

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA COMPENSA MULTI ZDROWIE

SPIS TREŚCI

Postanowienia ogólne	4	
Definicje	4	
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	5	
Wyłączenia odpowiedzialności	5	
Składka ubezpieczeniowa	6	RODO
Zawarcie umowy ubezpieczenia	6	
Przystąpienie do umowy ubezpieczenia	7	
Początek i koniec odpowiedzialności	7	RODO
Przedłużenie umowy ubezpieczenia	7	
Odstąpienie od umowy i rozwiązanie umowy	7	
Zmiana warunków ubezpieczenia	8	
Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w Rekomendowanych Placówkach Medycznych	8	RODO
Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w placówkach medycznych nie będących Rekomendowaną Placówką Medyczną (Refundacja)	8	
Korzystanie ze świadczeń Assistance	8	
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	9	RODO
Informacje dotyczące wypłaty odszkodowania lub świadczenia	9	
Roszczenia regresowe	10	
Postanowienia dotyczące składania Reklamacji	10	RODO
Postanowienia dotyczące składania Skarg	10	
Postanowienia końcowe	11	
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU – WYKAZ ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UMOWĄ UBEZPIECZENIA	12	
KLAUZULA NR 1 – REHABILITACJA	21	
Postanowienia ogólne	21	
Zakres ubezpieczenia	21	RODO
Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji	21	
Tabela świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach poszczególnych wariantów	21	
KLAUZULA NR 2 – MEDYCYNĄ PRACY	22	
Postanowienia ogólne	22	
Definicje	22	
Zakres ubezpieczenia	22	RODO
Wyłączenia odpowiedzialności	22	
Korzystanie ze świadczeń Medycyny Pracy	22	
KLAUZULA NR 3 – LECZENIE STOMATOLOGICZNE	23	
Postanowienia ogólne	23	
Definicje	23	
Zakres ubezpieczenia	23	RODO
Wyłączenia odpowiedzialności	23	
Korzystanie ze świadczeń w Rekomendowanych Placówkach Stomatologicznych	23	
Tabela stomatologicznych świadczeń medycznych objętych ubezpieczeniem	23	
KLAUZULA NR 4 – ŚWIADCZENIE OPERACYJNE	24	
Postanowienia ogólne	24	
Definicje	24	
Zakres ubezpieczenia	24	RODO



Karencja	24
Wyłączenia odpowiedzialności	24
Postępowanie w przypadku wystąpienia z wnioskiem o wypłatę świadczenia operacyjnego	25
Organizacja Operacji planowych przez Compensa	25
Załącznik nr 1 do klauzuli nr 4 Świadczenie operacyjne	26

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH	31
---	-----------



Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje COMPENSE do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	OWU § 3 OWU § 12 OWU § 13 OWU § 14 OWU § 20 ust. 2 Załącznik nr 1 do OWU Klauzula nr 1 – § 2, § 3 i § 4 Klauzula nr 2 – § 3 i § 5 Klauzula nr 3 – § 2, § 4 i § 5 Klauzula nr 4 – § 3, § 5 i § 6 Załącznik nr 1 do Klauzuli nr 4 w całości
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności COMPENSY uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU § 4 OWU § 14 ust. 3, 4 i 5 OWU § 15 ust. 3, Załącznik nr 1 do OWU Klauzula nr 2 – § 4 Klauzula nr 3 – § 3 Klauzula nr 4 – § 4



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA COMPENSA MULTI ZDROWIE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia Compensa Multi Zdrowie (dalej „OWU”) Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, zwana dalej „COMPENSA”, zawiera umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Multi Zdrowie zwane dalej „umowami ubezpieczenia” z podmiotami, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”, na rachunek Ubezpieczonych.

§ 2. DEFINICJE

W umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków wymienionym niżej terminom nadano następujące znaczenie (definicje w porządku alfabetycznym):

1) CHOROBA – rozstrój zdrowia Ubezpieczonego spowodowany działaniem czynnika chorobotwórczego, który wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej wymaga leczenia.

2) DZIECKO – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpieczonego, jego Małżonka albo Partnera, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyło 26 lat.

3) GŁÓWNY UBEZPIECZONY – Ubezpieczony będący Pracownikiem Ubezpieczającego, przystępujący do ubezpieczenia w ramach Pakietu Indywidualnego albo Pakietu Partnerskiego albo Pakietu Rodzinnego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończył 67 lat.

4) KARTA UBEZPIECZENIA – imienna karta identyfikacyjna określająca wariant ubezpieczenia.

5) KLIENT – będący osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia.

6) LECZENIE AMBULATORYJNE – działanie medyczne, które wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej zostało podjęte w celu przywrócenia zdrowia, poprawienia stanu zdrowia lub zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia bez przyjęcia do Szpitala oraz z wyłączeniem konsultacji i porad w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz izbie przyjęć Szpitala.

7) LEKARZ PROWADZĄCY – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym przez placówkę medyczną, w której Ubezpieczony poddał się Leczeniu (dotyczy świadczeń Assistance).

8) MAŁŻONEK – osoba, która pozostaje z Głównym Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 67 lat.

9) OKRES UBEZPIECZENIA – okres, w którym COMPENSA ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego.

10) PAKIET INDYWIDUALNY – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony, a w przypadku Wariantu Senior – Rodzic Głównego Ubezpieczonego.

11) PAKIET PARTNERSKI – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony wraz z Małżonkiem albo Partnerem lub Główny Ubezpieczony wraz z jednym Dzieckiem. Wszyscy ubezpieczeni w ramach jednego pakietu partnerskiego objęci są takim samym wariantem ochrony.

12) PAKIET RODZINNY – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony wraz z Małżonkiem albo Partnerem i Dziećmi. Wszyscy ubezpieczeni w ramach

jednego pakietu rodzinnego objęci są takim samym wariantem ochrony.

13) PARTNER – osoba niepozostająca w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, niespokrewniona i niespowinowacona z Głównym Ubezpieczonym, z którą Główny Ubezpieczony pozostaje w stałym, nieformalnym związku uprawdopodobnionym przez prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego (związek partnerski), która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 67 lat.

14) POLISA – dokument wystawiony przez COMPENSĘ, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia.

15) POZOSTAWANIE POD WPŁYWEM ALKOHOLU – stan po spożyciu alkoholu, powstały w wyniku wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

16) PRACOWNIK – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku prawnym na podstawie umowy cywilnoprawnej, w szczególności umowy zlecenia lub umowy o dzieło.

17) REKOMENDOWANA PLACÓWKĄ MEDYCZNĄ – podmiot udzielający, zgodnie z polskim prawem, świadczeń zdrowotnych, współpracujący z COMPENSA w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz Ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia COMPENSA Multi Zdrowie. Lista Rekomendowanych Placówek Medycznych może się zmieniać w trakcie trwania umowy ubezpieczenia. Zmiana listy Rekomendowanych Placówek Medycznych może wynikać z rozszerzenia sieci Rekomendowanych Placówek Medycznych lub zaprzestania współpracy z COMPENSA przez Rekomendowaną Placówkę Medyczną na jej wniosek lub zaprzestania współpracy z Rekomendowaną Placówką Medyczną na wniosek COMPENSY z ważnych przyczyn. Wyszukiwarka Rekomendowanych Placówek Medycznych znajduje się na stronie internetowej COMPENSY www.compensa.pl. Aktualne informacje o Rekomendowanych Placówkach Medycznych można uzyskać za pośrednictwem Infolinii. Numer telefonu Infolinii wskazany jest na Karcie Ubezpieczenia.

18) RODZIC – rodzic lub teść Głównego Ubezpieczonego przystępujący do umowy ubezpieczenia w ramach wariantu Senior, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończył 70 lat.

19) ROK UBEZPIECZENIOWY – okres trwający 12 miesięcy i pokrywający się z rokiem kalendarzowym. Pierwszy Rok Ubezpieczeniowy może trwać krócej niż 12 miesięcy i kończy się z końcem roku kalendarzowego, w którym przypada pierwszy dzień Okresu Ubezpieczenia ustalony zgodnie z § 8 ust. 2 OWU.

20) SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA – kwota należna COMPENSIE od Ubezpieczającego za udzielaną ochronę ubezpieczeniową.

21) SZPITAL – podmiot leczniczy (przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego), w rozumieniu przepisów prawa polskiego, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi, ich Leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie przystosowanych do tego celu pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniających całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymującą stałe miejsca



szpitalne dla pacjentów i prowadząca dla nich dzienne rejestry medyczne. W rozumieniu niniejszych OWU za szpital nie uważa się:

- a) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: psychiatrycznej, sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,
- b) domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjów, domów opieki, ośrodków wypoczynkowych, ośrodków opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- c) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

22) UBEZPIECZAJĄCY – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty Składki ubezpieczeniowej.

23) UBEZPIECZONY – osoba fizyczna, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia.

24) UDZIAŁ WŁASNY – określona w formie procentowej wartość, którą COMPENSA potrąca z należnego odszkodowania.

25) WIEK – różnica między rokiem bieżącym a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

26) PODMIOT LECZNICZY – działający zgodnie z przepisami prawa polskiego zakład lecznictwa zamkniętego lub otwartego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarstwa i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Podmiot leczniczy nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA (dotyczy świadczeń Assistance).

27) ZDARZENIE ASSISTANCE – oznacza jedno z poniższych zdarzeń:

a) **Nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały u Ubezpieczonego w sposób nagły, zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia pilnej pomocy medycznej, jednakże nie wymagający świadczeń pogotowia ratunkowego,

b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wystąpienia Chorób, nawet jeśli wystąpiły nagle,

a) **śmierć osoby bliskiej Ubezpieczonego** – za osobę bliską rozumie się rodziców Ubezpieczonego, rodziców Małżonka lub Partnera Ubezpieczonego, Dzieci, w tym również przysposobione, rodzeństwo, Partnera lub Małżonka Ubezpieczonego.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty koniecznych z medycznego punktu widzenia świadczeń zdrowotnych udzielonych Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności COMPENSY w związku z Leczeniem Ambulatoryjnym Chorób i następstw Nieszczęśliwych wypadków, jak również w związku z ciążą, oraz organizacja albo organizacja i pokrycie kosztów świadczeń Assistance, określone w załączniku nr I do OWU i Klauzulach dodatkowych.

2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wariantach:

- 1) Brązowym,
- 2) Brązowym Plus,
- 3) Srebrnym Basic,
- 4) Srebrnym,
- 5) Złotym,
- 6) Senior.

4. Zakres ubezpieczenia w poszczególnych wariantach określa załącznik

nr I do OWU.

5. W ramach każdego ze wskazanych w ust. 3 wariantów, z wyłączeniem wariantu Senior, mogą funkcjonować:

- 1) Pakiety Indywidualne,
- 2) Pakiety Partnerskie,
- 3) Pakiety Rodzinne.

6. W ramach wariantu Senior mogą funkcjonować tylko Pakiety Indywidualne.

7. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w opcji bez udziału własnego lub w opcji z udziałem własnym w wysokości 20%.

8. Zakres umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego może zostać rozszerzony o Klauzule dodatkowe na zasadach określonych w OWU.

§ 4. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność COMPENSY nie obejmuje:

1) diagnozowania i leczenia niepłodności, zaburzeń płodności w tym świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z postępowaniem prokreacyjnym,

2) zabiegów i leczenia związanego ze zmianą płci, w tym możliwych konsekwencji takiej zmiany,

3) leczenia stomatologicznego, protetycznego, ortodontycznego, chirurgii szczękowej,

4) leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,

5) zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,

6) leczenia chorób lub zaburzeń psychicznych, łącznie z ich następstwami,

7) leczenia choroby alkoholowej, jej następstw oraz następstw

Pozostawania Pod Wpływem Alkoholu,

8) kosztów leków oraz środków pomocniczych,

9) leczenia będącego następstwem popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa,

10) leczenia następstw powstałych wskutek wojny, wrogich działań obcego państwa, działania o charakterze wojennym (niezależnie od tego, czy wojna została wypowiedziana, czy nie) wojny domowej, wojskowego lub cywilnego zamachu stanu,

11) następstw czynnego udziału Ubezpieczonego w powstaniach, rozruchach, strajkach, lokautach, aktach sabotażu, zamieszkach wewnętrznych,

12) leczenia następstw aktów terroru rozumianych jako wszelkiego rodzaju działania z użyciem siły, przemocy lub groźby użycia przemocy przez osobę lub grupę osób działających samodzielnie lub na rzecz, bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji bądź rządu w celach politycznych, ekonomicznych, religijnych, ideologicznych, bądź w celu zastraszenia społeczeństwa lub jakiegokolwiek jego części,

13) leczenia następstw skażeń radioaktywnych, biologicznych, chemicznych,

14) leczenia następstw pozostawania pod wpływem lub zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, innego środka działającego na ośrodkowy układ nerwowy, jeśli nie został zalecony przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia oraz leczenia następstw spowodowanych spożywaniem substancji uznanych za nielegalne lub samowolnym przekroczeniem dawek leków powszechnie stosowanych w lecznictwie,

15) stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do stosowania w Polsce oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych oraz następstw tychże działań,



- 16) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego,
 - 17) leczenia Choroby Alzheimera,
 - 18) leczenia zakażenia HIV, AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - 19) leczenia udzielanego w sytuacji zagrożenia życia, wymagającego działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzącego w zakres pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetkę reanimacyjną, karetkę wypadkową),
 - 20) leczenia przez osoby bliskie Ubezpieczonego, tj. jego małżonka, Partnera, rodzeństwo, Dziecko lub Rodzica,
 - 21) leczenia, które nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia,
 - 22) świadczeń zdrowotnych wykonanych w celu wystawiania zaświadczeń i orzeczeń lekarskich, chyba że ww. zaświadczenia i orzeczenia były wystawione w związku ze świadczeniami z zakresu Medycyny Pracy, udzielonymi zgodnie z zapisami Klauzuli nr 2 niniejszego OWU.
2. Jeżeli udzielone świadczenia zdrowotne wykraczają poza zakres konieczny z medycznego punktu widzenia, COMPENSA obniży kwotę wypłacanego odszkodowania o kwotę równą kosztom świadczeń zdrowotnych wykraczających poza zakres konieczny z medycznego punktu widzenia.

