

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA COMPENSA ZDROWIE

SPIS TREŚCI

Postanowienia Ogólne	4	RODO
Definicje	4	RODO
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	5	RODO
Wyłączenia odpowiedzialności	5	RODO
Składka ubezpieczeniowa	5	RODO
Zawarcie umowy ubezpieczenia	6	RODO
Początek i koniec odpowiedzialności	6	RODO
Karencja	6	RODO
Odstąpienie od umowy i rozwiązanie umowy	6	RODO
Zmiana warunków ubezpieczenia	7	RODO
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	7	RODO
Obowiązki COMPENSY	7	RODO
Ustalenie wysokości odszkodowania (świadczenia)	8	RODO
Wypłata odszkodowania (świadczenia)	8	RODO
Roszczenia regresowe	9	RODO
Postanowienia dotyczące składania reklamacji i skarg	9	RODO
Postanowienia końcowe	10	RODO
Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych	11	RODO



Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje COMPENSE do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	<p>Ogólne Warunki Ubezpieczenia Compensa Zdrowie (wszystkie produkty i warianty) § 2 pkt 1, 5, 6, 8, 12, 14 OWU; § 3 OWU; § 11 ust. 1 i 2 OWU; § 11 ust. 4, 5, 6 OWU; § 11 ust. 9 pkt 2 OWU (dodany aneksem nr 2 do OWU); § 13 ust. 1, 2, 4 OWU § 14 OWU (w brzmieniu określonym aneksem nr 2 do OWU) § 17 ust. 2 OWU (w brzmieniu określonym aneksem nr 2 do OWU)</p> <p>Szczególne Warunki Ubezpieczenia Leczenia Ambulatoryjnego (warianty BASIC, BASIC PLUS, BASIC COMPLEX, PLUS, COMPLEX, MEDPLUS, MEDCOMPLEX) § 2 pkt 1, 2, 3, 4 SWU; § 3 ust. 2, 4, 5, 6 SWU § 4 SWU; § 5 ust. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9 SWU; § 6 SWU Załącznik nr 1 do SWU w całości</p> <p>Szczególne Warunki Ubezpieczenia Leczenia Ambulatoryjnego z Refundacją § 2 pkt 1, 2, 3, 5, 6 SWU; § 3 ust. 1, 4, 8 SWU; § 4 SWU, § 5 SWU, § 6 ust. 1, 2, 4, 5 SWU Załącznik nr 1 do SWU w całości</p> <p>Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zasiłku Szpitalnego § 2 ust. 1 pkt. 1, 2, 3; § 3 ust. 1, 3, 4, 5, § 6 ust.1</p> <p>Szczególne Warunki Ubezpieczenia Świadczenia Operacyjnego § 2 ust. pkt. 1, 2, 3; § 3 ust. 2, 3, 4, 5, 6; § 6 ust.1 Załącznik nr 1 do SWU w całości</p>



Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności COMPENSY uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Compensa Zdrowie (wszystkie produkty i warianty)

§ 2 pkt 2, 3, 10, 13 OWU

§ 4 OWU

§ 8 OWU

§ 11 ust. 3, 7, 8 OWU

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Leczenia Ambulatoryjnego (warianty BASIC, BASIC PLUS, BASIC COMPLEX, PLUS, COMPLEX, MEDPLUS, MEDCOMPLEX)

§ 2 pkt 5 SWU

§ 2 ust. 3, 6 SWU

§ 5 ust. 6, 10 SWU

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Leczenia Ambulatoryjnego z Refundacją

§ 2 pkt 4 SWU

§ 3 ust. 2 SWU, § 3 ust. 9 SWU (dodany aneksem nr 1 do SWU)

§ 6 ust. 3, 6 SWU

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zasiłku Szpitalnego

§ 2 ust. 1 pkt. 2, § 3 ust. 6, § 4, § 5, § 6

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Świadczenia Operacyjnego

§ 2 ust. 1 pkt. 4; § 3 ust. 7-9; § 4; § 5; § 6 ust. 3



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA COMPENSA ZDROWIE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Zdrowie (owu) – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, zwane dalej COMPENSA, zawiera umowy ubezpieczenia z podmiotami, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.

2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek.

§ 2. DEFINICJE

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

1) CHOROBA – anormalny, wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej, stan fizyczny lub psychiczny organizmu.

2) CIĄŻA WYSOKIEGO RYZYKA – ciąża, która z powodu występowania czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo powikłań ciąży lub porodu, charakteryzuje się znacznym zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu.

3) KARENCAJA – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności COMPENSY. Karencja liczona jest od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia. Karencja nie dotyczy następstw nieszczęśliwych wypadków, które miały miejsce po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej.

4) KARTA UBEZPIECZENIA – dokument określający zakres ubezpieczenia i uprawniający Ubezpieczonego do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w owu i odpowiednich szczególnych warunkach ubezpieczenia. Karta Ubezpieczenia ważna jest tylko z zaopatrzonym w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (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.

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

6) LECZENIE – działanie medyczne, które wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej zostało podjęte w celu przywrócenia zdrowia, poprawienia stanu zdrowia lub zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia.

7) 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.

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

9) POBYT W SZPITALU – odnotowany w dokumentacji medycznej, konieczny z medycznego punktu widzenia, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwający nieprzerwanie min. 24 godziny, którego celem jest leczenie Ubezpieczonego, lub który związany jest z porodem.

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

11) POZOSTAWIANIE 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.

12) REKLAMACJA – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

13) ROK UBEZPIECZENIOWY – trwający 12 miesięcy okres i pokrywający się z rokiem kalendarzowym. Pierwszy rok ubezpieczeniowy może trwać krócej niż 12 miesięcy i kończy się z końcem roku kalendarzowego, na który przypada pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia ustalony zgodnie z § 7 ust.2 owu.

14) ROZSTRÓJ ZDROWIA – zaburzenie funkcji organizmu, które zakłóca jego normalne funkcjonowanie.

