

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za wyboru ubezpieczenia zdrowotnego LUX MED.

PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ TREŚCIĄ PRZED WYDRUKOWANIEM DOKUMENTÓW

Niniejszy komplet dokumentów zawiera:

- deklarację członkowską Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki,
- deklarację celu / ulotkę informacyjną - grupowego ubezpieczenia zdrowotnego LUX MED,
- druki przelewu / wpłaty składek.

Proszę o złożenie podpisu w miejscach oznaczonych "✓".

Załączone dokumenty winny być wydrukowywane **JEDNOSTRONNIE** i tylko w takiej formie są przyjmowane celem zgłoszenia do ubezpieczenia.

Przekazanie dokumentów nieuzupełnionych (we wszystkich wymaganych polach) bądź wydrukowanych nie jednostronnie może skutkować nie zgłoszeniem do ubezpieczenia w deklarowanym terminie.

Składkę za ubezpieczenie prosimy wpłacić niezwłocznie, najlepiej w dniu wygenerowania się niniejszego kompletu dokumentów. Wpłata na koncie Stowarzyszenia WRN powinna pojawić się na koncie SWRN nie później niż 3 dni przed deklarowaną datą początku okresu ubezpieczenia.

Numer konta do wpłaty pierwszej składki: 27 1160 2202 0000 0000 7958 8721

Komplet dokumentów w oryginale (wraz z potwierdzeniem płatności składki) powinien zostać dostarczony do Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki przed deklarowaną datą przystąpienia do ubezpieczenia. Dokumenty należy wysłać na poniższy adres:

Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki
ul. Siedmiogrodzka 1 lok. 300, 01-204 Warszawa

lub przekazać opiekunowi.

Zespół Stowarzyszenia WRN

**DEKLARACJA CELU
ABONAMENT MEDYCZNY LUX MED DLA CZŁONKÓW SWRN**

* Umawianie wizyt pod numerem 22 33 22 888 lub poprzez bezpośredni kontakt z daną placówką medyczną.

* Pełna lista placówek med. dostępna pod adresem: <http://www.luxmed.pl>

Zakres		Pakiet Kompleksowy	Pakiet VIP
24h Ogólnopolska rezerwacja terminów wizyt i badań	tel. 22 33 22 888	✓	✓
Dostęp do Centrów Medycznych Grupy LUX MED	LUX MED, CM LIM, PROMEDIS, MEDYCYNĄ RODZINNA; łącznie: 71 placówek własnych	✓	✓
Ogólnopolska sieć partnerów medycznych	1 300 placówek partnerskich	✓	✓
24h Telefoniczna Informacja Medyczna		✓	✓
Kompleksowe konsultacje specjalistyczne:		✓	✓
* internista * lekarz medycyny rodzinnej * ginekologia i położnictwo * chirurg * laryngolog * okulista * dermatolog * alergolog * ortopeda * kardiolog	* neurolog * urolog * diabetolog * endokrynolog * gastroenterolog * nefrolog * onkolog * pulmonolog * reumatolog * hematolog	NIELIMITOWANY DOSTĘP do lekarzy specjalistów; Konsultacje u lekarzy pozostałych specjalności wymagają skierowania od lekarza LUX MED, a w przypadku gdy posiadaczem Karty jest dziecko - od lekarza pediatrii LUX MED.	
Zakres specjalistów dla dziecka: pediatra, chirurg dziecięcy, ortopeda dziecięcy, neurolog dziecięcy.		✓	✓
Konsultacje psychologa (w tym seksuologa i androloga) i psychiatry	limit - 3 porady w roku	✓	✓
Konsultacje profesorskie ze skierowaniem		✓	✓
Kompleksowe badania diagnostyczne	BRAK LIMITÓW: badania na podstawie skierowania od lekarza LUX MED.	✓	✓
Diagnostyka laboratoryjna: badania hematologiczne i koagulologiczne; badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe; badania serologiczne i diagnostyka infekcji; badania moczu; badania bakteriologiczne; badania kału; badania cytologiczne; badania mykologiczne z posiewem, mykogram; badania toksykologiczne (digoksyna, ołów)			
Diagnostyka obrazowa: badania elektrokardiograficzne; badania rentgenowskie, badania ultrasonograficzne, badania endoskopowe, badania okulistyczne, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa,			
Pozostałe badania diagnostyczne: spirometria, audiometria tonalna, densytometria przesiewowa, badania uroflowmetryczne, biopsja cienkoigłowa, mammografia			
Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne		✓	✓
Zabiegi ambulatoryjne: ogólnolekarskie; chirurgiczne; laryngologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, dermatologiczne, ginekologiczne, pielęgnarskie. Zakres obejmuje m.in.: pobranie wymazu/posiewu, odczulanie (lek pacjenta), usunięcie szwów, usunięcie ciała obcego z nosa, ucha, laryngoskopia pośrednia, badanie dna oka, pomiar ciśnienia śródgałkowego, badanie ostrości widzenia, założenie/zmiana/usunięcie opatrunku gipsowego, dermatoskopia, pobranie cytologii, iniekcje.			
Pozakonsultacyjne zabiegi ambulatoryjne		brak	✓
Zabiegi ambulatoryjne: chirurgiczne; laryngologiczne, ortopedyczne, dermatologiczne, ginekologiczne, ambulatoryjne; Zakres obejmuje m.in.: biopsję chirurgiczną, założenie szwów, elektrokoagulację dermatologiczną, kriochirurgiczne leczenie nadżerek, punkcje zatok, laryngologiczne zabiegi kriochirurgiczne, kule łokciowe - wypożyczenie i wiele innych.			
Skórne testy alergiczne	Na zlecenie lekarza LUX MED. - metodą nakłuć - preparat bezpłatny	✓	✓
Prowadzenie ciąży fizjologicznej	opieka lekarza ginekologa, konieczne konsultacje, badania diagnostyczne;	✓	✓
Szczepienia przeciwko grypie / anatoksyna p/tężcowa		✓	✓
10% rabat na pozostałe usługi świadczone przez Grupę LUX MED		✓	✓
Program „Zdrowie, Piękno, Harmonia”	możliwość skorzystania z rabatów i ofert specjalnych okołozdrowotnych	✓	✓
Bezpłatne środki kontrastowe do badań CT oraz NMR		✓	✓
Rehabilitacja	wymagane jest skierowanie	brak	✓
Usługa składa się z leczenia ruchem (kinezyterapia) oraz wykorzystania leczniczego działania energii (fizykoterapia) realizowana poprzez elektrostymulację; jonoforezę; galwanizację; kinezyterapię; prądy diadynamiczne; prądy interferencyjne; terapie laserową; terapie manualną; ultradźwięki; w wodzie.			