§ 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość Składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia kalkulowana jest indywidualnie dla poszczególnych wariantów i pakietów ubezpieczenia przy uwzględnieniu: struktury płciowej, wiekowej i zawodowej grupy Pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia, stosunku liczby Pracowników zatrudnionych w danej grupie do liczby Pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia i lokalizacji poszczególnych zakładów pracy.
2. Składki ubezpieczeniowe ustalane są przez COMPENSĘ w wysokości zapewniającej środki finansowe na wypłatę odszkodowań i świadczeń, tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i funduszy rezerwowych oraz na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej COMPENSY (w szczególności wynikających z przepisów prawa opłat przeznaczonych na koszty utrzymania nadzoru nad działalnością ubezpieczeniową oraz innych instytucji rynku ubezpieczeniowego, wynikających z przepisów prawa opłat ewidencyjnych na pokrycie kosztów tworzenia i utrzymania rejestrów danych, kosztów reasekuracji).
3. Wysokość Składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia za pojedynczego Ubezpieczonego w każdym z wariantów i pakietów potwierdzona jest w Polisie. Całkowita Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu umowy ubezpieczenia jest sumą wysokości składek należnych za wszystkich Ubezpieczonych.
4. Składka ubezpieczeniowa z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia lub jej pierwsza rata opłacana jest przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
5. Kolejne raty Składki ubezpieczeniowej płatne są miesięcznie, zgodnie z terminami określonymi w Polisie.
6. Składka ubezpieczeniowa płatna jest łącznie, w formie jednego przelewu, za wszystkich Ubezpieczonych.
7. Jeżeli zapłata Składki ubezpieczeniowej lub jej raty dokonywana jest w formie przelewu bankowego, Składkę ubezpieczeniową lub jej ratę uznaje się za zapłaconą z chwilą wpływu na rachunek COMPENSY w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek roszczenie o zapłatę Składki ubezpieczeniowej przysługuje COMPENSIE wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego Roku ubezpieczeniowego.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 podstawą zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Multi Zdrowie jest:
 - 1) prawidłowo wypełniony i podpisany przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Multi Zdrowie,
 - 2) zapłata Składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty.
3. Do wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego należy dołączyć:
 - 1) podpisaną przez Ubezpieczającego ofertę grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Multi Zdrowie,
 - 2) prawidłowo wypełnione i podpisane przez Ubezpieczonych i Ubezpieczającego deklaracje przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Multi Zdrowie,
 - 3) wykaz osób przystępujących do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Multi Zdrowie.
4. Oryginały dokumentów, o których mowa w ust. 2-3 powyżej należy dostarczyć do COMPENSY najpóźniej do 20 dnia miesiąca poprzedzającego początek ochrony ubezpieczeniowej.
5. Niezależnie od dokumentów wskazanych w ust. 2-3, COMPENSA zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Ubezpieczającego oraz do Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji koniecznych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Jeżeli dokumenty, o których mowa w ust. 2-3 powyżej, zostały sporządzone nieprawidłowo lub nie dopełniono czynności określonych w ust. 2-3 lub nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 5 powyżej, COMPENSA niezwłocznie zwróci się do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie lub sporządzenie nowych w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma COMPENSY w tej sprawie. Do czasu uzupełnienia dokumentów lub sporządzenia nowych umowa ubezpieczenia nie może zostać zawarta. Po upływie ww. terminu, jeżeli dokumentacja nie jest kompletna, przyjmuje się, że Ubezpieczający wycofał wniosek o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia Compensa Multi Zdrowie.
7. COMPENSA zastrzega sobie prawo odmówienia zawarcia umowy ubezpieczenia lub uzależnienia jej zawarcia od wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień szczególnych.
8. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie, o którym mowa w niniejszym paragrafie, jeżeli do umowy ubezpieczenia przystąpi liczba osób wskazana w ofercie przez COMPENSĘ.
9. Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 8 powyżej, to umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą COMPENSY i na szczególnych warunkach zaproponowanych przez COMPENSĘ.
10. Zawarcie umowy ubezpieczenia COMPENSA potwierdza Polisą.
11. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem wystawienia Polisy.
12. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy ubezpieczenia na piśmie, lub, jeżeli osoba ta wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, jak również poinformować Ubezpieczonego o prawie żądania od Towarzystwa informacji, zgodnie z zapisami § 18 i § 19;
 - 2) Ubezpieczony może żądać, aby COMPENSA udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego; COMPENSA zobowiązana jest na żądanie Ubezpieczonego zapewnić mu dostęp do ww. materiałów informacyjnych w formie papierowej, elektronicznej lub w inny uzgodniony



z nim sposób;

3) Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od COMPENSY, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem już zaszło;

4) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność COMPENSY może ona podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.

§ 7. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Pracownik może przystąpić do umowy ubezpieczenia od pierwszego dnia umowy ubezpieczenia, w ciągu 3 miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia lub począwszy od kolejnego Roku ubezpieczeniowego, pod warunkiem, że spełnia warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez COMPENSA oraz podane w umowie ubezpieczenia.

2. Osoba będąca nowym Pracownikiem Ubezpieczającego, może przystąpić do umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od uzyskania statusu Pracownika lub począwszy od kolejnego Roku ubezpieczeniowego.

3. Małżonek, Partner, Dziecko oraz Rodzic Głównego Ubezpieczonego może zostać objęty ubezpieczeniem pod warunkiem ubezpieczenia Pracownika.

4. Małżonek, Partner, Dziecko oraz Rodzic Głównego Ubezpieczonego mogą przystąpić do ubezpieczenia łącznie z Głównym Ubezpieczonym lub począwszy od pierwszego dnia kolejnego Roku ubezpieczeniowego.

5. Zmiana wariantu ubezpieczenia możliwa jest jeden raz w Roku ubezpieczeniowym – ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego Roku ubezpieczeniowego.

6. Zmiana pakietu ubezpieczenia możliwa jest jeden raz w Roku ubezpieczeniowym – ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego Roku ubezpieczeniowego. Opisany limit nie ma zastosowania w sytuacji objęcia ubezpieczeniem w ramach Pakietu rodzinnego kolejnej osoby bliskiej Pracownika oraz zmiany pakietu w przypadku zmiany sytuacji rodzinnej Ubezpieczonego Pracownika związanej z zawarciem bądź rozwiązaniem związku małżeńskiego, urodzeniem dziecka, zawarciem lub rozwiązaniem związku partnerskiego, śmiercią Ubezpieczonego.

7. Zmiana Pakietu z Rodzinnego na Partnerski, Rodzinnego na Indywidualny lub Partnerskiego na Indywidualny może nastąpić po 12 miesiącach od daty przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach danego pakietu, z zastrzeżeniem ust. 6.

8. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia, ponowne przystąpienie przez tego Ubezpieczonego możliwe jest po upływie 12 miesięcy od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej.

9. W razie zmiany liczebności grupy po zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać pisemnie COMPENSA najpóźniej do 20 dnia każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy ubezpieczenia:

1) listę osób przystępujących do ubezpieczenia począwszy od kolejnego miesiąca wraz z ich deklaracjami, z zachowaniem postanowień § 6 ust. 3 pkt 2) i 3) OWU;

2) listę osób występujących z ubezpieczenia od początku kolejnego miesiąca.

§ 8. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność COMPENSY rozpoczyna się od dnia określonego w Polisie.

2. Pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia przypada najwcześniej na pierwszy dzień kolejnego miesiąca kalendarzowego po wystawieniu Polisy.

3. W przypadku osób, które przystępują do umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania, za dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej

uznaje się pierwszy dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający zgłosił do ubezpieczenia nową osobę w postaci aktualizacji imiennej listy Ubezpieczonych przekazanej do COMPENSY wraz ze wszystkimi wymaganymi na podstawie OWU dokumentami.

4. Jeżeli COMPENSA ponosiła odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem Składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a Składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w oznaczonym terminie, COMPENSA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki ubezpieczeniowej za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona Składka ubezpieczeniowa.

5. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłacił w terminie wymagalnej kolejnej raty Składki ubezpieczeniowej, COMPENSA wezwie Ubezpieczającego na piśmie do jej zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem ustania odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia. Jeżeli pomimo otrzymanego wezwania do zapłaty wymagalnej raty Składki ubezpieczeniowej Ubezpieczający nie dokona jej zapłaty, odpowiedzialność COMPENSY ustaje.

6. Odpowiedzialność COMPENSA kończy się z chwilą:

1) zakończenia okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1 oraz § 11 ust. 2 OWU,

2) z końcem okresu, o którym mowa w ust. 5 powyżej,

3) odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania.

7. W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych odpowiedzialność COMPENSA wygasa z chwilą:

1) śmierci Ubezpieczonego, a w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Pakietu Partnerskiego, Pakietu Rodzinnego lub Wariantu Senior – w ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpiła śmierć Głównego Ubezpieczonego;

2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w wykazie osób występujących, o którym mowa w § 7 ust. 9 OWU. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia Głównego Ubezpieczonego skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem w ramach Pakietu Partnerskiego, Pakietu Rodzinnego, Wariantu Senior;

3) ustania statusu Pracownika Głównego Ubezpieczonego pod warunkiem, że Ubezpieczający poinformuje o tym fakcie COMPENSA zgodnie z terminem określonym w § 7 ust. 9 OWU,

4) jeżeli Ubezpieczonym jest Dziecko, w ostatnim dniu Roku ubezpieczeniowego po ukończeniu przez Dziecko 26 roku życia,

5) jeżeli Ubezpieczonym jest Rodzic, w ostatnim dniu Roku ubezpieczeniowego po ukończeniu przez Rodzica 85 roku życia.

§ 9. PRZEDŁUŻENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na kolejny Rok ubezpieczeniowy, jeżeli w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż na miesiąc przed ostatnim dniem Roku ubezpieczeniowego żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia.

§ 10. ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.

2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego



z obowiązku zapłacenia Składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim COMPENSA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.

3. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w drodze pisemnego wypowiedzenia przez COMPENSĘ ze skutkiem natychmiastowym w razie stwierdzenia, że Ubezpieczający lub jego przedstawiciel zataił przed COMPENSĄ informacje, o które COMPENSA zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

4. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania, Składka ubezpieczeniowa za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej podlega zwrotowi.

5. Wysokość należnej do zwrotu Składki ubezpieczeniowej ustala się w kwocie wyliczonej proporcjonalnie do długości niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

6. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Dla oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności.

§ 11. ZMIANA WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

1. W razie zmiany warunków ubezpieczenia w następnym Roku ubezpieczeniowym, COMPENSA poinformuje Ubezpieczającego o zmianie obowiązującej w następnym Roku ubezpieczeniowym, nie później niż na miesiąc przed upływem bieżącego Roku ubezpieczeniowego.

2. Jeżeli Ubezpieczający doręczy COMPENSIE najpóźniej w ostatnim dniu bieżącego Roku ubezpieczeniowego pisemne oświadczenie o zaniechaniu kontynuacji ubezpieczenia na zaproponowanych warunkach, umowa ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu na następny Rok ubezpieczeniowy.

3. Niedoręczenie COMPENSIE w terminie wskazanym w ust. 2 oświadczenia o zaniechaniu kontynuowania jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na kontynuację umowy ubezpieczenia na kolejny Rok ubezpieczeniowy na warunkach zaproponowanych przez COMPENSĘ.

§ 12. KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W REKOMENDOWANYCH PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

1. Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych objętych umową ubezpieczenia w dowolnej placówce spośród Rekomendowanych Placówek Medycznych.

2. Przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać Kartę Ubezpieczenia wraz z dokumentem tożsamości ze zdjęciem (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna). W przypadku Dzieci nieposiadających dokumentu określającego tożsamość, Karta Ubezpieczenia ważna jest wraz z dokumentem tożsamości rodzica lub innego opiekuna prawnego.