15) SPORTY EKSTREMALNE – sporty, których uprawianie wiąże się z większym ryzykiem niż w innych dyscyplinach, wymagające działania w warunkach zwiększonego ryzyka i ponadprzeciętnych zdolności fizycznych i psychicznych:

a) wspinaczka skalna, lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, speleologia, buldering, wszelkie odmiany Le Parkour, canyoning, trekking na wysokości pow. 2.500 m.n.p.m.,

b) kajakerstwo górskie, rafting, hydrospeed, kitesurfing oraz windsurfing, przy wietrze o prędkości powyżej 50 km/h,

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

d) żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu,

e) skoki narciarskie, skialpinizm oraz wszelkie zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami w tym też zjazdy wyczynowe,

f) wszelkie odmiany skoków bungee, skoków ze spadochronem,

g) paralotniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców,

h) jazda na rowerach, motocyklach oraz quadach po specjalnie przygotowanych trasach bądź w terenie naturalnym obfitującym w przeszkody (muldy, koleiny, skocznie itp.),

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

j) sztuki walki oraz wszelkiego rodzaju sporty obronne,

k) wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi tj. obszary górskie lub wyżynne na wysokości powyżej 3.000 m.n.p.m., strefa podbiegunowa, Alaska, Syberia, Kamczatka, terytorium północne Kanady, obszary pustynne w odległości pow. 20 km od najbliższych miast, osad, dróg,

l) zorbing.

16) SZPITAL – podmiot leczniczy (przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego), w rozumieniu przepisów prawa polskiego, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, w tym wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zapewniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta codzienną dokumentację medyczną, dzienny rejestr medyczny. 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 pielęgniarskiej, hospicjów, domów opieki, ośrodków wypoczynkowych, ośrodków opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjnoopiekuńczych,

c) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,



17) TOWARZYSTWO – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group;

18) UBEZPIECZAJĄCY – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej.

19) UBEZPIECZONY – osoba fizyczna, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia, a która w pierwszym dniu Okresu ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, będąca obywatelem polskim lub posiadająca kartę pobytu w Polsce ważną przez co najmniej 12 miesięcy licząc od początku Okresu ubezpieczenia. Zawarcie umowy ubezpieczenia na rzecz osób w wieku do 20 lat, możliwe jest tylko w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest także na rzecz przynajmniej jednego z rodziców lub opiekunów prawnych takiej osoby w zakresie nie węższym niż dla osoby w wieku do 20 lat.

20) WIEK – różnica między rokiem, w którym przypada pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia a rokiem urodzenia 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 chorób i następstw Nieszczęśliwych wypadków, w związku z ciążą lub porodem oraz świadczenia objęte umową ubezpieczenia i wskazane w odpowiednich szczególnych warunkach ubezpieczenia.

2. Szczegółowy zakres ubezpieczenia określają odpowiednie szczególne warunki ubezpieczenia, które stanowią integralną część niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że szczególne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej.

§ 4. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność COMPENSY nie obejmuje:

1) diagnozowania i leczenia niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,

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

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

4) zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,

5) chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych,

6) kosztów leków oraz środków pomocniczych,

7) następstw związanych z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleceniem, świadomym spowodowaniem rozstroju zdrowia, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa,

8) następstw wojny, inwazji, wrogich działań obcego państwa, działania o charakterze wojennym (niezależnie od tego, czy wojna została wypowiedziana, czy nie) wojny domowej, rebelii, rewolucji lub zamachu stanu,

9) następstw czynnego udziału Ubezpieczonego w powstaniu, rozruchach, strajkach, lokautach, aktach sabotażu, zamieszkach wewnętrznych,

10) 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 lub podobnych włączając zamiar wywarcia wpływu na rząd bądź zastraszenie społeczeństwa lub jakiegokolwiek jego części,

11) następstw skażeń radioaktywnych, biologicznych, chemicznych,

12) następstw Pozostawania pod wpływem alkoholu,

13) następstw pozostawania pod wpływem lub zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2005; nr 179, poz. 1485 z póź. zm.), innego środka działającego na ośrodkowy układ nerwowy, jeśli nie został zalecony przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia,

14) stosowania naukowo nie uznanych 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,

15) następstw pełnienia służby wojskowej,

16) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz rehabilitacji,

17) zabiegów aborcji,

18) leczenia choroby Alzheimera,

19) leczenia zakażenia HIV, AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,

20) ciąży wysokiego ryzyka,

21) następstw uprawiania Sportów ekstremalnych,

22) świadczeń zdrowotnych udzielanych w sytuacji zagrożenia życia, wymagających działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetka reanimacyjna, karetka wypadkowa).

2. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu przez jego współmałżonka, rodzeństwo, dziecko lub rodzica, zwrotowi podlegają jedynie udokumentowane koszty zużytych materiałów.

3. Jeżeli udzielone świadczenia zdrowotne wykraczają poza zakres konieczny z medycznego punktu widzenia, COMPENSA odpowiednio obniży kwotę wypłacanego odszkodowania.

§ 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej w wykonaniu umowy ubezpieczenia jest ustalana na podstawie tabeli składek ubezpieczeniowych zawartej w odpowiednich szczególnych warunkach ubezpieczenia obowiązujących w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i zależy od:

1) wieku Ubezpieczonego,

2) zakresu ubezpieczenia,

3) częstotliwości opłacania składki,

4) indywidualnej oceny ryzyka dokonywanej na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie, w szczególności w ankiecie medycznej.

2. Jeżeli w danym Roku ubezpieczeniowym Ubezpieczony osiągnie Wiek odpowiedni dla innej grupy wiekowej, składka ubezpieczeniowa zmienia się od początku następnego Roku ubezpieczeniowego stosownie do grupy wiekowej, zgodnie z tabelą składek ubezpieczeniowych w szczególnych warunkach ubezpieczenia.

3. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana jednorazowo lub w ratach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych.

4. W przypadku, gdy miesięczna rata składki ubezpieczeniowej jest niższa niż 20 zł, składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo.

5. W przypadku rat miesięcznych składka ubezpieczeniowa powinna być opłacana poprzez polecenie zapłaty.

6. Składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata opłacana jest przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są z góry do dwudziestego dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który są należne, w zależności od częstotliwości opłaty rat.

7. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej lub jej raty dokonywana jest



w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, składkę ubezpieczeniową lub jej ratę uznaje się za zapłaconą z chwilą wpływu na rachunek COMPENSY w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

8. Termin płatności, wysokość oraz częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej lub jej raty potwierdzone są w Polisie.

9. 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).

10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek roszczenie o zapłatę składki przysługuje COMPENSIE wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego Roku ubezpieczeniowego.

2. 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.

3. Podstawą zawarcia Umowy ubezpieczenia jest:

1) złożenie przez Ubezpieczonego kompletnego i poprawnie wypełnionego oraz podpisanego przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i przedstawiciela COMPENSY wniosku z ankietą medyczną na druku COMPENSY oraz dokumentów załączonych do wniosku,

2) zapłata składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty,

3) akceptacja wniosku przez COMPENSĘ.