ZAKRES OPIEKI MEDYCZNEJ		Pakiet Kompleksowy	Pakiet VIP
Wizyty domowe	Brak limitów ilościowych	brak	✓
Konsultacja lekarska udzielana przez lekarza zespołów wyjazdowych (lekarza rodzinnego/internistę) realizowana w miejscu zamieszkania chorego, konieczna w uwagi na stan zdrowia Pacjenta.			

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia „Zdrowa Kobieta” lub „Zdrowy Mężczyzna”	limit - 1 przegląd w roku;	brak	✓
Stomatologia Premium	Pełna bezpłatna dostępność po wstępnym przeglądzie stomatologicznym i wyleczeniu uzębienia - z 50 % rabatem	brak	✓
Obejmuje usługi wraz z materiałami; Warunkiem bezpłatności usług jest dokonywanie przeglądu stom. co najmniej raz na 6 m-cy			
Zakres usług obejmuje m.in.: fluoryzację zębów, scaling, piaskowanie, leczenie ubytków próchnicznych, leczenie kanałowe zębów, chirurgię stomatologiczną, RTG zęba, pantomogram, znieczulenie miejscowe.			
TELEFONICZNA ASYSTA PRAWNA (TAP) - polega na udzieleniu pomocy prawnej przez prawników, świadczonej w formie telefonicznej lub za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mail) w zakresie spraw prawnych, związanych z życiem prywatnym lub zawodowym (nie dotyczy spraw związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej).		brak	✓
Pakiety - CENA MIESIĘCZNA (w tym składka członkowska w wysokości 12 zł):		Wybór wariantu potwierdzam "X"	
Pakiet Indywidualny		<u> </u> 102 zł	<u> </u> 178 zł
Pakiet Rodzinny I (1 rodzic + 1 dziecko do ukończenia 25 r.ż.)		<u> </u> 192 zł	<u> </u> 338 zł
Pakiet Rodzinny II (2 rodziców/partnerów + wszystkie dzieci do 25 r.ż.)		<u> </u> 268 zł	<u> </u> 443,5 zł

UWAGA! W przypadku rezygnacji z abonamentu ponowne przystąpienie będzie możliwe dopiero po 12 miesiącach.

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do ubezpieczenia zostały mi dostarczone przez Stowarzyszenie WRN właściwe warunki ubezpieczenia na trwałym nośniku, za jaki uważa się plik pdf, płytę CD lub format drukowany.

.....

data

..... ✓

własnoręczny czytelny podpis

Oświadczam, że jestem zainteresowany/a przystąpieniem od dnia /dzień /miesiąc /rok do abonamentu zdrowotnego proponowanego przez LUX MED Sp. z o.o. Niniejszym zobowiązuję się wpłacać składkę łączną z góry (do 15 dnia każdego miesiąca) na konto bankowe Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki - 27 1160 2202 0000 0000 7958 8721. Jestem świadoma/y, że brak wpłaty w wymaganym terminie powoduje wygaśnięcie abonamentu.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Katalogami Usług LUX MED - wariant KOMPLEKSOWY i VIP - dla SWRN oraz ogólnymi warunkami dla Klienta Korporacyjnego 08.2009.