3. Koszty świadczeń rozliczane są bezpośrednio pomiędzy COMPENSĄ a Rekomendowaną Placówką Medyczną z zastrzeżeniem ust. 4, na co Ubezpieczony wyraża zgodę.

4. W przypadku zawarcia ubezpieczenia w opcji z Udziałem własnym, Ubezpieczony zobowiązany jest opłacić Udział własny Rekomendowanej Placówce Medycznej przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego. Kwota Udziału własnego naliczana jest od ceny świadczenia zdrowotnego obowiązującej w Rekomendowanej Placówce Medycznej.

§ 13. KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH NIEBĘDĄCYCH REKOMENDOWANĄ PLACÓWKĄ MEDYCZNĄ (REFUNDACJA)

1. W przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych w placówkach medycznych spoza sieci Rekomendowanych Placówek Medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć koszty udzielonych świadczeń

bezpośrednio w placówce medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce.

2. Każdemu Ubezpieczonemu, na rzecz którego została zawarta umowa ubezpieczenia w opcji bez Udziału własnego, przysługuje zwrot poniesionych kosztów z zachowaniem limitów cenowych na poszczególne świadczenia zdrowotne określonych w załączniku nr 1 do OWU.

3. Odszkodowanie wypłacone przez COMPENSĘ z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższe od kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.

4. Każdemu Ubezpieczonemu, na rzecz którego została zawarta umowa ubezpieczenia w opcji z Udziałem własnym w wysokości 20%, przysługuje zwrot 80% kwoty poniesionych kosztów z zachowaniem 80% kwoty limitów cenowych na poszczególne świadczenia zdrowotne określonych w Załączniku nr 1 do OWU.

5. W celu otrzymania zwrotu kosztów należy przesłać do COMPENSY na adres mailowy lub korespondencyjny wskazany we wniosku refundacyjnym następujące dokumenty:

1) oryginał lub skan oryginału rachunku zawierającego następujące dane: imię i nazwisko lub nazwę udzielającego świadczenia medyczne, dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, postawiona diagnoza, zgodnie z międzynarodową statystyczną klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych (kod ICD 10), datę udzielenia świadczenia, koszt udzielenia świadczenia,

2) kopię skierowania na badania diagnostyczne oraz rehabilitację,

3) kompletny i poprawnie wypełniony wniosek o refundację.

6. Wszelkie dokumenty dotyczące zaistniałej szkody przedłożone przez Ubezpieczonego podlegają weryfikacji przez COMPENSĘ.

§ 14. KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. W przypadku zajścia Zdarzenia Assistance, przed podjęciem działań we własnym zakresie, Ubezpieczony zobowiązany jest:

1) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 godzin od zaistnienia Zdarzenia Assistance, skontaktować się z Infolinią, której numer telefonu wskazany jest na Karcie Ubezpieczenia,

2) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń Assistance:

a) imię i nazwisko,

b) adres zamieszkania,

c) numer polisy,

d) okres ubezpieczenia,

e) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,

f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,

g) inne informacje niezbędne do zorganizowania świadczenia Assistance,

3) postępować zgodnie z dyspozycjami Infolinii.

2. Ubezpieczony zobowiązany jest, na wniosek Infolinii dostarczyć wskazane dokumenty niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia Assistance oraz jego realizacji.

3. COMPENSA nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniona z obowiązku zwrotu kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w celu uzyskania świadczeń Assistance bez porozumienia z Infolinią, chyba że skontaktowanie się z Infolinią w sposób wskazany w ust. 1 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego.

4. W przypadku wskazanej w ust. 3 niemożliwości skontaktowania się z Infolinią, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot uzasadnionych z uwagi na rodzaj pomocy niezbędnej w związku ze Zdarzeniem Assistance kosztów usług Assistance, jeśli zostały one zorganizowane przez Ubezpieczonego we własnym zakresie, pod warunkiem przekazania do COMPENSA następujących dokumentów:



- 1) oryginały lub skany oryginałów faktur lub rachunków za wykonane usługi oraz innej stosownej dokumentacji np. medycznej,
 - 2) kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o refundację.
5. COMPENSA dokona refundacji kosztów świadczeń Assistance poniesionych przez Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 4, w wysokości nie wyższej od sum ubezpieczenia oraz limitów określonych dla poszczególnych świadczeń Assistance w Załączniku nr I do OWU.
6. Do świadczeń Assistance nie ma zastosowania Udział własny, o którym mowa w § 3 ust. 8 OWU.

§ 15. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest:

1) podać do wiadomości COMPENSY zgodnie z prawdą i najlepszą wiedzą wszystkie znane sobie okoliczności, o które COMPENSA zapytywała na etapie przygotowywania oferty, we wniosku o zawarcie ubezpieczenia i w innych pismach skierowanych do Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia,

2) zgłaszać zmiany okoliczności, o które COMPENSA zapytywała na etapie przygotowywania oferty, we wniosku i innych pismach skierowanych do Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

2. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek wskazany w ust. 1 powyżej, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

3. COMPENSA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do jej wiadomości, jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej. W razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

4. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest informować COMPENSĘ o wszystkich zmianach danych, o które COMPENSA zapytywała na etapie przygotowywania oferty, we wniosku i deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, a w szczególności:

1) o zmianach przedmiotu działalności Ubezpieczającego,

2) o zmianach danych adresowych Ubezpieczającego,

3) o wszelkich zmianach danych osobowych Ubezpieczonych, o które COMPENSA zapytywała we wniosku lub deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

5. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest:

1) niezwłocznie poinformować COMPENSĘ o fakcie utraty Karty Ubezpieczenia,

2) zaprzestać używania Karty Ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej COMPENSY,

3) używać Kartę Ubezpieczenia tylko zgodnie z jej przeznaczeniem i nie udostępniać jej osobom trzecim.

6. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Ubezpieczający, jak i Ubezpieczony, jest zobowiązany:

1) stosować się do zaleceń COMPENSY oraz przedstawiciela COMPENSY udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw,

2) na żądanie COMPENSY lub przedstawiciela COMPENSY przedłożyć posiadane dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz fakt poniesienia z tego tytułu wydatków,

3) do podporządkowania się i wypełniania wszelkich wskazań zaleconych przez lekarzy w toku podjętego Leczenia,

4) uzyskać dokumentację lekarską oraz inne dokumenty związane z zajściem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,

5) wyrazić zgodę na występowanie przez COMPENSĘ do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych, o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje również zgodę na udostępnienie COMPENSIE przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej,

6) na żądanie COMPENSY i na koszt COMPENSY, poddać się badaniom u wyznaczonego przez COMPENSĘ lekarza w celu ustalenia prawa do odszkodowania lub świadczenia lub wysokości odszkodowania lub świadczenia.

§ 16. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYPŁATY ODSZKODOWANIA LUB ŚWIADCZENIA

1. W sytuacji, gdy świadczenie COMPENSA polega na wypłacie kwoty pieniężnej, COMPENSA po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, COMPENSA informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości odszkodowania/świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy.

3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego odszkodowania lub świadczenia bezpośrednio od COMPENSY, chyba że strony uzgodniły inaczej, jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem już zaszło.

4. COMPENSA obowiązana jest wypłacić odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.

5. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności COMPENSY albo wysokości odszkodowania lub świadczenia nie jest możliwe, odszkodowanie lub świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część odszkodowania lub świadczenia zostanie wypłacona w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.

6. W razie braku podstaw do wypłaty odszkodowania lub świadczenia w całości lub w części, COMPENSA zobowiązana jest przekazać informację o powyższym w terminach określonych w ust. 4 bądź 5 oraz zgodnie z zasadami określonymi w ust. 10.

7. Odszkodowanie (świadczenie) wypłacane jest w złotych polskich.

8. Jeżeli koszty zostały poniesione w walucie obcej, odszkodowanie wypłacane jest w złotych polskich według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego z dnia powstania szkody (poniesienia kosztów).

9. Jeżeli w terminach określonych w ust. 4 lub 5 COMPENSA nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości



lub w części, a także powinna wypłacić bezsporną część odszkodowania/ świadczenia.

10. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, COMPENSA informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania; informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 17. ROSZCZENIA REGRESOWE

1. Z dniem zapłaty odszkodowania przez COMPENSĘ, roszczenia Ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą z mocy prawa na COMPENSĘ do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli wypłacone odszkodowanie pokrywa tylko część szkody, Ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń przed COMPENSĄ.

2. Nie przechodzą na COMPENSĘ roszczenia Ubezpieczającego przeciwko osobom, z którymi pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.

3. Zasady wynikające z ustępów poprzedzających stosuje się odpowiednio w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek.

4. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony skutecznie zrzekł się roszczenia odszkodowawczego w stosunku do sprawcy szkody w całości lub w części, COMPENSA może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części. Natomiast, jeżeli fakt ten ujawniony zostanie już po wypłaceniu odszkodowania, COMPENSA może żądać zwrotu całości lub części odszkodowania.

5. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia COMPENSIE wszelkich informacji, dostarczenia dokumentów oraz umożliwienia prowadzenia czynności niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych.

§ 18. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADANIA REKLAMACJI

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, jak również Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do wniesienia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do COMPENSY, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez COMPENSĘ. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez osobę składającą reklamację zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie przez COMPENSĘ.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce COMPENSY, w której zakresie obowiązków jest obsługa Klienta.

3. Reklamacja może zostać złożona w formie:

1) pisemnej – za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście w siedzibie COMPENSY lub w jednostce terenowej wskazanej w ust. 2 powyżej;

2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00;

3) ustnej do protokołu, podczas wizyty w siedzibie COMPENSY lub jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną;

4) elektronicznej, pocztą elektroniczną kierowaną na adres e-mail reklamacje@compensa.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego

osobą fizyczną.

4. W celu przyspieszenia postępowania, reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wnoszącej reklamację;

2) adres osoby wnoszącej reklamację;

3) informację, czy wnoszący reklamację żąda otrzymania odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres email, na który odpowiedź ma zostać przesłana;

4) PESEL/REGON;

5) numer dokumentu ubezpieczenia lub nr szkody.

5. Na żądanie osoby wnoszącej reklamację, COMPENSA potwierdzi fakt złożenia reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z nią sposób.

6. Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona przez COMPENSĘ bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

7. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w ust. 6, COMPENSA zobowiązana jest poinformować osobę wnoszącą reklamację o:

1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu (przyczynach opóźnienia);

2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;

3) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

8. Odpowiedzi na reklamację COMPENSA udziela w postaci papierowej lub:

1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz uprawnionych z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wnioszek;

2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.

9. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku:

1) nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji;

2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.

10. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSĄ może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).

§ 19. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADANIA SKARG

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 18, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług lub działalności COMPENSY.

2. Do skargi określonej w ust. 1 zastosowanie znajdują postanowienia § 18 dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających,



Ubezpieczonych oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 18 ust. 8. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

§ 20. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. COMPENSA udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności COMPENSY lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez COMPENSĘ udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez COMPENSĘ.

2. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 1, COMPENSA udostępnia na żądanie, w postaci elektronicznej.

3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z umową ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym. Strony zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby (adresu).

4. COMPENSA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

5. W przypadku zastrzeżeń co do wykonywania działalności przez COMPENSĘ, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego.

6. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby COMPENSY) albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

7. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

8. Osoba będąca konsumentem może ponadto zwrócić się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumenta.

9. COMPENSA zastrzega sobie prawo do żądania zwrotu faktycznie poniesionych kosztów związanych z dochodzeniem należności wynikających z umowy ubezpieczenia.

10. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU jest prawo polskie. W sprawach nie uregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących aktów prawnych obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone przez Zarząd Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 15/09/2018 z dnia 21 września 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 października 2018 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Jarosław Szwałgier
Zastępca Prezesa Zarządu



Załącznik nr I do OWU – Wykaz świadczeń objętych umową ubezpieczenia

Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	BRAZOWY PLUS	SREBRNY BASIC	SREBRNY	ZŁOTY	SENIOR	kwota refundacji w złotych
I. 24-godzinna Infolinia:							
- umawianie terminów konsultacji badań, - pomoc w organizacji procesu leczenia, - informacja o zakresie ubezpieczenia, - informacja o Rekomendowanych Placówkach Medycznych, - informacje medyczne, - organizacja świadczeń assistance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
- umawianie wizyt domowych	-	-	-	-	✓	-	-
2. Konsultacje lekarskie, bez skierowania, niezależnie od stopnia naukowego. Maksymalny czas oczekiwania na konsultację lekarza internisty, lekarza rodzinnego oraz pediatry – 1 dzień roboczy od momentu zgłoszenia, maksymalny czas oczekiwania na konsultację lekarzy pozostałych specjalności – 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia. Compensa nie gwarantuje wskazanych powyżej maksymalnych czasów oczekiwania w przypadku imiennego wskazania lekarza lub konkretnej Rekomendowanej Placówki Medycznej przez Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczonym jest Dziecko, wszyscy specjaliści dostępni w ramach wybranego wariantu są dostępni w opcji specjalizacji dziecięcych.							
internista, lekarz rodzinny, pediatra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	65,00
chirurg ogólny, okulista, dermatolog, laryngolog, ginekolog-położnik, kardiolog, urolog	✓	✓	✓	✓	✓	✓	75,00
ortopeda, endokrynolog, alergolog, neurolog	-	✓	✓	✓	✓	✓	75,00
pulmonolog, gastrolog, diabetolog, reumatolog, nefrolog, hematolog, onkolog	-	-	✓	✓	✓	-	75,00
lekarze pozostałych specjalności, chyba że ich brak wynika z wyłączeń OWU (np. stomatolog, chirurg szczękowy, psychiatra)	-	-	-	-	✓	-	75,00
3. Wizyty domowe Nielimitowane wizyty domowe lekarza internisty, pediatry oraz medycyny rodzinnej w przypadkach, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego nie pozwala na przyjazd do lekarza – w zasięgu terytorialnym działania placówki, zgodnie z wykazem placówek świadczących wizyty domowe. Każda wizyta domowa musi zostać umówiona poprzez Infolinię po ocenie zasadności jej wykonania, zgodnie z powyższym zapisem.	-	-	-	-	✓	-	100,00
4. Zabiegi ambulatoryjne pod warunkiem, że istnieje możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych bez szkody dla Ubezpieczonego							
Zabiegi chirurgiczne: opatrzenie drobnych urazów: oparzeń i odmrożeń z ich ewentualnym dalszym leczeniem, szycie małej rany, nacięcie i drenaż ropnia / czyraka, punkcja stawu lub krwiaka, usunięcie kleszcza, usunięcie ciała obcego, założenie sączka, leczenie owrzodzeń, leczenie zanokcicy, leczenie zastrzału powierzchniowego, rozciąganie napletka u dzieci, rozklejanie warg sromowych u dzieci	✓	✓	✓	✓	✓	✓	w ramach kwoty refundacji dotyczącej konsultacji
Zabiegi dermatologiczne: biopsja diagnostyczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓	w ramach kwoty refundacji dotyczącej konsultacji
Zabiegi ortopedyczne: opatrzenia drobnych urazów: skręceń, zwichnięć, nieskomplikowanych złamań z ich ewentualnym dalszym leczeniem, dobór i założenie ortozy / kołnierza ortopedycznego / gipsu typu gorset, dobór kul łokciowych, iniekcja dostawowa bez kosztów leku, repozycja złamania	-	✓	✓	✓	✓	✓	w ramach kwoty refundacji dotyczącej konsultacji



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	BRAZOWY PLUS	SREBRNY BASIC	SREBRNY	ZŁOTY	SENIOR	kwota refundacji w złotych
Zabiegi okulistyczne: wyjęcie ciała obcego z oka, badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, badanie lampą szczelinową, płukanie dróg łzowych, badanie pola widzenia, badanie widzenia przestrzennego, mierzenie ciśnienia gałkowego, gonioskopia, skiaskopia, egzoflatometria, wstrzyknięcie podspojówkowe, dobieranie soczewek kontaktowych / okularów	✓	✓	✓	✓	✓	✓	w ramach kwoty refundacji dotyczącej konsultacji
Zabiegi otolaryngologiczne: płukanie uszu, płukanie zatok, przedmuchiwanie trąbki słuchowej, usunięcie ciała obcego z ucha / nosa / gardła, postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, opatrunek uszny z lekiem, nacięcie ropnia, odessanie wydzieliny z nosa i przewodów nosa, paracenteza, pędzłowanie jamy ustnej, wlewka krtaniowa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	w ramach kwoty refundacji dotyczącej konsultacji
Zabiegi urologiczne: zakładanie / zmiana cewnika do pęcherza moczowego	✓	✓	✓	✓	✓	✓	w ramach kwoty refundacji dotyczącej konsultacji
Zabiegi ginekologiczne: pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego	✓	✓	✓	✓	✓	✓	30,00
Zabiegi alergologiczne: wykonywanie testów alergicznych skórnych metodą nakłuć (skóra), odczulanie bez kosztów leku	-	-	✓	✓	✓	-	5 zł za 1 alergen, 90 zł za panel, 30 zł za odczulanie
5. Szczepienia:							
szczepienie przeciw grypie I x w roku ubezpieczeniowym	✓	✓	✓	✓	✓	✓	32,00
podanie antytoksyny przeciwężcowej	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
szczepienie przeciw WZW A i B	-	-	-	-	✓	-	120,00
6. Zabiegi pielęgniarstwa wykonywane w placówce medycznej: ambulatoryjne zabiegi pielęgniarstwa wykonywane w placówce medycznej przez personel pielęgniarstwa na podstawie skierowania lekarza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10,00
7. BADANIA DIAGNOSTYCZNE nielimitowane, wykonywane na podstawie skierowania od lekarza							
Badania hematologiczne							
morfologia krwi z rozmazem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10,00
morfologia krwi bez rozmazu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10,00
określenie grupy krwi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9,00
OB	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5,00
czas protrombinowy (PT/wskaźnik Quicka/INR)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9,00
test w kierunku antyglobulin ludzkich (odczyn Coombsa - bezpośredni)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
retikulocyty	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
bezpośredni i pośredni test antyglobulinowy – odczyn Coombsa BTA	-	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
czas krwawienia	-	✓	✓	✓	✓	✓	8,00
czas krzepnięcia	-	✓	✓	✓	✓	✓	8,00
czas trombinowy	-	✓	✓	✓	✓	✓	10,00
produkty degradacji fibrynogenu	-	✓	✓	✓	✓	✓	18,00
fibrynogen	-	✓	✓	✓	✓	✓	10,00
antytrrombina III	-	✓	✓	✓	✓	✓	35,00
D-dimery	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
Badania biochemiczne							
kreatynina	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8,00



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	BRAZOWY PLUS	SREBRNY BASIC	SREBRNY	ZŁOTY	SENIOR	kwota refundacji w złotych
sód (Na)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
potas (K)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
cholesterol całkowity	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
cholesterol HDL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
cholesterol LDL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
trójglicerydy	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
lipidogram (CHOL + HDL + LDL + TG)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	26,00
kwas moczowy	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8,00
białko całkowite	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
żelazo (Fe)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8,00
bilirubina całkowita	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8,00
amylaza/diastaza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8,00
aminotransferaza alaninowa (ALAT/ALT/GPT)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8,00
aminotransferaza asparaginianowa (AspAT/AST/GOT)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8,00
białko C-reaktywne (CRP)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	18,00
białko C-reaktywne o wysokiej czułości (hsCRP)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	18,00
glukoza/cukier na czczo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6,00
glukoza – krzywa obciążenia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6,00
azot mocznikowy (BUN)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
mocznik	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
lipaza	–	✓	✓	✓	✓	✓	15,00
cholinoesteraza	–	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
acetylocholinoesteraza	–	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
fosfataza alkaliczna (zasadowa) (ALP/ALK)	–	✓	✓	✓	✓	✓	8,00
fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	–	✓	✓	✓	✓	✓	12,00
fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)	–	✓	✓	✓	✓	✓	12,00
kinaza fosfokreatynowa (CPK)	–	✓	✓	✓	✓	✓	12,00
kinaza kreatynowa (CK)	–	✓	✓	✓	✓	✓	12,00
kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CK-MB)	–	✓	✓	✓	✓	✓	20,00
troponina	–	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
albuminy	–	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
proteinogram (rozdział elektroforetyczny białka)	–	✓	✓	✓	✓	✓	19,00
bilirubina bezpośrednia, bilirubina pośrednia	–	✓	✓	✓	✓	✓	8,00
próby wątrobowe: gamma-glutamylotransferaza / glutamylotranspeptydaza (GGTP/GGT)	–	✓	✓	✓	✓	✓	9,00
wapń całkowity (Ca)	–	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
wapń zjonizowany (Ca)	–	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
chlorki (Cl)	–	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
magnez (Mg)	–	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
fosforan nieorganiczny	–	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)	–	✓	✓	✓	✓	✓	15,00
utajona zdolność wiązania żelaza (UIBC)	–	✓	✓	✓	✓	✓	15,00
ferrytyna	–	✓	✓	✓	✓	✓	32,00
transferytyna	–	✓	✓	✓	✓	✓	29,00
krzywa obciążenia glukozą	–	✓	✓	✓	✓	✓	18,00
fosfor (P)	–	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
homocysteina	–	–	✓	✓	✓	–	50,00



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	BRAZOWY PLUS	SREBRNY BASIC	SREBRNY	ZŁOTY	SENIOR	kwota refundacji w złotych
dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	-	-	✓	✓	✓	-	11,00
cynk (Zn)	-	-	✓	✓	✓	-	40,00
miedź (Cu)	-	-	✓	✓	✓	-	30,00
kwas foliowy	-	-	✓	✓	✓	-	32,00
witamina B12	-	-	✓	✓	✓	-	32,00
ceruloplazmina	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
hemoglobina glikozylowana (HbA1c)	-	-	✓	✓	✓	-	28,00
insulina	-	-	✓	✓	✓	-	28,00
peptyd C	-	-	✓	✓	✓	-	30,00
Badania hormonalne							
hormon tyreotropowy (TSH)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	20,00
tyroksyna wolna (fT4)	-	✓	✓	✓	✓	✓	19,00
tyroksyna całkowita (TT4)	-	✓	✓	✓	✓	✓	19,00
trójiodotyronina wolna (fT3)	-	✓	✓	✓	✓	✓	19,00
trójiodotyronina całkowita (TT3)	-	✓	✓	✓	✓	✓	19,00
siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S)	-	✓	✓	✓	✓	✓	35,00
gonadotropina kosmówkowa (beta-HCG / hCG)	-	✓	✓	✓	✓	✓	24,00
tyreoglobulina	-	-	✓	✓	✓	-	24,00
testosteron	-	-	✓	✓	✓	-	24,00
prolaktyna / laktotropina (PRL)	-	-	✓	✓	✓	-	24,00
progesteron	-	-	✓	✓	✓	-	24,00
parathormon (PTH)	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
kortyzol/glikokortykosteroid	-	-	✓	✓	✓	-	24,00
hormon luteinizujący/lutropowy (LH)	-	-	✓	✓	✓	-	24,00
hormon folikulotropowy (FSH)	-	-	✓	✓	✓	-	24,00
estriol	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
estradiol	-	-	✓	✓	✓	-	24,00
aldosteron	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
Markery nowotworowe							
alfa-fetoproteina (AFP)	-	✓	✓	✓	✓	✓	35,00
antygen CA 125	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
antygen CA 15-3	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
antygen CA 19-9	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
antygen karcynoembrionalny/rakowozarodkowy (CEA)	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
antygen swoisty dla stercza (PSA wolny)	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
Badania immunologiczne							
immunoglobuliny A całkowite/ nieswoiste (IgA)	-	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
immunoglobuliny G całkowite/ nieswoiste (IgG)	-	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
immunoglobuliny M całkowite/ nieswoiste (IgM)	-	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
immunoglobuliny E całkowite/ nieswoiste (IgE)	-	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
Badania serologiczne							
alloprzeciwciała odpornościowe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
antygen HBs (HbsAg/HBs)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	21,00
przeciwciała p. HCV (anty-HCV)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	35,00
antystreptolizyna (ASO)	-	✓	✓	✓	✓	✓	12,00



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	BRAZOWY PLUS	SREBRNY BASIC	SREBRNY	ZŁOTY	SENIOR	kwota refundacji w złotych
odczyn Wassermanna (WR) USR, VDRL	-	✓	✓	✓	✓	✓	11,00
odczyn Waalera-Rosego	-	✓	✓	✓	✓	✓	14,00
czynnik reumatoidalny (RF)	-	✓	✓	✓	✓	✓	11,00
przeciwciała p. cytoplazmie ANCA (pANCA, cANCA, aANCA)	-	-	✓	✓	✓	-	45,00
przeciwciała przeciwjądrowe (ANA1)	-	-	✓	✓	✓	-	50,00
mioglobina	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) w klasach IgM i IgG	-	-	✓	✓	✓	-	30,00
przeciwciała p. Helicobacter pylori	-	-	✓	✓	✓	-	30,00
przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV 1	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV 2	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
przeciwciała p. Toxoplasma gondii w klasach IgM i IgG	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella w klasach IgM i IgG	-	-	✓	✓	✓	-	30,00
przeciwciała p. Borrelia burgdorferi w klasach IgM i IgG	-	-	✓	✓	✓	-	30,00
przeciwciała p. wirusowi Epstein-Barr w klasach IgM i IgG (mononukleozą)	-	-	✓	✓	✓	-	30,00
przeciwciała p. Chlamydia trachomatis w klasach IgM i IgG	-	-	✓	✓	✓	-	40,00
przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie)	-	-	✓	✓	✓	-	37,00
przeciwciała przeciwjądrowe (ANA2)	-	-	✓	✓	✓	-	60,00
przeciwciała przeciwarczycowe	-	-	✓	✓	✓	-	30,00
przeciwciała p. HBs (anty-HBs)	-	-	✓	✓	✓	-	30,00
przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej)	-	-	✓	✓	✓	-	37,00
Badania moczu							
badanie ogólne	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
amylaza/diastaza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
osad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
kreatynina	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
białko	-	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
glukoza/cukier	-	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
sód	-	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
potas	-	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
wapń	-	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
fosfor/fosforany nieorganiczne	-	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
magnez	-	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
chlorki	-	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
kwas moczowy	-	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
mocznik	-	✓	✓	✓	✓	✓	7,00
badania dobowej zbiórki moczu	-	✓	✓	✓	✓	✓	11,00
test ciążowy (gonadotropina kosmówkowa HCG)	-	✓	✓	✓	✓	-	17,00
badanie bakteriologiczne, mykologiczne z antybiogramem	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
Badania kału							
badanie kału na krew utajoną	✓	✓	✓	✓	✓	✓	15,00
posiew kału w kierunku Salmonella i Shigella	✓	✓	✓	✓	✓	✓	39,00
badanie ogólne	-	✓	✓	✓	✓	✓	13,00
w kierunku jaj pasożytów	-	✓	✓	✓	✓	✓	13,00
cyst lamblii (ELISA)	-	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
Clostridium difficile	-	-	✓	✓	✓	-	40,00