4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich wymaganych przez COMPENSĘ danych albo został sporządzony wadliwie, Ubezpieczający zobowiązany jest, na wezwanie COMPENSY, odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma COMPENSY w tej sprawie.

5. COMPENSA może zażądać od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dodatkowych dokumentów lub odpowiedzi na dodatkowe pytania konieczne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

6. COMPENSA zastrzega sobie prawo odmówienia zawarcia umowy ubezpieczenia lub uzależnienia jej zawarcia od wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień szczególnych.

7. Zawarcie umowy ubezpieczenia COMPENSA potwierdza Polisą.

8. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem wystawienia Polisy.

9. Ubezpieczający ma prawo do zmiany zakresu ubezpieczenia oraz zmiany częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej.

10. Zmiany, o których mowa w ust. 9 mogą zostać dokonane z pierwszym dniem kolejnego Roku ubezpieczeniowego, o ile wniosek o dokonanie tych zmian zostanie złożony w siedzibie COMPENSY najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku ubezpieczeniowego.

11. W przypadku zmian zakresu ubezpieczenia zastosowanie mają postanowienia ust. 3-6 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność COMPENSY rozpoczyna się od dnia określonego w Polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty oraz po upływie karencji.

2. Pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia przypada najwcześniej na pierwszy dzień drugiego miesiąca kalendarzowego przypadającego po miesiącu, w którym wniosek został wypełniony i podpisany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonych oraz Przedstawiciela Compensy.

3. Jeżeli Compensa ponosiła odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem 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 przypadała nie zapłacona składka ubezpieczeniowa .

4. 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, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu, za który przypadała ostatnia zapłacona rata składki ubezpieczeniowej.

5. Odpowiedzialność COMPENSA kończy się z chwilą:

1) zakończenia okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 2 oraz § 10 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia ,

2) z końcem okresu, o którym mowa w ust. 4 powyżej,

3) odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania.

6. W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych odpowiedzialność COMPENSA wygasa z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

§ 8. KARENCJA

1. Długość Karencji określają szczególne warunki ubezpieczenia.

2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny Rok ubezpieczeniowy zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 2 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, do Karencji zalicza się okres ubezpieczenia w poprzednim Roku ubezpieczeniowym.

3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, Karencja ma ponownie zastosowanie tylko do rozszerzonego zakresu i liczona jest od pierwszego dnia obowiązywania rozszerzonego zakresu ubezpieczenia.

§ 9. 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. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

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:

a) w razie stwierdzenia, że Ubezpieczający lub jego przedstawiciel zataił



przed COMPENSA informacje, o które COMPENSA zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia,

b) w razie stwierdzenia, że Ubezpieczony zataił przed COMPENSA informacje, o które COMPENSA zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

4. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z chwilą śmierci Ubezpieczającego. Umowa może być kontynuowana, jeżeli w ciągu dwóch miesięcy od śmierci Ubezpieczającego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego określone umową ubezpieczenia wstąpi Ubezpieczony lub inna osoba i zachowana będzie ciągłość opłacania składki ubezpieczeniowej.

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

6. Wysokość należnej do zwrotu składki ubezpieczeniowej ustala się w kwocie wyliczonej proporcjonalnie do długości niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 10. 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. Gdy 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.

§ 11. 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 we wniosku i w innych pismach skierowanych do Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia,

2) zgłaszać zmiany okoliczności, o które COMPENSA zapytywała 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:

1) informować COMPENSĘ o wszelkich zmianach danych osobowych, o które COMPENSA zapytywała we wniosku,

2) niezwłocznie poinformować COMPENSĘ o fakcie zgubienia Karty Ubezpieczenia,

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

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

5. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępach 1–4 powyżej spoczywają także na Ubezpieczonym.

6. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jest zobowiązany:

1) niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od daty wypadku lub uzyskania informacji o nim, powiadomić COMPENSĘ o wypadku,

2) umożliwić COMPENSIE lub przedstawicielowi COMPENSY dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności i wysokości roszczeń; ponadto dostarczyć dokumenty oraz umożliwić prowadzenie wszelkich czynności niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych,

3) niezwłocznie powiadomić Policję o wypadku, o ile zaistniały okoliczności wymagające podjęcia czynności dochodzeniowych,

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

5) w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, podać informacje potrzebne do udzielenia pomocy, a w szczególności: imię i nazwisko, nr polisy, opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy, a także dane dotyczące miejsca pobytu umożliwiające przedstawicielowi COMPENSY skontaktowanie się z Ubezpieczonym,

6) na żądanie COMPENSY lub przedstawiciela COMPENSY przedłożyć dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz fakt poniesienia z tego tytułu wydatków, np. oryginał rachunku, oryginał karty leczenia szpitalnego, potwierdzenie zapłaty,

7) do podporządkowania się i wypełniania wszelkich wskazań zaleconych przez lekarzy w toku podjętego leczenia,

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

9) zwolnić lekarzy oraz placówki służby zdrowia, w których się leczycy oraz Zakład Opieki Społecznej z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie COMPENSIE, bądź przedstawicielowi COMPENSY dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu leczenia i stanu zdrowia,

10) wyrazić zgodę na występowanie przez COMPENSĘ do podmiotów, które udzielały Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych o udostępnienie dokumentacji dotyczącej przebiegu leczenia i stanu zdrowia,

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

7. COMPENSA uprawniona jest do zmniejszenia odpowiednio wysokości odszkodowania (świadczenia), jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zawiadomił COMPENSY o zajściu wypadku w terminie określonym w ust. 6 pkt 1, o ile naruszenie tego obowiązku przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło COMPENSIE ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

8. W przypadku użycia przez Ubezpieczonego Karty Ubezpieczenia niezgodnie z jej przeznaczeniem, po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej lub udostępnienia jej osobom trzecim, Ubezpieczony zobowiązany jest zwrócić COMPENSIE koszty, które poniosła w związku z niedopełnieniem przez Ubezpieczonego obowiązków, o których mowa w ust. 4 pkt. 3 i 4.

9. 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 COMPENSA informacji, zgodnie z pkt 2 poniżej.

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

§ 12. OBOWIĄZKI COMPENSY

1. COMPENSA zobowiązana jest prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania określone w odpowiednich ustępach OWU.

