

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 warunków 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 MEDYCZNĄ – 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 Compensą 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 Złotym 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 Infolinię. 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 Ubezpiezonego (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 Ubezpiezonego bez porozumienia z Infolinią chyba, że skontaktowanie się z Infolinią w sposób wskazany w ust. 1 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpiezonego.

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 Ubezpiezonego, 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. 1 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 pediatry – 1 dzień roboczy od momentu zgłoszenia, maksymalny czas oczekiwania na konsultacje 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	-	-	+	+	+	-
Chirurg, okulista, dermatolog, laryngolog, kardiolog, urolog	+	+	+	+	+	65,00
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, 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 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 nakłuc(skóra),	-	+	+	+	+	5 zł za 1 alergen, 90 zł za panel
odczulanie bez kosztów leku	-	+	+	+	+	30,00
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



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
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
cholinoesteraza	-	+	+	+	+	25,00
homocysteina	-	+	+	+	+	50,00
fosfataza zasadowa (alkaliczna) (ALP/ALK)	-	+	+	+	+	8,00
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
elektrolity: wapń całkowity (Ca) i zjonizowany, chlorki (Cl), magnez (Mg), fosfor (P)	-	+	+	+	+	7,00
cynk (Zn)	-	+	+	+	+	40,00



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
miedź (Cu)	-	+	+	+	+	30,00
badanie zdolności wiązania żelaza (TIBC/UIBC)	-	+	+	+	+	15,00
ferrytyna	-	+	+	+	+	32,00
transferyna	-	+	+	+	+	29,00
kwask 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 (CA 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
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



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
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/ 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
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, tarczycza	+	+	+	+	+	70,00
USG – ginekologiczne przez powłoki brzuszne, USG ginekologiczne (ocena ciąży), USG transwaginalne, USG ciąży przez powłoki brzuszne	-	+	+	+	-	70,00
Zakres nie obejmuje badań wykonywanych w technologii 3D/4D						
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 wewnątrzczaszkowych, USG stawów, USG monitorowanie biopsji, USG tkanek miękkich, węzłów chłonnych, krtani, nadgarstka, więzadła, USG palca, USG ścięgna Achillesa, USG przezciężkie	-	+	+	+	+	70,00
Zakres nie obejmuje badań wykonywanych w technologii 3D/4D						
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



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
Badania endoskopowe (bez kosztu znieczulenia)						
gastroskopia	-	+	+	+	+	80,00
kolonoskopia	-	+	+	+	+	200,00
rektoskopia	-	+	+	+	+	100,00
sigmoidoskopia	-	+	+	+	+	150,00
Badania histopatologiczne (pobranie i wykonanie badania)	-	+	+	+	+	55,00z
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
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. Asisstance	+	+	+	+	+	-
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:	+	+	+	+	+	-



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
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.						
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.	+	+	+	+	+	-



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	BRAZOWY	SREBRNY	ZŁOTY	MULTI	MEDMULTI	Cena
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 I wizyty w Roku Ubezpieczeniowym do kwoty 500 zł.	+	+	+	+	+	-
10.8 Rehabilitacja Jeżeli w następstwie Zdarzenia Assistance polegającego na Nieszczęśliwym Wypadku Ubezpieczonego, 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 Ubezpieczonego, zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Compensa pokrywa koszty, o których mowa w zdaniu powyżej do kwoty 250 zł, maksymalnie I raz w Roku ubezpieczeniowym.	+	+	+	+	+	-
10.10 Dostarczenie leków 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 Ubezpieczonego, 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 I 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.