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	BRAZOWY PLUS	SREBRNY BASIC	SREBRNY	ZŁOTY	SENIOR	kwota refundacji w złotych
Badania bakteriologiczne							
posiew w kierunku bakterii tlenowych + antybiogram	✓	✓	✓	✓	✓	✓	30,00
posiew w kierunku bakterii beztlenowych (identyfikacja drobnoustroju + antybiogram) moczu, kału, krwi, płwociny	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustroju + antybiogram) ze zmiany skórnej, ze zmiany ropnej, z czyraka, z rany, z cewki moczowej, z kanału szyjki macicy, z pochwy, z gardła, z jamy ustnej, z nosa, z oka, z ucha	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
Badania mykologiczne							
wymaz ze zmiany skórnej, ze zmiany ropnej, z czyraka, z rany, z cewki moczowej, z kanału szyjki macicy, z pochwy, z gardła, z jamy ustnej z nosa, z oka, z ucha w kierunku drożdży, grzybów i pleśni z antybiogramem	-	-	✓	✓	✓	-	35,00
Badania obrazowe							
USG jamy brzusznej, tarczycy, ślinianek, krtani, tkanek miękkich okolicy szyi, ginekologiczne przez powłoki brzuszne	✓	✓	✓	✓	✓	✓	70,00
USG miednicy mniejszej, układu moczowego, piersi, gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, USG jąder, USG gruczołu krokowego transrektalne, USG stawów, USG monitorowanie biopsji, USG tkanek miękkich, węzłów chłonnych, nadgarstka, więzadła, USG palca, USG ścięgna Achillesa, USG przeciemiążczkowe – zakres nie obejmuje badań wykonywanych w technologii 3D/4D	-	✓	✓	✓	✓	✓	70,00
USG ciąży przez powłoki brzuszne, ginekologiczne (ocena ciąży), USG transwaginalne	-	✓	✓	✓	✓	-	70,00
USG Doppler tętnic i żył kończyn, Doppler jamy brzusznej/układu wrotnego, Doppler tętnic nerkowych, Doppler żył i tętnic szyi, Doppler tętnic wewnątrzczaszkowych,	-	-	-	✓	✓	-	70,00
USG pozostałe, z wyłączeniem badań USG wykonywanych w technologii 3D/4D	-	-	-	-	✓	-	70,00
ECHO serca	-	-	✓	✓	✓	-	70,00
RTG klatki piersiowej, czaszki, kręgosłupa, miednicy, kości kończyn	✓	✓	✓	✓	✓	✓	40,00
RTG pozostałe	-	✓	✓	✓	✓	✓	50,00
urografia	-	✓	✓	✓	✓	✓	150,00
mammografia	-	✓	✓	✓	✓	✓	80,00
cystografia	-	✓	✓	✓	✓	✓	50,00
cholecystografia	-	✓	✓	✓	✓	✓	50,00
tomografia komputerowa	-	-	-	✓	✓	-	250,00
rezonans magnetyczny	-	-	-	✓	✓	-	450,00
scyntygrafia tarczycy	-	-	-	✓	✓	-	80,00
OCT dna oka	-	-	-	✓	✓	-	120,00
angiografia z zastosowaniem tomografii komputerowej	-	-	-	-	✓	-	300,00
angiografia z zastosowaniem rezonansu magnetycznego	-	-	-	-	✓	-	500,00
Badania czynnościowe							
audiometria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
EKG spoczynkowe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
spirometria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	28,00
spirometria z próbą rozkurczową	✓	✓	✓	✓	✓	✓	28,00
24-godzinne badanie EKG i ciśnienia tętniczego krwi	-	-	✓	✓	✓	-	60,00
EKG wysiłkowe	-	-	✓	✓	✓	-	75,00
tympanometria	-	-	✓	✓	✓	-	20,00
densytometria	-	-	-	✓	✓	-	65,00
EEG	-	-	-	✓	✓	-	80,00
EMG	-	-	-	✓	✓	-	70,00



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	BRAZOWY PLUS	SREBRNY BASIC	SREBRNY	ZŁOTY	SENIOR	kwota refundacji w złotych
Badania endoskopowe							
gastroskopia, bez kosztu znieczulenia ogólnego	-	-	-	✓	✓	-	80,00
kolonoskopia, bez kosztu znieczulenia ogólnego	-	-	-	✓	✓	-	200,00
rektoskopia, bez kosztu znieczulenia ogólnego	-	-	-	✓	✓	-	100,00
sigmoidoskopia, bez kosztu znieczulenia ogólnego	-	-	-	✓	✓	-	150,00
Badania diagnostyczne inne							
pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego	✓	✓	✓	✓	✓	✓	30,00
badania histopatologiczne (pobranie i wykonanie badania)	-	-	✓	✓	✓	-	55,00
biopsja cienkoigłowa wraz z badaniem histopatologicznym (pobranie i wykonanie badania) – piersi, tarczycy, ślinianek	-	-	✓	✓	✓	-	95,00
biopsja cienkoigłowa wraz z badaniem histopatologicznym (pobranie i wykonanie badania) – pozostałe części ciała	-	-	-	✓	✓	-	95,00
8. Rabat na usługi stomatologiczne we wskazanych placówkach:							
– 10% zniżki na usługi stomatologii zachowawczej,							
– 10% zniżki na usługi leczenia chirurgicznego,	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
– 5% zniżki na usługi w zakresie protetyki,							
– 5% zniżki na usługi w zakresie ortodoncji.							
10. Asisstance medyczne	✓	✓	✓	✓	✓	✓	LIMIT
10.1 Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego							
Compensa zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz honorarium pielęgniarki, jeżeli w następstwie Zdarzenia Assistence polegającego na Nagłym Zachorowaniu lub Nieszczęśliwym Wypadku, zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego, Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu (z wyłączeniem pobytu w Podmiotach Lecznicych). Zakres świadczeń obejmuje: czynności związane z utrzymaniem higieny, zabiegi lecznicze takie jak: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków, czynności diagnostyczne takie jak: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie, czynności pomagające w odżywianiu się. Compensa pokrywa koszty do 250 zł za wizytę, maksymalnie za 3 wizyty w ciągu Roku Ubezpieczeniowego.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	250 zł za wizytę/ 3 wizyty w Roku Ubezpieczeniowym
10.2 Opieka domowa po Leczeniu w Szpitalu							
Compensa zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony w następstwie Zdarzenia Assistence polegającego na Nagłym Zachorowaniu lub Nieszczęśliwym Wypadku przebywał w Szpitalu w związku z Leczeniem przez okres min 24 godzin i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego, bezpośrednio po wypisaniu ze Szpitala powinien przebywać w pozycji leżącej. Opieka domowa obejmuje następujące elementy: – zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby – niezbędne porządki – dostawa lub przygotowanie posiłków – opieka nad zwierzętami domowymi – podlewanie kwiatów Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić. Ubezpieczeniem objęta jest dostawa produktów bez kosztów ich zakupu. Compensa pokrywa łączne koszty do kwoty 150 zł na każdą wizytę za maksymalnie 3 wizyty w Roku Ubezpieczeniowym.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	150 zł za wizytę/ 3 wizyty w Roku Ubezpieczeniowym



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	BRAZOWY PLUS	SREBRNY BASIC	SREBRNY	ZŁOTY	SENIOR	kwota refundacji w złotych
<p>10.3 Transport do Podmiotu Leczniczego Compensa zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego do Podmiotu Leczniczego, jeżeli w następstwie Zdarzenia Assistancje polegającego na Nagłym Zachorowaniu lub Nieszczęśliwym Wypadku zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Podmiotu Leczniczego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Compensa. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia Ubezpieczonego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Compensa pokrywa koszty transportu do wysokości 500 zł, jeden raz w ciągu Roku ubezpieczeniowego.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	500 zł / I raz w Roku Ubezpieczeniowym
<p>10.4 Transport pomiędzy Podmiotami Leczniczymi Jeżeli Podmiot Leczniczy, w którym Ubezpieczony znalazł się w następstwie Zdarzenia Assistancje polegającego na Nagłym Zachorowaniu lub Nieszczęśliwym Wypadku nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Ubezpieczony jest skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innego Podmiotu Leczniczego, Compensa zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu na pisemne zlecenie Lekarza Prowadzącego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Compensa w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym. Transport odbywa się do wskazanego przez Lekarza Prowadzącego Podmiotu Leczniczego mogącego zapewnić Ubezpieczonemu odpowiednią do jego stanu zdrowia opiekę lub mogącego przeprowadzić niezbędną dla stanu zdrowia Ubezpieczonego diagnostykę. W przypadku, gdy Ubezpieczony kierowany jest do innego Podmiotu Leczniczego w celu wykonania zabiegu lub badania, ochrona obejmuje także transport powrotny do Podmiotu Leczniczego, w którym Ubezpieczony jest leczony. Compensa pokrywa koszty transportu do wysokości 500 zł, jeden raz w ciągu Roku ubezpieczeniowego.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	500 zł / I raz w Roku Ubezpieczeniowym
<p>10.5 Transport ze Szpitala do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego Compensa organizuje i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego ze Szpitala do wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli Ubezpieczony przebywał w Szpitalu w związku z Leczeniem w następstwie Zdarzenia Assistancje polegającego na Nagłym Zachorowaniu lub Nieszczęśliwym Wypadku dłużej niż 24 godziny oraz stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. O zasadności oraz rodzaju środka transportu decyduje lekarz Compensa w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym. Compensa pokrywa koszt transportu do wysokości 500 zł, jeden raz w ciągu Roku ubezpieczeniowego.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	500 zł / I raz w Roku Ubezpieczeniowym
<p>10.6 Zakwaterowanie na czas rekonwalescencji Jeżeli Ubezpieczony bezpośrednio po wypisaniu ze Szpitala, w którym przebywał dłużej niż 24 godziny w związku z Leczeniem w następstwie Zdarzenia Assistancje polegającego na Nagłym Zachorowaniu lub Nieszczęśliwym Wypadku, zgodnie z zleceniem Lekarza Prowadzącego, wymaga pobytu w hotelu przed podjęciem podróży do miejsca zamieszkania, Compensa zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania Ubezpieczonego w hotelu znajdującym się najbliżej Szpitala, w którym Ubezpieczony przebywał. O wyborze hotelu decyduje Compensa. Compensa pokrywa koszty hotelu maksymalnie do kwoty 150 zł za każdą dobę przez maksymalnie 3 doby w każdym Roku ubezpieczeniowym.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	150 zł za każdą dobę/ 3 razy w Roku Ubezpieczeniowym
<p>10.7 Psycholog Compensa zorganizuje i pokryje koszty wizyty u psychologa, jeżeli w następstwie Zdarzenia Assistancje polegającego na Nieszczęśliwym Wypadku lub Śmierci Osoby Bliskiej Ubezpieczonego, Ubezpieczony wymaga pomocy psychologa zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego. Compensa pokrywa koszt I wizyty w Roku Ubezpieczeniowym do kwoty 500 zł.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	500 zł / I raz w Roku Ubezpieczeniowym