2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek Ubezpieczony może żądać by COMPENSA udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia 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.

§ 13. USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA (ŚWIADCZENIA)

1. O ile nie umówiono się inaczej, odszkodowanie wypłacone przez COMPENSĘ z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższe od kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.

2. Wszelkie dokumenty dotyczące zaistniałej szkody przedłożone przez Ubezpieczającego podlegają weryfikacji przez COMPENSĘ.

3. Dodatkowe zasady dotyczące ustalenia wysokości odszkodowania (świadczenia) uregulowane są w odpowiednich szczególnych warunkach ubezpieczenia.

§ 14. WYPŁATA ODSZKODOWANIA(ŚWIADCZENIA)

1. 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. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, zawiadomienie o zajściu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy.

3. Postanowień ust. 1 i 2 nie stosuje się do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy w zakresie ubezpieczenia ASSISTANCE, jeżeli świadczenie jest spełnione bezpośrednio po zgłoszeniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

4. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego odszkodowania/świadczenia bezpośrednio od COMPENSY, chyba że strony uzgodniły inaczej, jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli zdarzenie objęte

ubezpieczeniem już zaszło.

5. Jeżeli w terminach określonych w ust. 13 lub 14 COMPENSA nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, 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.

6. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, COMPENSA informuje o tym na piśmie:

1) osobę występującą z roszczeniem oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania/świadczenia; informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

7. 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.

8. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 7, COMPENSA udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.

9. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 7;

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 7 informacji;

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem, zgodnie z ust. 7 – nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 7.

10. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 7, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

11. COMPENSA przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 7, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy.

12. COMPENSA wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w ustępach powyżej, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

13. COMPENSA obowiązana jest wypłacić odszkodowanie (świadczenie) w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.

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

15. W razie braku podstaw do wypłaty odszkodowania (świadczenia) w całości lub w części, COMPENSA zobowiązana jest przekazać informację



o powyższym w terminach określonych w ust. 13 bądź 14 oraz zgodnie z zasadami określonymi w ust. 6.

16. Odszkodowanie (świadczenie) wypłacane jest przelewem na rachunek bankowy Ubezpiezonego lub innej osoby uprawnionej do odszkodowania (świadczenia). Na wniosek Ubezpiezonego lub innej osoby uprawnionej do odszkodowania (świadczenia), COMPENSA wysła odszkodowanie (świadczenie) przekazem pocztowym.

17. Odszkodowanie (świadczenie) wypłacane jest w złotych polskich, z wyjątkiem kosztów zwracanych za granicę bezpośrednio wystawcom rachunków lub dostawcom świadczeń objętych ubezpieczeniem ASSISTANCE.

18. 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.

19. W przypadku wymagalności składki lub rat składki przed datą wypłaty odszkodowania/świadczenia, COMPENSA może potrącić z odszkodowania/świadczenia wypłacanego Ubezpieczającemu, który zawarł umowę na własny rachunek, kwotę niezapłaconej, wymagalnej składki lub rat składki.

§ 15. 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.

§ 16. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADANIA REKLAMACJI I SKARG

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 klientów.

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) ustnej – 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, Ubezpiezonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną;

4) elektronicznej, pocztą elektroniczną kierowaną na adres e-mail reklamacje@compensa.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego 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 reklamacje 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 wniosek;

2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpiezonego 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, Ubezpiezonego 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>).

11. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami powyżej, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług lub działalności COMPENSY.

12. Do skargi określonej w ust. 11 zastosowanie znajdują postanowienia dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem 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.

§ 17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

2. Pisemne zawiadomienie o szkodzie Ubezpieczający może złożyć w każdej jednostce terenowej COMPENSY.

3. COMPENSA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

5. 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.

6. 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.

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

8. 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.

9. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 27/04/2018 z dnia 24 kwietnia 2018 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 25 maja 2018 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Jarosław Sz wajgier
Zastępca Prezesa Zarządu



SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA LECZENIA AMBULATORYJNEGO Z REFUNDACJĄ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia leczenia ambulatoryjnego z refundacją, zwane dalej swu mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Zdrowie i stanowią integralną część umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tychże ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Zdrowie.

2. W sprawach nieuregulowanych w swu zastosowanie mają ogólne warunki ubezpieczenia Compensa Zdrowie.

3. Postanowienia niniejszych szczególnych warunkach ubezpieczenia mają pierwszeństwo przed postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Zdrowie.

§ 2. DEFINICJE

W niniejszych szczególnych warunkach ubezpieczenia (swu) wymienionym niżej terminom nadano następujące znaczenie (definicje w porządku alfabetycznym):

1) 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.

2) LEKARZ PROWADZĄCY – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym przez Zakład Opieki Zdrowotnej, w którym Ubezpieczony poddał się leczeniu.

3) REKOMENDOWANA PLACÓWKĄ MEDYCZNA – podmiot udzielający, zgodnie z polskim prawem, świadczeń zdrowotnych, współpracujący z Compensą w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz Ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia Compensa Zdrowie – leczenie ambulatoryjne z refundacją. 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 życzenie lub zaprzestania współpracy z Placówką Medyczną na życzenie Compensy z ważnych przyczyn. Aktualna lista 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.

4) UDZIAŁ WŁASNY – określona w formie procentowej wartość, o którą COMPENSA pomniejsza należne odszkodowanie.

5) ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ – działający zgodnie z przepisami prawa polskiego zakład lecznictwa zamkniętego lub otwartego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Zakład Opieki Zdrowotnej nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.

6) ZDARZENIE ASSISTANCE oznacza jedno z poniższych zdarzeń:
a) nagłe 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,

c) śmierć osoby bliskiej ubezpieczonego – za osobę bliską rozumie się rodziców, współmałżonka, dzieci, w tym również przysposobione, rodzeństwo, osobę pozostającą z Ubezpieczonym w nieformalnym związku.

§ 3. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W ramach ubezpieczenia COMPENSA pokrywa koszty świadczeń zdrowotnych wymienionych w pkt. 1-9 załącznika nr 1 do swu udzielonych w związku z Leczeniem ambulatoryjnym Ubezpieczonego oraz pokrywa koszty świadczeń assistance zgodnie z pkt. 10 załącznika nr 1 do swu.

2. Do ubezpieczenia ma zastosowanie 3-miesięczna karencja w związku z rehabilitacją.

3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wariantach MedMulti lub Multi w przypadku umowy indywidualnej oraz w wariantach Brązowy, Srebrny, Złoty w przypadku umowy grupowej.