Jednocześnie upoważniam Stowarzyszenie WRN do przekazywania należności do LUX MED Sp.z o.o. oraz Nestor Serwis do CORIS Service Sp. z o.o. (składka za TAP) w terminach określonych w umowach. Przyjmuję również do wiadomości, że w rocznicę umów wysokość świadczeń oraz wysokość opłat mogą ulec zmianie. O ewentualnej zmianie warunków dany członek stowarzyszenia będzie odpowiednio wcześniej poinformowany przez Stowarzyszenie WRN.

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe do SWRN informacji na temat zgłoszonych i wypłaconych świadczeń z tytułu mojego ubezpieczenia.

Tym samym, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w rozumieniu ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz..U. nr 101/2002, poz. 926 z późniejszymi zmianami) przez Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki i podmioty współpracujące; w tym Nestor Sp. z o.o., Nestor Serwis, LUX MED Sp. z o.o. i CORIS Lex Sp. z o.o.

.....

data

..... ✓

własnoręczny czytelny podpis

Prosimy o wpisanie danych:

	Członek stowarzyszenia
nazwisko i imię	
data urodzenia	
PESEL	
tel. komórkowy	
adres korespondencyjny:	
Główna miejscowość, w której będę korzystać z usług to:	

Niniejsza propozycja nie stanowi podstawy do określenia zobowiązań z tytułu umowy z LUX MED Sp. z o.o

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
STOWARZYSZENIA WSPIERANIA ROZWOJU NAUKI
Zarejestrowanego pod numerem KRS: 0000253968 w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy,
XIII Wydział Gospodarczy KRS

Nazwisko:	<input type="text"/>	ID członka:	<input type="text"/>
Imię:	<input type="text"/>		
PESEL:	<input type="text"/>	Wykształcenie:	<input type="text"/>
Zawód wykonywany:	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny:	<input type="text"/>		
Nr tel. komórkowego:	<input type="text"/>	Nr tel. stacjonarnego:	<input type="text"/>
Adres e-mail:	<input type="text"/>		
Osoba rekomendująca / polecająca nowego członka:	<input type="text"/>		

OŚWIADCZENIE

Wnoszę o przyjęcie mnie w poczet członków wspierających Stowarzyszenia.
Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią statutu, oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień, w szczególności opłacania składki członkowskiej określonej w deklaracjach celu. Jednocześnie wyrażam zgodę na wysyłanie przez stowarzyszenie wszelkich powiadomień drogą elektroniczną, a odnośnie informacji o Walnym Zgromadzeniu poprzez zamieszczenie na stronie internetowej.

Na podstawie art.23 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 29 grudnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z dnia 29 październik 1997r. nr 133, poz.883) z późniejszymi zmianami wyrażam zgodę na używanie przez Stowarzyszenie oraz podmioty z nim współpracujące moich danych osobowych, zawartych w niniejszej deklaracji, jak również na przesyłanie ofert handlowych przez Stowarzyszenie.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
data	własnoręczny czytelny podpis

NABYCIE CZŁONKOSTWA (wypełniają władze Stowarzyszenia)

Z dniem - -(rok - miesiąc - dzień) na podstawie niniejszej deklaracji przyjmuję Pana / Panią
....., numer PESEL:,
w poczet członków wspierających Stowarzyszenia.

Zarząd Stowarzyszenia	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

Pierwszą składkę za ubezpieczenie prosimy wpłacić niezwłocznie, najlepiej w dniu wygenerowania się niniejszego kompletu dokumentów. Wpłata na koncie Stowarzyszenia WRN powinna pojawić się na koncie SWRN nie później niż 3 dni przed deklarowaną datą początku okresu ubezpieczenia.

Przykład: zgłoszenie do ubezpieczenia od 1 stycznia, zaksięgowanie składki w dniu 28.12 do godziny 12.00.

DOWOD / POKWITOWANIE DLA ZLECENIODAWCY	nr rachunku odbiorcy: 27 1160 2202 0000 0000 7958 8721	nazwa odbiorcy Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki
	odbiorca: Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki ul. Giełdowa 4A lok. 82 01-211 Warszawa	nazwa odbiorcy cd. ul. Giełdowa 4A lok. 82, 01-211 Warszawa
	kwota:	nr rachunku odbiorcy 27 1160 2202 0000 0000 7958 8721
	zleceniodawca:	* waluta <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N kwota
	tytułem: Ubezp. zdrowotne LUX MED + składka członk. SWRN	nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)
	stempel dzienny	nazwa zleceniodawcy
opłata	nazwa zleceniodawcy	
	tytułem Ubezp. zdrowotne LUX MED + składka członk. SWRN	
	pieczęć, data, podpis (y) zleceniodawcy	
	opłata	
	stempel dzienny	

Terminy płatności KOLEJNYCH składek - do 15 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony np. do 15 stycznia za miesiąc luty.