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	BRAZOWY PLUS	SREBRNY BASIC	SREBRNY	ZŁOTY	SENIOR	kwota refundacji w złotych
<p>10.8 Rehabilitacja</p> <p>Jeżeli w następstwie Zdarzenia Assistance polegającego na Nieszczęśliwym Wypadku Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, Compensa zorganizuje i pokryje koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego – transportu do najbliższej miejsca pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej. <p>W przypadku transportu do poradni rehabilitacyjnej o wyborze środka transportu decyduje lekarz Compensa w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym. Compensa pokrywa koszty do kwoty 250 zł za jedną wizytę łącznie z kosztami transportu za maksymalnie 3 wizyty w Roku ubezpieczeniowym.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	250 zł z aI wizytę w tym koszty transportu/ 3 wizyty w Roku Ubezpieczeniowym
<p>10.9 Sprzęt rehabilitacyjny</p> <p>Compensa zorganizuje, pokryje koszty wypożyczenia lub zakupu oraz transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli w następstwie Zdarzenia Assistance polegającego na Nieszczęśliwym Wypadku Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Compensa pokrywa koszty, o których mowa w zdaniu powyżej do kwoty 250 zł, maksymalnie 1 raz w Roku ubezpieczeniowym.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	250 zł / I raz w Roku Ubezpieczeniowym
<p>10.10 Dostarczenie leków</p> <p>Compensa zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków przepisanych Ubezpieczonemu przez Lekarza Prowadzącego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli w następstwie Zdarzenia Assistance polegającego na Nagłym Zachorowaniu lub Nieszczęśliwym Wypadku Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego, musi przebywać w miejscu pobytu w pozycji leżącej. Niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby dostarczyć leki Ubezpieczonemu. Compensa pokrywa koszty dostarczenia leków do kwoty 250 zł, maksymalnie 1 raz w Roku ubezpieczeniowym. Compensa nie pokrywa kosztów zakupu leków.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	250 zł / I raz w Roku Ubezpieczeniowym bez kosztów leków
<p>10.11 Przekazywanie pilnych wiadomości</p> <p>Na wniosek Ubezpieczonego, Compensa przekaze niezwłocznie osobie wskazanej przez Ubezpieczonego, każdą pilną wiadomość związaną z zajściem Zdarzenia Assistance. Ubezpieczony zobowiązany jest do podania danych kontaktowych osoby, której ma być przekazana pilna wiadomość.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Organizacja bez pokrycia kosztów
<p>10.12 Osobisty asystent medyczny</p> <p>Na wniosek Ubezpieczonego, Compensa zorganizuje Ubezpieczonemu następujące usługi medyczne na terenie Polski:</p> <ul style="list-style-type: none"> – umawianie terminów wizyt lekarskich w Podmiotach Lecznicznych – umawianie terminów badań w Podmiotach Lecznicznych – organizację procesu rehabilitacyjnego – organizację transportu do/z Podmiotu Lecznicznego – dostarczenie leków, środków opatrunkowych dostępnych bez recepty. Organizacja usług wskazanych powyżej polega na zebraniu przez Compensę informacji o dostępności usługi na wskazanym przez Ubezpieczonego obszarze, warunkach skorzystania oraz czasie oczekiwania i przekazaniu Ubezpieczonemu powyższych informacji w formie uzgodnionej z Ubezpieczonym. Po dokonaniu przez Ubezpieczonego wyboru placówki, która ma wykonać usługę, Compensa dokonuje rezerwacji lub organizacji usługi. Koszty zorganizowanych i wykonanych usług pokrywa Ubezpieczony. 	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Organizacja bez pokrycia kosztów

* Świadczenia opisane w pkt 2-9 objęte są ubezpieczeniem łącznie z kosztami zużytych materiałów z wyłączeniem kosztów gipsu plastikowego.



KLAUZULA NR I – LECZENIE REHABILITACJA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU oraz po opłaceniu dodatkowej Składki ubezpieczeniowej i na warunkach określonych w Polisie, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji.

§ 2. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W ramach świadczeń rehabilitacyjnych dostępne są następujące warianty:

1) Rehabilitacja 10 – Ubezpieczonemu przysługuje max. 10 zabiegów rehabilitacyjnych w Roku ubezpieczeniowym,

2) Rehabilitacja 20 – Ubezpieczonemu przysługuje max. 20 zabiegów rehabilitacyjnych w Roku ubezpieczeniowym,

3) Rehabilitacja 40 – Ubezpieczonemu przysługuje max. 40 zabiegów rehabilitacyjnych w Roku ubezpieczeniowym.

2. Szczegółowy wykaz świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji dostępnych w poszczególnych wariantach wymieniony jest w tabeli w § 4.

3. Do ubezpieczenia świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji może mieć zastosowanie Udział własny w wysokości określonej w Polisie.

§ 3. KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI

1. Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane są na zlecenie lekarza i dotyczą wyłącznie rehabilitacji narządu ruchu.

2. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji w Rekomendowanych Placówkach Medycznych odbywa się na zasadach opisanych w § 12 OWU.

3. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji w Placówkach Medycznych nie należących do sieci Rekomendowanych Placówek Medycznych odbywa się na zasadach opisanych w § 13 OWU.

§ 4. TABELA ŚWIADCZEŃ REHABILITACYJNYCH DOSTĘPNYCH W RAMACH POSZCZEGÓLNYCH WARIANTÓW

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Rehabilitacja 10	Rehabilitacja 20	Rehabilitacja 40	kwota refundacji w złotych (za jeden zabieg rehabilitacyjny)
Ćwiczenia instruktażowe (indywidualne) – z wyłączeniem technik manualnych	+	+	+	30,00
Ćwiczenia ogólnousprawniające (grupowe)	+	+	+	15,00
Wyciąg trakcyjny	+	+	+	10,00
Galwanizacja	+	+	+	10,00
Jonoforeza	+	+	+	10,00
Ultradźwięki (Fonoforeza)	+	+	+	10,00
Elektrostymulacja	+	+	+	10,00
Prądy diadynamiczne	+	+	+	10,00
Zabiegi elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	+	+	+	10,00
Prądy interferencyjne (niskiej częstotliwości)	+	+	+	10,00
Prądy Kotza	+	+	+	10,00
Prądy TENSA	+	+	+	10,00
Prądy Traebeta	+	+	+	10,00
Impulsowe pole magnetyczne	+	+	+	10,00
Terapia ultradźwiękowa	+	+	+	10,00
Krioterapia miejscowa	+	+	+	12,00
Laseroterapia	+	+	+	12,00
Kąpiel wirowa	+	+	+	10,00
Rotor, Cykloergometr	+	+	+	10,00
Kinezytaping – bez kosztu taśm	+	+	+	10,00
Sollux, podczerwień	+	+	+	10,00
Promieniowanie UV	+	+	+	10,00



KLAUZULA NR 2 MEDYCYNA PRACY

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU oraz po opłaceniu dodatkowej Składki ubezpieczeniowej i na warunkach określonych w Polisie, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenia Medycyny Pracy.

§ 2. DEFINICJE

1. Na potrzeby niniejszej klauzuli zmianie ulega definicja Ubezpieczonego i otrzymuje ona następujące brzmienie:

UBEZPIECZONY – podmiot będący jednocześnie Ubezpieczającym, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty Składki ubezpieczeniowej.

2. Pozostałe terminy używane w niniejszej klauzuli i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. COMPENSA pokrywa koszty badań kontrolnych i okresowych z zakresu medycyny pracy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, zleconych na podstawie przepisów Kodeksu pracy Pracownikom, którzy są Ubezpieczonymi w rozumieniu definicji zawartej w § 2 punkt 3 OWU, badań wstępnych kandydatów na Pracowników, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, oraz koszty innych świadczeń zrealizowanych w okresie ubezpieczenia, określonych w ust. 3 punkty 2 i następne poniżej.

2. COMPENSA pokrywa koszty badań wstępnych kandydatów na Pracowników Ubezpieczonego, zleconych na podstawie przepisów Kodeksu pracy, jeżeli w ciągu 3 miesięcy od daty uzyskania statusu Pracownika, osoby takie zostaną objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia, do której mają zastosowanie OWU. W przypadku niespełnienia powyższego warunku koszty badań wstępnych kandydata na Pracownika pokrywa Ubezpieczony.

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) badania wstępne, kontrolne i okresowe,
- 2) wizytację stanowisk pracy,
- 3) poradnictwo w stosunku do osób cierpiących na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą,
- 4) analizy stanu zdrowia pracowników,
- 5) wystawianie zaświadczeń o stanie zdrowia lub niezdolności do pracy, pozostałe świadczenia wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami

oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

4. Do świadczeń z zakresu wynikającego z niniejszej Klauzuli nie ma zastosowania Udział własny, o którym mowa w § 3 ust. 7 OWU.

§ 4. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. COMPENSA nie pokrywa kosztów badań z zakresu medycyny pracy udzielonych w placówkach medycznych innych niż Rekomendowane Placówki Medyczne.

2. Z zakresu ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami Kodeksu pracy, wyłączone są koszty badań wstępnych:

1) kandydatów na Pracowników przyjmowanych ponownie do pracy u Ubezpieczonego na to samo stanowisko lub na stanowisko o takich samych warunkach pracy, na podstawie kolejnej umowy o pracę zawartej w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniej umowy o pracę z Ubezpieczonym,

2) kandydatów na Pracowników przyjmowanych do pracy u innego pracodawcy na dane stanowisko w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniego stosunku pracy, jeżeli przedstawią Ubezpieczonemu aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie, a Ubezpieczony stwierdzi, że warunki te odpowiadają warunkom występującym na danym stanowisku pracy, z wyłączeniem osób przyjmowanych do wykonywania prac szczególnie niebezpiecznych.

3. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio w przypadku kandydatów na Pracowników pozostających jednocześnie w stosunku pracy z innym pracodawcą.

§ 5. KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ MEDYCYNY PRACY

1. Pracownik Ubezpieczonego lub kandydat na Pracownika ma prawo do wykonania zleconych na podstawie Kodeksu pracy świadczeń z zakresu medycyny pracy w dowolnej placówce spośród Rekomendowanych Placówek Medycznych, chyba że umowa grupowego ubezpieczenia zdrowotnego stanowi inaczej.

2. Świadczenia z zakresu medycyny pracy wykonywane są na podstawie wystawionego imiennie przez Ubezpieczonego skierowania.

3. Pracownik lub kandydat na Pracownika jest zobowiązany umówić termin wykonania świadczeń z zakresu medycyny pracy za pośrednictwem Infolinii.



KLAUZULA NR 3 LECZENIE STOMATOLOGICZNE

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU oraz po opłaceniu dodatkowej Składki ubezpieczeniowej i na warunkach określonych w Polisie, że zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o ubezpieczenie Leczenia stomatologicznego.

§ 2. DEFINICJE

1. Do terminów określonych w § 2 OWU dodaje się następujące dodatkowe terminy:

REKOMENDOWANA PLACÓWKA STOMATOLOGICZNA – podmiot udzielający, zgodnie z polskim prawem, świadczeń zdrowotnych, współpracujący z COMPENSA w zakresie wykonywania świadczeń stomatologicznych na rzecz Ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia w ramach klauzuli Leczenie stomatologiczne. Lista Rekomendowanych Placówek Stomatologicznych może się zmieniać w trakcie trwania umowy ubezpieczenia. Zmiana listy Rekomendowanych Placówek Stomatologicznych może wynikać z rozszerzenia sieci Rekomendowanych Placówek Stomatologicznych lub zaprzestania współpracy z COMPENSA przez Rekomendowaną Placówkę Stomatologiczną na jej wniosek lub zaprzestania współpracy z Rekomendowaną Placówką Stomatologiczną na wniosek COMPENSA z ważnych przyczyn. Aktualne informacje o Rekomendowanych Placówkach Stomatologicznych można uzyskać za pośrednictwem Infolinii. Numer telefonu Infolinii wskazany jest na Karcie Ubezpieczenia.

2. Terminy używane w niniejszej klauzuli i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Z uwzględnieniem postanowień ust. 2 w ramach ubezpieczenia Leczenia stomatologicznego COMPENSA pokrywa koszty stomatologicznych świadczeń zdrowotnych wymienionych w tabeli zawartej w § 6 niniejszej klauzuli, udzielonych w związku z leczeniem w Rekomendowanych Placówkach Stomatologicznych.

2. Do ubezpieczenia Leczenia stomatologicznego ma zastosowanie Udział własny w wysokości określonej w Polisie.

§ 4. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. COMPENSA nie pokrywa kosztów świadczeń innych niż wymienione w tabeli zawartej w § 6 poniżej, a w szczególności:

- 1) leczenia ortodontycznego,
- 2) leczenia protetycznego,
- 3) chirurgii stomatologicznej za wyjątkiem świadczeń wskazanych w ww. tabeli,
- 4) leczenia ze względów estetycznych,
- 5) wybielania zębów,
- 6) usuwania osadu, piaskowania, kiretażu,
- 7) odbudowy i rekonstrukcji zębów.

2. COMPENSA nie pokrywa kosztów stomatologicznych świadczeń zdrowotnych udzielonych w placówkach medycznych innych niż Rekomendowane Placówki Stomatologiczne.

§ 5. KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W REKOMENDOWANYCH PLACÓWKACH STOMATOLOGICZNYCH

1. Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych objętych umową ubezpieczenia w dowolnej placówce spośród Rekomendowanych Placówek Stomatologicznych.

2. Przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego w Rekomendowanej Placówce Stomatologicznej, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać Kartę Ubezpieczenia wraz z dokumentem tożsamości ze zdjęciem.

3. Koszty świadczeń zdrowotnych objętych ubezpieczeniem rozliczane są bezpośrednio pomiędzy COMPENSA a Rekomendowaną Placówką Stomatologiczną, z zastrzeżeniem ust. 4, na co Ubezpieczony wyraża zgodę.

4. W przypadku wariantu w opcji z Udziałem własnym, Ubezpieczony zobowiązany jest opłacić Udział własny Rekomendowanej Placówce Stomatologicznej przed udzieleniem świadczenia lub niezwłocznie po jego udzieleniu. Kwota udziału własnego naliczana jest od ceny świadczenia zdrowotnego obowiązującej w Rekomendowanej Placówce Stomatologicznej.