4. Zakres ubezpieczenia w poszczególnych wariantach określa załącznik nr 1 do swu.

5. Umowa ubezpieczenia w wariantach MedMulti lub Multi może zostać rozszerzona o świadczenia z zakresu rehabilitacji, zgodnie z zakresem określonym w załączniku nr 1 do swu.

6. Umowa ubezpieczenia w wariantach Brązowy, Srebrny, Złoty może zostać rozszerzona o świadczenia z zakresu Medycyny Pracy a w wariantach Złoty dodatkowo o świadczenia z zakresu rehabilitacji, zgodnie z zakresem określonym w załączniku nr 1 do swu.

7. Dodatkowo dla każdego Ubezpieczonego umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w opcji bez udziału własnego lub w opcji z udziałem własnym w wysokości 20%.

8. Udział własny, o którym mowa w ust. 7 powyżej nie dotyczy świadczeń z zakresu assistance, o których mowa w pkt. 10 w załączniku nr 1 do swu.

§ 4. 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.

3. Koszty świadczeń rozliczane są bezpośrednio pomiędzy COMPENSA a Rekomendowaną Placówką Medyczną z zastrzeżeniem ust. 4.

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.

5. Koszt wizyty domowej pokrywany jest wyłącznie w sytuacji, gdy potrzeba wizyty domowej została zgłoszona na Infolinię. W przypadku nie dochowania tego obowiązku, COMPENSA nie pokrywa kosztów wizyt domowych. Numer telefonu Infolinii wskazany jest na Karcie Ubezpieczenia.



§ 5 KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH NIE BĘDĄCYCH REKOMENDOWANĄ PLACÓWKĄ MEDYCZNĄ

1. W przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych w placówkach medycznych spoza Rekomendowanych Placówek Medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć koszty udzielonych świadczeń bezpośrednio w placówce medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce.

2. Przed skorzystaniem ze świadczenia zdrowotnego poza Rekomendowaną Placówką Medyczną, Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić taki zamiar skorzystania na Infolinii. W przypadku zaniechania tego obowiązku, COMPENSA nie zwraca poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych. Numer telefonu Infolinii wskazany jest na Karcie Ubezpieczenia.

3. 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 swu.

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 swu.

5. W celu otrzymania zwrotu kosztów należy przesłać do COMPENSY następujące dokumenty:

- 1) oryginał rachunku zawierającego następujące dane: imię i nazwisko/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 na druku COMPENSY.

§ 6. 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 w szczególności:

- 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, np.: zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty.

3. COMPENSA nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniona z obowiązku zwrotu wszelkich kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego 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 potrzebnej w związku ze Zdarzeniem assistance kosztów usług assistance, jeśli zostały one zorganizowane we własnym zakresie, pod warunkiem przekazania do COMPENSA następujących dokumentów:

- 1) oryginalnych faktur / rachunków za wykonane usługi oraz innej stosownej dokumentacji np. medycznej,
- 2) kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o refundację na druku COMPENSY.

5. COMPENSA dokona zwrotu kosztów usług assistance poniesionych przez Ubezpieczonego, o których mowa w ust 3, w wysokości nie wyższej od sum ubezpieczenia i limitów określonych dla poszczególnych świadczeń.

6. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakresu świadczenia usług assistance, COMPENSA może odpowiednio ograniczyć świadczenie lub, jeżeli jest to uzasadnione, odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. SKŁADKA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej dla wariantu Medmulti oraz Multi przedstawia poniższa tabela:

Grupa wiekowa	Wiek	MULTI		MEDMULTI	
		Składka miesięczna w zł			
		Bez Udziału Własnego	Udział Własny 20%	Bez Udziału Własnego	Udział Własny 20%
1	0-14	94	64	94	64
2	15-20	80	54	80	54
3	21-25	119	81	79	53
4	26-30	130	88	84	57
5	31-35	136	92	89	61
6	36-40	141	96	93	63
7	41-45	147	100	109	75
8	46-50	152	103	120	82
9	51-55	199	135	169	115
10	56-60	215	146	199	135
11	61-65	225	153	215	146



2. Wysokość składki za rehabilitację jako opcję dodatkową przedstawia poniższa tabela:

Grupa wiekowa	Wiek	Składka miesięczna w zł	
		Bez Udziału Własnego	Udział Własny 20%
1	0-14	18	12
2	15-20	14	10
3	21-25	16	11
4	26-30	17	12
5	31-35	18	12
6	36-40	19	13
7	41-45	21	14
8	46-50	24	16
9	51-55	29	20
10	56-60	34	23
11	61-65	37	25

3. Począwszy od drugiego Roku ubezpieczeniowego w zależności od częstości opłacania składki obowiązują następujące zniżki:

- 1) płatność roczna – 6%,
- 2) płatność półroczna – 3%,
- 3) płatność kwartalna – 1%.

4. Wysokość składki dla wariantów Brązowy, Srebrny, Złoty kalkulowana jest indywidualnie.

§ 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia wraz z załącznikiem zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 60/2012 z dnia 17 października 2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01 listopada 2012 r.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Jarosław Sz wajgier
Zastępca Prezesa Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA LECZENIA AMBULATORYJNEGO Z REFUNDACJĄ

Aneks nr I do Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Leczenia Ambulatoryjnego z Refundacją zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 60/2012 z dnia 17 października 2012 roku.

I. Do Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Leczenia Ambulatoryjnego z Refundacją zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 60/2012 z dnia 17 października 2012 roku wprowadza się następujące zmiany:

1) Do paragrafu 3 ZAKRES UBEZPIECZENIA dodaje się ust. 9 o następującej treści:

„9. Do ubezpieczenia w wariantach MULTI oraz MEDMULTI ma

zastosowanie 9-miesięczna karencja, o ile świadczenia wskazane w ust. I powyżej są związane z prowadzeniem ciąży.”

2. Niniejszy Aneks został zatwierdzony uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 98/2015 z dnia 30 czerwca 2015 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 16 lipca 2015 roku



Załącznik nr I do szczególnych warunków ubezpieczenia leczenia ambulatoryjnego z refundacją zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 60/2012 z dnia 17.10.2012 r.

