pracodawcy
(CZYTELNY PODPIS (Imię i Nazwisko))

W imieniu Medicover
(CZYTELNY PODPIS (Imię i Nazwisko))

ETISOFT ETISOFT KRAKÓW
KRAKÓW MAREK OBŁAZA sp.k.

30-363 Kraków, ul. Rydlówka 20
tel. +48 12 263 77 51
NIP: 679-282-86-91, REGON: 356893947
KRS: 0000956756