§ 6. TABELA STOMATOLOGICZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

STOMATOLOGIA

Badanie stanu jamy ustnej i uzębienia - przegląd stomatologiczny – 1 raz w roku ubezpieczeniowym

Znieczulenie miejscowe powierzchniowe

Znieczulenie miejscowe nasiękowe

Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne

Rentgenodiagnostyka – wykonanie zdjęcia

Rentgenodiagnostyka – zdjęcie pantomograficzne

Usunięcie złogów nazębnych z łuku zębowego – kamień nazębny (bez osadu, piaskowania i kiretażu) – 1 raz w roku ubezpieczeniowym

Lakowanie zębów – 1 raz w roku ubezpieczeniowym

Lakierowanie zębów – 1 raz w roku ubezpieczeniowym

Opatrunek leczniczy

Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba mlecznego

Opracowanie i wypełnienie ubytku korony zęba na 1 powierzchni

Opracowanie i wypełnienie ubytku korony zęba na 2 powierzchniach

Opracowanie i wypełnienie ubytku korony zęba na 3 powierzchniach

Trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem

Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem

Amputacja przyżyciowa miazgi

Ekstirpacja przyżyciowa miazgi

Leczenie zgorzeli

Udrażnianie i opracowywanie kanału metodą fizykochemiczną

Udrażnianie i opracowywanie kanału metodą mechaniczną

Czasowe wypełnienie kanału

Ostateczne wypełnienie kanału

Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnio leżącego ropnia włącznie z drenażem i opatrunkiem

Usunięcie zęba mlecznego

Usunięcie zęba jednokorzeniowego (z wyłączeniem usuwania zębów zatrzymanych lub z zastosowaniem dłutowania)

Usunięcie zęba wielokorzeniowego (z wyłączeniem usuwania zębów zatrzymanych lub z zastosowaniem dłutowania)



KLAUZULA NR 4 ŚWIADCZENIE OPERACYJNE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU oraz po opłaceniu dodatkowej Składki ubezpieczeniowej i na warunkach określonych w Polisie, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Świadczenia Szpitalne.

2. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia w ramach Klauzuli świadczenie operacyjne konieczne jest wypełnienie ankiety medycznej.

§ 2. DEFINICJE

1. Do terminów określonych w § 2 OWU dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) OPERACJA – inwazyjny zabieg medyczny połączony z przecięciem tkanek przeprowadzony przez wykwalifikowany personel medyczny, w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie Pobytu w Szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, mający na celu wyleczenie lub zmniejszenie objawów Choroby lub urazu. Operacjami nie są zabiegi przeprowadzone w celach diagnostycznych oraz cesarskie cięcie.

2) POBYT W SZPITALU – odnotowany w dokumentacji medycznej, konieczny z medycznego punktu widzenia, pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwający nieprzerwanie minimum 24 godziny, którego celem jest Leczenie Ubezpieczonego.

3) SPORTY EKSTREMALNE – następujące aktywności sportowe:

a) wspinaczka skalna, lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, speleologia, buldering, wszelkie odmiany Le Parkour, canyoning, trekking, o ile choćby jego część odbywała się na wysokości pow. 3.000 m n.p.m.,

b) kajakerstwo górskie, rafting i wszelkie jego odmiany, hydrospeed, surfing, kitesurfing, wakeboarding oraz windsurfing i wszelkie jego odmiany,

c) pływanie długodystansowe na wodach otwartych,

d) wszelkie odmiany nurkowania na głębokość poniżej 15m oraz freediving,

e) jazda na skuterze wodnym, jazda za motorówką lub skuterkem wodnym na „bananie”, „oponce”, „kole” i innym sprzęcie holowanym za pojazdem,

f) narciarstwo ekstremalne rozumiane jako skialpinizm, ski-tour, jazda na nartach poza wyznaczonymi trasami,

g) snowboarding ekstremalny rozumiany jako jazda na snowboardzie poza wyznaczonymi trasami,

h) snake glist, snowkite, snowtrikke, snowblades, supershorties, boardercross, snowscooting, icesurfing,

i) kolarstwo: crossowe, górskie, downhill, wyczynowa jazda na BMX, street lunge, mountain boarding,

j) udział i przygotowanie do udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, wodnych,

k) sporty walki oraz sporty obronne tj: karate, judo, capoeira, jujitsu, takewondo, zapasy, kendo, kung-fu, tai chi, aikido, signum polonicum, rekonstrukcje walk, bitew historycznych,

l) zorbing.

4) ZAWODOWE UPRAWNIENIE SPORTU – uprawianie sportu, za które Ubezpieczony otrzymuje wynagrodzenie, stypendium, dietę, nagrody pieniężne, jak również członkostwo w klubach sportowych niezależnie od ich klasy lub ligi, w stowarzyszeniach lub związkach sportowych.

2. Terminy używane w niniejszej klauzuli i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie może zostać zawarte w wariantcie A albo w wariantcie B.

2. Compensa wypłaca świadczenie operacyjne:

1) w wariantcie A – jeżeli w okresie odpowiedzialności COMPENSY Ubezpieczonemu wykonana została Operacja w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem,

2) w wariantcie B – jeżeli w okresie odpowiedzialności COMPENSY Ubezpieczonemu wykonana została Operacja w związku z Chorobą lub z Nieszczęśliwym wypadkiem.

3. Świadczenie operacyjne w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem wypłacane jest w przypadku jednoczesnego spełnienia poniższych warunków:

1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego została przeprowadzona Operacja, miał miejsce w okresie odpowiedzialności COMPENSY,

2) Operacja została przeprowadzona nie później niż przed upływem 6 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku.

4. Klasyfikacja Operacji poprzez ich przyporządkowanie do określonej grupy zawarta jest w Załączniku nr 1 do niniejszej klauzuli.

5. Wysokość Świadczenia Operacyjnego zależy od grupy, do której wykonana Operacja została zakwalifikowana, i wynosi:

1) 10 000 zł w przypadku operacji z grupy 5,

2) 8 000 zł w przypadku operacji z grupy 4,

3) 6 000 zł w przypadku operacji z grupy 3,

4) 4 000 zł w przypadku operacji z grupy 2,

5) 2 000 zł w przypadku operacji z grupy 1.

6. Jeżeli Ubezpieczony został poddany Operacji, która nie została wymieniona w Załączniku nr 1 do niniejszej klauzuli, COMPENSA dokonuje jej zakwalifikowania do odpowiedniej grupy, biorąc pod uwagę operację najbardziej zbliżoną do przeprowadzonej.

7. Jeżeli podczas jednego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony został poddany więcej niż jednej Operacji, COMPENSA wypłaca jedno Świadczenie Operacyjne w wysokości odpowiadającej Operacji z najwyższej grupy.

8. COMPENSA wypłaca jedno Świadczenie Operacyjne niezależnie od liczby Operacji pozostających w związku przyczynowym z tą samą Chorobą lub z tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem i przeprowadzonych w ciągu jednego Roku ubezpieczeniowego. W przypadku, gdy Operacji było więcej niż jedna COMPENSA wypłaca świadczenie w wysokości odpowiadającej Operacji z najwyższej grupy.

9. Z tytułu Operacji wykonanych w ciągu jednego Roku Ubezpieczeniowego COMPENSA wypłaca Ubezpieczonemu maksymalnie 20 000 zł (suma gwarancyjna).

§ 4. KARENCCJA

1. Okres karencji wynosi 3 miesiące od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie Klauzuli świadczenie operacyjne.

2. W odniesieniu do Operacji w związku z następstwami Nieszczęśliwych wypadków, które nastąpiły w okresie ubezpieczenia, karencja nie ma zastosowania.

3. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny Rok ubezpieczeniowy zgodnie z postanowieniami § 9 ust. 1 OWU, do karencji zalicza się okres ubezpieczenia w poprzednim Roku ubezpieczeniowym.

4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia (zmiana wariantu z A na B), karencja ma ponownie zastosowanie tylko w odniesieniu do rozszerzonego zakresu i liczona jest od pierwszego dnia obowiązywania rozszerzonego zakresu ubezpieczenia wynikającego z wybranego wariantu ochrony.



§ 5 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie operacyjne nie przysługuje, jeżeli konieczność przeprowadzenia Operacji powstała w związku z:

- 1) uprawianiem Sportów Ekstremalnych przez Ubezpieczonego,
- 2) Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego,
- 3) pełnieniem przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa, o ile miało to wpływ na konieczność przeprowadzenia Operacji.

2. COMPENSA nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja miała miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub była skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

§ 6. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU WYSTAPIENIA Z WNIOSEM O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA OPERACYJNEGO

1. W przypadku Operacji przeprowadzonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, należy przedłożyć COMPENSIE niezwłocznie po wypisaniu ze Szpitala, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od daty wypisu ze Szpitala następujące posiadane dokumenty:

- 1) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia,
- 2) oryginał lub skan karty informacyjnej Leczenia szpitalnego zawierającej: imię i nazwisko, PESEL, adres Ubezpieczonego, datę przyjęcia do szpitala, datę wypisu ze Szpitala, rozpoznanie (diagnozę), świadczenia zdrowotne udzielone Ubezpieczonemu podczas pobytu w Szpitalu, przeprowadzone operacje, uzasadnienie rodzaju udzielonych świadczeń, pieczęć szpitala, pieczęć i podpis lekarza.

2. W celu ustalenia prawa do świadczenia COMPENSA może wystąpić o dodatkową dokumentację.

§ 7. ORGANIZACJA OPERACJI PLANOWYCH PRZEZ COMPENSA

1. W przypadku Operacji wykonywanej w trybie planowym, tj. takiej, która może być wykonana w ciągu 14 dni od daty wystawienia skierowania na Operację bez uszczerbku dla zdrowia Ubezpieczonego, COMPENSA, o ile Operacja jest wskazana w tabeli w ust. 3 poniżej, na wniosek Ubezpieczonego organizuje wykonanie operacji w placówce współpracującej z COMPENSA oraz pokrywa koszty Operacji do wysokości kwoty Świadczenia Operacyjnego przysługującego zgodnie z zapisami § 3 ust. 5 niniejszej klauzuli.

2. Realizacja świadczenia COMPENSA, o którym mowa w ust. 1, zastępuje wypłatę Ubezpieczonemu świadczenia operacyjnego do wysokości kwoty wypłaconej podmiotowi wykonującemu Operację z tytułu kosztów Operacji.

3. Wykaz Operacji planowych, które może zorganizować COMPENSA zgodnie z zapisami ust. 1, zawarty jest w poniższej tabeli:

Chirurgia ogólna:

- operacje przepuklin: pachwinowej, mosznowej, pępkowej, w kresie białej, w bliźnie pooperacyjnej,
- operacje wyrostka robaczkowego – wszystkie,
- operacje pęcherzyka żółciowego – wszystkie,
- operacje odbytu i okolic odbytu – wszystkie,
- operacyjne leczenie blizn: pourazowych i oparzeniowych,
- operacje tarczycy – wszystkie,
- operacje polipów jelita grubego – usunięcie polipów.

Chirurgia naczyniowa:

- operacje żyłaków kończyn dolnych – wszystkie,
- operacje tętnic: szyjnych, biodrowych, nerkowych, tętniaków aorty piersiowej i brzusznej.

Ginekologia:

- operacje jajników – wszystkie,
- operacje jajowodów – wszystkie,
- operacje szyjki macicy – wszystkie,
- gruczołu Bartholina – wszystkie,
- operacje macicy – wszystkie,
- operacje wysiłkowego nietrzymania moczu – wszystkie,
- operacje piersi wykonywane z powodu zmian chorobowych – wszystkie.

Kardiologia inwazyjna i kardiochirurgia:

- inwazyjna diagnostyka chorób serca: koronarografia, biopsje serca, badanie elektrofizjologiczne serca,
- inwazyjne i operacyjne leczenie choroby wieńcowej: przeszskórna angioplastyka tętnic wieńcowych, pomostowanie aortalno-wieńcowe (by-pass),
- leczenie zaburzeń rytmu serca – ablace.

Ortopedia:

- artroskopia diagnostyczna stawu kolanowego,
- operacje stawów kolanowego, skokowego, nadgarstka, łokciowego, obojczykowo-barkowego (bez kosztu użytych implantów): artroskopowe, otwarte operacje stawów,
- zabiegi/operacje na tkankach miękkich okołostawowych: usunięcie ganglionu, uwolnienie stawu, uwolnienie ścięgien, usunięcie przerośniętych kaletek stawowych,
- wymiana stawów kolanowego, biodrowego (wraz z kosztem protezy) – wszystkie.

Okulistyka:

- operacje zaćmy – wszystkie,
- operacje jaskry – wszystkie,
- operacje siatkówki – laseroterapia.

Laryngologia:

- operacje zatok i jamy nosowej: zatok, plastyka przegrody nosowej i małżowin nosowych, wycięcie polipów nosa,
- operacje migdałków: nacięcie ropnia około migdałkowego, wycięcie migdałków,
- operacje ślinianek: usunięcie kamienia z przewodu ślinianki, wycięcie ślinianki przyusznej, wycięcie ślinianki podżuchwowej,
- operacje ucha zewnętrznego i wewnętrznego – wszystkie.