Rodzaj świadczenia zdrowotnego *	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
1. Infolinia – całodobowa – umawianie terminów konsultacji badań – pomoc w organizacji procesu leczenia – informacja o zakresie ubezpieczenia – informacja o Rekomendowanych Placówkach Medycznych – informacje medyczne – zgłaszanie refundacji	+	+	+	+	+	-
– umawianie wizyt domowych	-	-	+	+	+	-
2. Konsultacje lekarskie, bez skierowania, niezależnie od stopnia naukowego Maksymalny czas oczekiwania na konsultację lekarza internisty, lekarza rodzinnego oraz pediatri – 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 przez Ubezpieczonego.						
Internista, lekarz rodzinny, pediatra	+	+	+	+	+	65,00
Chirurg, okulista, dermatolog, laryngolog, kardiolog, urolog	+	+	+	+	+	75,00
Ginekolog	+	+	+	+	-	75,00
Ortopeda, pulmonolog, neurolog, alergolog, gastrolog, diabetolog, endokrynolog, reumatolog, nefrolog, hematolog, onkolog, chirurg dziecięcy, neurolog dziecięcy	-	+	+	+	+	75,00
Lekarze pozostałych specjalności, chyba, że ich brak wynika z wyłączeń owu i swu (np. stomatolog, chirurg szczękowy, psychiatra)	-	-	+	+	+	75,00
3. Wizyty domowe Nielimitowane wizyty domowe lekarza internisty, pediatri oraz medycyny rodzinnej w przypadkach, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego nie pozwala na przyjazd do lekarza – w zasięgu terytorialnymdziałania 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 opatrzenia drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania), opatrzenia oparzeń i odmrożeń z ich ewentualnym dalszym leczeniem, nacięcia ropnia, punkcja stawu lub krwiaka, usunięcie kleszcza, ciała obcego	+	+	+	+	+	W cenie konsultacji
Zabiegi okulistyczne wyjęcie ciała obcego z oka, wstrzyknięcie podspojówkowe, badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, płukanie dróg łzowych, badanie pola widzenia, mierzenie ciśnienia gałkowego, gonioskopia	+	+	+	+	+	W cenie konsultacji
Zabiegi otolaryngologiczne płukanie uszu, przedmuchiwanie trąbki słuchowej, usunięcie ciała obcego z ucha, usunięcie ciała obcego z nosa lub gardła, postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa	+	+	+	+	+	W cenie konsultacji
Zabiegi urologiczne zakładanie cewników	+	+	+	+	+	W cenie konsultacji
Zabiegi alergologiczne wykonywanie testów alergicznych metodą nakłuć (skóra),	-	+	+	+	+	5 zł za 1 alergen, 90 zł za panel

* Ubezpieczeniem objęte są świadczenia zdrowotne łącznie z kosztami zużytych materiałów



Rodzaj świadczenia zdrowotnego *	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
odczulanie bez kosztów leku	-	+	+	+	+	30,00
5. Szczepienia						
Szczepienie przeciw grypie I x w roku ubezpieczeniowym	+	+	+	+	+	32,00
Podanie antytoksyny przeciwwężcowej	+	+	+	+	+	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, na podstawie skierowania od lekarza						
morfologia krwi z rozmazem	+	+	+	+	+	10,00
czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	+	+	+	+	+	9,00
kreatynina	+	+	+	+	+	8,00
OB	+	+	+	+	+	5,00
czas protrombinowy (PT/wskaźnik Quicka/INR)	+	+	+	+	+	9,00
elektrolity sód (Na), potas (K)	+	+	+	+	+	7,00
cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, 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), aminotransferaza asparaginianowa (AspAT/AST/GOT)	+	+	+	+	+	8,00
hormon tyreotropowy (TSH)	+	+	+	+	+	20,00
białko C-reaktywne (CRP)	+	+	+	+	+	18,00
glukoza /cukier na czczo	+	+	+	+	+	6,00
antygen HBs (HbsAg/HBs)	+	+	+	+	+	21,00
azot mocznikowy (BUN)	+	+	+	+	+	7,00
badanie moczu – badanie ogólne, amylaza/diastaza, osad	+	+	+	+	+	7,00
badanie kału na krew utajoną	+	+	+	+	+	15,00
posiew w kierunku bakterii tlenowych + antybiogram	+	+	+	+	+	30,00
pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego	+	+	+	+	-	30,00
Badania hematologiczne						
retikulocyty	-	+	+	+	+	7,00
określenie grupy krwi	-	+	+	+	+	25,00
test w kierunku antyglobulin ludzkich (odczyn Coombs'a)	-	+	+	+	+	25,00
czas krwawienia, czas krzepnięcia	-	+	+	+	+	8,00
czas trombinowy, fibrynogen	-	+	+	+	+	10,00
produkty degradacji fibrynogenu	-	+	+	+	+	25,00
antytrombina III	-	+	+	+	+	35,00
D-dimer	-	+	+	+	+	35,00
Badania biochemiczne						
lipaza	-	+	+	+	+	15,00
choloinoesteraza	-	+	+	+	+	25,00
homocysteina	-	+	+	+	+	50,00
fosfataza zasadowa (alkaliczna) (ALP/ALK)	-	+	+	+	+	8,00

* Ubezpieczeniem objęte są świadczenia zdrowotne łącznie z kosztami zużytych materiałów



Rodzaj świadczenia zdrowotnego *	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
fosfataza kwaśna całkowita (ACP), fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)	-	+	+	+	+	12,00
dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	-	+	+	+	+	11,00
kinaza kreatynowa (CK/CPK)	-	+	+	+	+	12,00
kinaza kreatynowa izoenzym (CK-MB)	-	+	+	+	+	20,00
troponina	-	+	+	+	+	25,00
albuminy	-	+	+	+	+	7,00
proteinogram (frakcjonowanie techniką elektroforezy)	-	+	+	+	+	19,00
bilirubina bezpośrednia	-	+	+	+	+	8,00
próby wątrobowe: gammaglutarylotransferaza /glutamylotranspeptydaza (GGTP/GGT)	-	+	+	+	+	9,00
elektrolyty: wapń całkowity (Ca) i zjonizowany, chlorki (Cl), magnez (Mg), fosfor (P)	-	+	+	+	+	7,00
cynk (Zn)	-	+	+	+	+	40,00
miedź (Cu)	-	+	+	+	+	30,00
badanie zdolności wiązania żelaza (TIBC/UIBC)	-	+	+	+	+	15,00
ferrytyna	-	+	+	+	+	32,00
transferyna	-	+	+	+	+	29,00
kwas foliowy	-	+	+	+	-	32,00
witamina B12	-	+	+	+	+	32,00
krzywa wchłaniania żelaza	-	+	+	+	+	38,00
ceruloplazmina	-	+	+	+	+	35,00
krzywa obciążenia glukozą	-	+	+	+	+	18,00
hemoglobina glikozylowana (HbA1c)	-	+	+	+	+	28,00
insulina	-	+	+	+	+	28,00
peptyd C	-	+	+	+	+	30,00
Badania hormonalne						
trójiodotyronina całkowita (TT3), trójiodotyronina wolna (fT3) tyroksyna całkowita (TT4), tyroksyna wolna (fT4)	-	+	+	+	+	19,00
estradiol gonadotropina FSH gonadotropina hormon luteinizujący (LH) kortyzol/glikokortykosteroid progesteron, testosteron tyreoglobulina	-	+	+	+	+	24,00
prolaktyna /laktotropina (PRL)	-	+	+	+	-	24,00
aldosteron, estriol, parathormon (PTH) siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S)	-	+	+	+	+	35,00
Markery nowotworowe						
antygen CA 125 (CA125) antygen CA 15-3 (15-3) antygen CA 19-9 (CA 19-9) antygen karcynoembrionalny /rakowozarodkowy (CEA) antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity) antygen swoisty dla stercza (PSA wolny) alfa-fetoproteina (AFP)	-	+	+	+	+	35,00
Badania immunologiczne						
immunoglobuliny A całkowite/ nieswoiste (IgA) immunoglobuliny G całkowite/ nieswoiste (IgG) immunoglobuliny M całkowite/ nieswoiste (IgM) immunoglobuliny E całkowite/ nieswoiste (IgE)	-	+	+	+	+	25,00

* Ubezpieczeniem objęte są świadczenia zdrowotne łącznie z kosztami zużytych materiałów



Rodzaj świadczenia zdrowotnego *	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
Badania serologiczne						
antystreptolizyna (ASO)	-	+	+	+	+	12,00
przeciwciała p/cytoplazmie ANCA (pANCA, cANCA, aANCA)	-	+	+	+	+	45,00
przeciwciała p/jądrowe (ANA)	-	+	+	+	+	50,00
odczyn Wassermanna (WR) USR, VDRL	-	+	+	+	+	11,00
odczyn Waalera-Rosego	-	+	+	+	+	14,00
czynnik reumatoidalny (RF)	-	+	+	+	+	11,00
mioglobina	-	+	+	+	+	35,00
p/ciała p/tarczycowe	-	+	+	+	+	30,00
przeciwciała p/HBs (anty-HBs)	-	+	+	+	+	30,00
antygen (HBeAg)	-	+	+	+	+	35,00
przeciwciała p/HCV (anty-HCV)	-	+	+	+	+	35,00
przeciwciała p/cytomegalowirusowi (anty-CMV) w klasach IgM i IgG	-	+	+	+	+	30,00
przeciwciała p/Helicobacter pylori	-	+	+	+	+	30,00
przeciwciała p/ ludzkemu wirusowi niedoboru odporności HIV 1	-	+	+	+	+	35,00
przeciwciała p/ ludzkemu 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/ Borelia burgdorferii 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 TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej)	-	+	+	+	+	37,00
Przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie)	-	+	+	+	+	37,00
Badania moczu						
glukoza/cukier, elektrolity (sód, potas, wapń, fosfor/fosforany nieorganiczne, magnez), kreatynina, kwas moczowy, mocznik, chlorki, osad moczu, białko w moczu	-	+	+	+	+	7,00
albumina w moczu	-	+	+	+	+	15,00
badania dobowej zbiórki moczu klirens kreatyniny i liczbę Addisa	-	+	+	+	+	11,00
test ciążyowy (gonadotropina kosmówkowa HCG)	-	+	+	+	-	17,00
badanie bakteriologiczne, mykologiczne z antybiogramem	-	+	+	+	+	35,00
Badania kału						
badanie ogólne	-	+	+	+	+	13,00
w kierunku jaj pasożytów	-	+	+	+	+	13,00
cyst lamblii (ELISA)	-	+	+	+	+	25,00
w kierunku Shigella i Salmonella	-	+	+	+	+	39,00
Bakteriologia						
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 gardła, z jamy ustnej, z nosa, z oka, z ucha	-	+	+	+	+	35,00
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustroju + antybiogram) z kanału szyjki macicy, z pochwy	-	+	+	+	-	35,00
Badania mykologiczne						
wymaz ze zmiany skórnej, ze zmiany ropnej, z czyraka, z rany, z cewki moczowej, z gardła, z jamy ustnej z nosa, z oka, z ucha w kierunku drożdży, grzybów i pleśni z antybiogramem	-	+	+	+	+	35,00
wymaz z kanału szyjki macicy, z pochwy z antybiogramem	-	+	+	+	-	35,00
Badania diagnostyczne						
EKG spoczynkowe	+	+	+	+	+	25,00

* Ubezpieczeniem objęte są świadczenia zdrowotne łącznie z kosztami zużytych materiałów