Urologia:

- operacje jąder, najądrzy i powrózka nasiennego: wodniaka jądra, powrózka nasiennego, wycięcie torbieli najądrza, wycięcie jądra lub najądrza, żyłaków powrózka nasiennego,
- operacje cewki moczowej: zwężenie cewki moczowej, wycięcie polipa cewki moczowej, wycięcie torbieli okołocewkowej, endoskopowe rozcięcie cewki moczowej, endoskopowe rozszerzenie cewki moczowej,
- operacje pęcherza moczowego – usunięcie guza pęcherza moczowego,
- operacje gruczołu krokowego (prostaty): biopsja prostaty, przezcewkowe operacje gruczołu krokowego, usunięcie gruczolaka, usunięcie prostaty,
- operacje nerek: wycięcie torbieli nerki, wycięcie nerki, biopsja zmiany chorobowej nerki,
- leczenie kamicy moczowej – wszystkie.



ZAŁĄCZNIK NR 1 DO KLAUZULI NR 4 ŚWIADCZENIE OPERACYJNE

Wykaz Operacji	Grupa
Układ nerwowy	
1. trepanacja lub usunięcie kości czaszki w tym odbarczenie przestrzeni wewnątrzczaszkowej	3
2. rozległa resekcja zmiany wewnątrzczaszkowej	5
3. resekcja zmiany wewnątrzczaszkowej	4
4. stereotaktyczna ablacja zmiany wewnątrzczaszkowej	4
5. drenaż zmiany wewnątrzczaszkowej	4
6. wentrykulostomia	4
7. operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	4
8. wewnątrzczaszkowe operacje nerwów czaszkowych	4
9. zewnątrzczaszkowe operacje nerwów czaszkowych	3
10. usunięcie zmiany organicznej opony mózgu / rekonstrukcja opony twardej	4
11. drenaż przestrzeni zewnątrz-i podoponowej	4
12. częściowe usunięcie zmiany w obrębie rdzenia kręgowego	5
13. operacja dotycząca korzeni nerwów rdzeniowych	4
14. zabiegi na nerwach obwodowych	3
15. sympatektomia szyjna	3
Układ dokrewny oraz sutek	
1. wycięcie przysadki mózgowej	5
2. częściowe wycięcie zmian w obrębie przysadki mózgowej	4
3. operacja szyszynki	5
4. wycięcie częściowe tarczycy (operacja wola)	2
5. wycięcie całkowite tarczycy	3
6. wycięcie zmiany w obrębie tarczycy	3
7. wycięcie przytarczycy	2
8. wycięcie grasicy	3
9. wycięcie nadnerczy	3
10. wycięcie zmiany w obrębie nadnerczy	3
11. radykalne wycięcie sutka (z zawartością dołu pachowego)	4
12. prosta mastektomia	2
13. całkowita rekonstrukcja sutka	2
14. nacięcie sutka / usunięcie zmiany sutka	1
Oko	
1. usunięcie gałki ocznej	3
2. operacja oczodołu	3
3. protezowanie gałki ocznej	2
4. operacje powiek i/lub gruczołu łzowego	2
5. operacja na mięśniach okoruchowych	3
6. operacje spojówek	1
7. operacje na rogówce i/ lub twardówce	2
8. zabiegi naprawcze odklejenia siatkówki z klamrowaniem	4
9. zabiegi naprawcze odklejenia siatkówki - fotokoagulacja (koagulacja laserowa)	3
10. zabiegi na tęczówce i/lub ciele rzęskowym	2
11. zabiegi na soczewce (operacja zaćmy)	3
12. operacja ciała szklanego	3
13. operacja jaskry	3



Wykaz Operacji	Grupa
Ucho	
1. otwarcie wyrostka sutkowatego	3
2. zabiegi w obrębie ucha zewnętrznego	1
3. zabiegi w obrębie ucha środkowego	3
4. zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	3
5. operacje ślimaka	4
6. operacja aparatu przedsionkowego	4
Układ oddechowy	
1. operacja nosa	1
2. operacja zatok	2
3. operacja gardła (wycięcie rozległe)	5
4. operacja naprawcza gardła	3
5. wycięcie krtani	5
6. częściowe wycięcie tchawicy	5
7. plastyka tchawicy	4
8. protezowanie tchawicy metodą otwartą	4
9. tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	1
10. otwarta operacja ostrogi tchawicy	2
11. częściowe usunięcie oskrzela	2
12. przeszczep płuca	5
13. wycięcie płuca (całego lub fragmentu tkanki płucnej)	5
14. operacja odmy jamy opłucnowej	1
15. operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	4
Jama ustna	
1. operacja warg	1
2. wycięcie języka	3
3. inne operacje na języku	1
4. operacje podniebienia	2
5. wycięcie migdałów	1
6. usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	1
7. operacja ślinianek / przewodów ślinowych	1
Górny odcinek przewodu pokarmowego	
1. wycięcie przełyku i żołądka	5
2. całkowite wycięcie przełyku	5
3. częściowe wycięcie przełyku	4
4. usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	4
5. zespolenie omijające przełyku	5
6. operacje naprawcze przełyku	4
7. wytworzenie protezy przełykowej	2
8. operacje żyłaków przełyku metodą otwartą	4
9. wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	4
10. operacja naprawcza przepukliny przeponowej	2
11. operacja antyrefluksowa	2
12. całkowite wycięcie żołądka	5
13. częściowe wycięcie żołądka	4
14. usunięcie zmiany w obrębie żołądka metodą otwartą	2



Wykaz Operacji	Grupa
15. zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	3
16. zespolenie żołądkowo-czcze	3
17. gastrostomia	1
18. leczenie operacyjne choroby wrzodowej	3
19. przecięcie odzwiernika (pyloromyotomia)	2
20. operacja jelita krętego i/lub czczego	3
Dolny odcinek przewodu pokarmowego	
1. wycięcie wyrostka robaczkowego/uchyłka Meckela ze wskazań nagłych	1
2. wycięcie odbytnicy/odbytu bez sztucznego odbytu (stomii)	4
3. wycięcie odbytnicy/odbytu z wytworzeniem sztucznego odbytu (stomia)	5
4. inne zabiegi na odbytnicy	3
5. inne operacje odbytu	1
6. całkowite wycięcie okrężnicy	5
7. częściowe wycięcie okrężnicy bez/z wytworzeniem sztucznego odbytu	3
Inne narządy przewodu pokarmowego	
1. przeszczep wątroby	5
2. częściowe usunięcie wątroby/ usunięcie zmiany w wątrobie	4
3. nacięcie wątroby	1
4. operacje pęcherzyka żółciowego	2
5. operacje zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych	3
6. operacje wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych	5
7. całkowite wycięcie trzustki/ wycięcie dużej części trzustki (głowa, trzon, ogon)	5
8. przeszczep trzustki	5
9. usunięcie zmiany w trzustce (miejscowe)	3
10. operacje trzustki z powodu ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki	5
11. całkowite wycięcie śledziony	2
12. inne operacje narządów przewodu pokarmowego	2
Serce	
1. przeszczep płuc i serca	5
2. operacja wymiany zastawek wskutek wad nabytych	5
3. plastyka zastawek	5
4. plastyka przedsionka serca	5
5. pomostowanie tętnic wieńcowych (by-pass)	4
6. otwarta operacja układu bódzoprzewodzącego serca	5
7. wszczepienie systemu wspomagającego serca (np.rozrusznik)	2
8. wycięcie osierdzia	5
9. inne operacje osierdzia	3
10. operacje naczyń wieńcowych	3
Naczynia tętnicze i żyłne	
1. operacje dużych naczyń tętniczych i żylnych (np. aorty, tętnicy płucnej, tętnicy podobojczykowej)	5
2. wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych i przegród serca	5
3. operacje dużych naczyń: nerkowych, biodrowych, udowych szyjnych – rekonstrukcje	4
4. operacja tętniaka tętnicy mózgu	5
5. operacje innej tętnicy	2
6. operacje żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	5
7. wytworzenie zastawki żyły obwodowej	3



Wykaz Operacji	Grupa
8. operacje żyłaków kończyny dolnej	1
9. amputacja kończyny dolnej na podłożu niedokrwiennym	3
10. inne operacje naczyń: nerkowych, biodrowych, udowych, szyjnych	3
Skóra	
1. przeszczep w obrębie twarzy lub szyi	3
2. przeszczep w obrębie innej okolicy	3
3. wprowadzenie ekspandera pod skórę	2
Układ moczowy	
1. przeszczep nerki	4
2. całkowite wycięcie nerki	3
3. częściowe wycięcie nerki (usunięcie zmiany w nerce)	3
4. nacięcie nerki i drenaż okolicy nerki	3
5. operacje moczowodu	3
6. operacje w zakresie ujścia moczowodu	2
7. całkowite wycięcie pęcherza moczowego	5
8. częściowe wycięcie pęcherza moczowego	4
9. inne zabiegi pęcherza moczowego (plastyka ujścia pęcherza)	3
10. operacje wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	1
11. wycięcie prostaty metodą otwartą	3
12. wycięcie cewki moczowej	4
13. inne zabiegi na cewce moczowej	2
14. powiększenie pęcherza moczowego	3
15. operacje kamicy układu moczowego	2
Narządy płciowe męskie	
1. plastyka/usunięcie moszny	1
2. obustronne wycięcie jąder	2
3. całkowite, częściowe usunięcie jądra	1
4. obustronne sprowadzenie jąder	3
5. inne operacje jąder/najądrzy	1
6. operacje nasieniowodu, pęcherzyków nasiennych i/lub powrózka nasiennego	1
7. całkowita/ częściowa amputacja prącia	2
8. operacja napletka	1
Żeński układ rozrodczy	
1. wycięcie sromu	2
2. inne operacje sromu	1
3. operacje pochwy	1
4. wycięcie szyjki macicy	1
5. całkowite wycięcie macicy	3
6. całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	2
7. całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
8. operacje w obrębie zatoki Douglasa	1
9. inne operacje przydatków	2
10. częściowe wycięcie jajnika	1
Tkanki miękkie	
1. częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	4
2. wycięcie opłucnej metodą otwartą	4



Wykaz Operacji	Grupa
3. operacja naprawcza pękniętej przepony	3
4. wycięcie zatoki włosowej	1
5. operacje przepukliny pachwinowej, udowej, pępkowej, brzusznej bez niedrożności	1
6. operacje przepukliny pachwinowej, udowej, pępkowej, brzusznej z niedrożnością, bez resekcji jelita	2
7. operacje przepukliny pachwinowej, udowej, pępkowej, brzusznej z niedrożnością, z resekcją jelita	3
8. usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	2
9. operacja dotycząca sieci lub/i krezki	1
10. operacje ścięgien	2
11. operacje mięśni	1
12. doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	2
13. operacje przewodu limfatycznego	4
Kości i stawy	
1. operacja naprawcza czaszki	4
2. wycięcie kości twarzy	2
3. nastawienie złamania kości twarzy metodą otwartą (nie obejmuje złamania kości nosa)	2
4. wycięcie żuchwy	3
5. rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	3
6. operacja odbarczająca kręgosłup szyjny piersiowy lędźwiowy	4
7. inne operacje kręgosłupa	3
8. pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	4
9. pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	3
10. korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	4
11. odbarczenia /unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3
12. całkowita rekonstrukcja kciuka	3
13. całkowita rekonstrukcja przodostopia	3
14. całkowita rekonstrukcja tylostopia	3
15. operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	3
16. całkowite/częściowe wycięcie kości	2
17. otwarte chirurgiczne złamanie kości	2
18. nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną lub zewnętrzną	2
19. operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	2
20. endoprotezoplastyka stawów	3
21. usztywnienie (artrodeza) stawów innych niż wymienione powyżej	2
22. operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	1
23. inne operacje dotyczące struktur okołostawowych	2
24. inne operacje stawów	2
25. inne operacje stawów z wstawieniem implantów	3
Inne	
1. reimplantacja narządu	4
2. amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	3
3. amputacja ręki na wysokości nadgarstka	2
4. amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	2
5. amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	2
6. amputacja palucha	2
7. amputacja palców	1
8. całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie	4



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Administrator danych osobowych: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (adres: ul. Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), (dalej jako „Administrator”).

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres email centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Warszawa, ul. Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Inspektor ochrony danych: Z inspektorem ochrony danych

można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez email iod@vig-polska.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Warszawa, ul. Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna: Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; zgoda na przetwarzanie danych (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	niezbędność do zawarcia lub wykonania umowy między osobą, której dane dotyczą, a administratorem; zgoda na przetwarzanie danych (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnym uzasadnionym interesem Administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
likwidacja szkody z umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych).
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałaniu i ściganiu przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawieraną umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w jej własnych celach marketingowych	zgoda na przetwarzanie danych



Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

Odbiorcy danych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, a przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych

osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia. Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in.: wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, historii szkód, informacji o przedmiocie ubezpieczenia oraz informacji o stanie zdrowia (ubezpieczenia zdrowotne). Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pana/Pani określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących, daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.