Rodzaj świadczenia zdrowotnego *	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
EKG wysiłkowe	-	+	+	+	+	75,00
24-godzinne badanie EKG i ciśnienia tętniczego krwi	-	+	+	+	+	60,00
RTG klatki piersiowej, czaszki, kręgosłupa, miednicy, kości kończyn	+	+	+	+	+	40,00
RTG pozostałe	-	+	+	+	+	50,00
USG – jama brzuszna, tarczyca	+	+	+	+	+	70,00
USG – ginekologiczne przez powłoki brzuszne, USG ginekologiczne (ocena ciąży), USG transwaginalne, USG ciąży przez powłoki brzuszne Zakres nie obejmuje badań wykonywanych w technologii 3D/4D	-	+	+	+	-	70,00
USG miednicy mniejszej, układu moczowego, piersi, Doppler tętnic i żył kończyny, gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, USG jąder, ślinianek, ECHO serca, USG gruczołu krokowego transrektalne, Doppler jamy brzusznej/układu wrotnego, USG Doppler tętnic nerkowych, Doppler żył i tętnic szyi, Doppler tętnic wewnętrznych, USG stawów, USG monitorowanie biopsji, USG tkanek miękkich, węzłów chłonnych, krtani, nadgarstka, więzadła, USG palca, USG ścięgna Achillesa, USG przezciemiączkowe Zakres nie obejmuje badań wykonywanych w technologii 3D/4D	-	+	+	+	+	70,00
USG pozostałe, z wyłączeniem badań USG wykonywanych w technologii 3D/4D	-	-	+	+	+	70,00
Urografia	-	+	+	+	+	150,00
Mammografia	-	+	+	+	-	80,00
Audiometria	+	+	+	+	+	25,00
Spirometria	+	+	+	+	+	28,00
Densytometria	-	+	+	+	+	65,00
Badania endoskopowe (bez kosztu znieczulenia)						
gastroskopia	-	+	+	+	+	80,00
kolonoskopia	-	+	+	+	+	200,00
rektoskopia	-	+	+	+	+	100,00
sigmoidoskopia	-	+	+	+	+	150,00
Badania histopatologiczne (pobranie i wykonanie badania)	-	+	+	+	+	55,00
Biopsja cienkoigłowa	-	+	+	+	+	95,00
EEG	-	+	+	+	+	80,00
EMG	-	+	+	+	+	70,00
Tomografia komputerowa	-	+	+	+	+	250,00
Angiografia z zastosowaniem tomografii komputerowej	-	-	+	+	+	300,00
Rezonans magnetyczny	-	+	+	+	+	450,00
Angiografia z zastosowaniem rezonansu magnetycznego	-	-	+	+	+	500,00
Scyntygrafia tarczycy	-	+	+	+	+	80,00
Rabat na usługi stomatologiczne 10% zniżki na usługi stomatologii zachowawczej we wskazanych placówkach	+	+	+	+	+	-
8. Rehabilitacja Na daną jednostkę chorobową lub okolicę ciała przysługuje prawo do 20 zabiegów w roku ubezpieczeniowym. Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane są na zlecenie lekarza.	-	-	opcja	opcja	opcja	
Ćwiczenia instruktażowe (indywidualne)						30,00
Ćwiczenia ogólnousprawniające (grupowe)						15,00
Wyciąg trakcyjny						10,00
Galwanizacja						10,00
Jonoforeza						10,00
Fonoforeza						10,00
Elektrostymulacja						10,00
Prądy diadynamiczne						10,00

* Ubezpieczeniem objęte są świadczenia zdrowotne łącznie z kosztami zużytych materiałów



Rodzaj świadczenia zdrowotnego *	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
Prądy wielkiej częstotliwości (CURAPULS)						10,00
Prądy interferencyjne						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
9. Badania medycyny pracy – badania wstępne, kontrolne i okresowe – wizytacja stanowisk pracy – poradnictwo w stosunku do osób cierpiących na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą – analizy stanu zdrowia pracowników – wystawianie zaświadczeń o stanie zdrowia lub niezdolności do pracy oraz 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.	opcja	opcja	opcja	-	-	-
10. Assistance	+	+	+	+	+	-
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 Assistance polegającego na Nagłym Zachorowaniu lub Nieszczęśliwym Wypadku, zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego, Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu (z wyłączeniem pobytu w Zakładach Opieki Zdrowotnej). 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.	+	+	+	+	+	-
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 Assistance 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.	+	+	+	+	+	-

* Ubezpieczeniem objęte są świadczenia zdrowotne łącznie z kosztami zużytych materiałów



Rodzaj świadczenia zdrowotnego *	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
10.3 Transport do Zakładu Opieki Zdrowotnej Compensa zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego do Zakładu Opieki Zdrowotnej, jeżeli w następstwie Zdarzenia Assistance polegającego na Nagłym Zachorowaniu lub Nieszczęśliwym Wypadku zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Zakładu Opieki Zdrowotnej. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Compensy. 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.	+	+	+	+	+	-
10.4 Transport pomiędzy Zakładami Opieki Zdrowotnej Jeżeli Zakład Opieki Zdrowotnej, w którym Ubezpieczony znalazł się w następstwie Zdarzenia Assistance 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 Zakładu Opieki Zdrowotnej, Compensa zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu na pisemne zlecenie Lekarza Prowadzącego. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Compensy w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym. Transport odbywa się do wskazanego przez Lekarza Prowadzącego Zakładu Opieki Zdrowotnej 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 Zakładu Opieki Zdrowotnej w celu wykonania zabiegu lub badania, ochrona obejmuje także transport powrotny do Zakładu Opieki Zdrowotnej, w którym Ubezpieczony jest leczony. Compensa pokrywa koszty transportu do wysokości 500 zł, jeden raz w ciągu Roku ubezpieczeniowego.	+	+	+	+	+	-
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 Assistance 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 Compensy w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym. Compensa pokrywa koszt transportu do wysokości 500 zł, jeden raz w ciągu Roku ubezpieczeniowego.	+	+	+	+	+	-
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 Assistance 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.	+	+	+	+	+	-
10.7 Psycholog Compensa zorganizuje i pokryje koszty wizyty u psychologa, jeżeli w następstwie Zdarzenia Assistance polegającego na Nieszczęśliwym Wypadku lub Śmierci Osoby Bliskiej Ubezpieczonego, Ubezpieczony wymaga pomocy psychologa zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego. Compensa pokrywa koszt 1 wizyty w Roku Ubezpieczeniowym do kwoty 500 zł.	+	+	+	+	+	-

* Ubezpieczeniem objęte są świadczenia zdrowotne łącznie z kosztami zużytych materiałów



Rodzaj świadczenia zdrowotnego *	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
10.8 Rehabilitacja 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: – wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego – transportu do najbliższego miejsca pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej. W przypadku transportu do poradni rehabilitacyjnej o wyborze środka transportu decyduje lekarz Compensy 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.	+	+	+	+	+	-
10.9 Sprzęt rehabilitacyjny 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.	+	+	+	+	+	-
10.10 Dostarczenie lekarstw 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.	+	+	+	+	+	-
10.11 Przekazywanie pilnych wiadomości Na wniosek Ubezpieczonego, Compensa przekaże 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.	+	+	+	+	+	-
10.12 Osobisty asystent medyczny Na wniosek Ubezpieczonego, Compensa zorganizuje Ubezpieczonemu następujące usługi medyczne na terenie Polski: – umawianie terminów wizyt lekarskich w Zakładach Opieki Zdrowotnej – umawianie terminów badań w Zakładach Opieki Zdrowotnej – organizację procesu rehabilitacyjnego – organizację transportu do/z Zakładu Opieki Zdrowotnej – 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.	+	+	+	+	+	-

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

* Ubezpieczeniem objęte są świadczenia zdrowotne łącznie z kosztami zużytych materiałów





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 umową 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.