

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA COMPENSA ZDROWIE

SPIS TREŚCI

Postanowienia ogólne	3	RODO
Definicje	3	RODO
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3	RODO
Wyłączenia odpowiedzialności	3	RODO
Realizacja Świadczeń Zdrowotnych w Placówkach Partnera Medycznego	4	RODO
Składka	4	RODO
Zawarcie umowy	5	RODO
Początek i koniec odpowiedzialności	5	RODO
Przedłużenie umowy ubezpieczenia	5	RODO
Odstąpienie od umowy i rozwiązanie umowy	5	RODO
Zmiana warunków ubezpieczenia przez COMPENSA	6	RODO
Zmiana warunków ubezpieczenia przez Ubezpieczającego	6	RODO
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	6	RODO
Obowiązki COMPENSY	6	RODO
Zasady realizacji i wypłaty odszkodowania (świadczenia)	6	RODO
Roszczenia regresowe w związku z ubezpieczeniami majątkowymi	7	RODO
Reklamacje i Skargi	7	RODO
Postanowienia końcowe	8	RODO
ZAŁĄCZNIK NR 1 – WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	9	RODO
OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH	15	RODO



Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje COMPENSE do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Compensa Zdrowie § 2 pkt 1, 3, 6, § 3 OWU § 5 OWU § 13 OWU § 15 OWU
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności COMPENSY uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Compensa Zdrowie § 2 ust. 1 pkt 9 OWU § 4 OWU § 8 OWU § 13 OWU



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA COMPENSA ZDROWIE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia Compensa Zdrowie („OWU”), Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, zwane dalej „Compensa”, zawiera umowy indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Zdrowie zwane dalej „umowami ubezpieczenia” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.

§ 2. DEFINICJE

Na potrzeby OWU poniższym terminom nadaje się następujące znaczenie:

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

2) INFOLINIA – infolinia medyczna służąca umawianiu świadczeń medycznych w placówkach własnych LUX MED, działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Numer telefonu Infolinii wskazany na stronie <https://www.compensa.pl/ubezpieczenie/compensa-zdrowie/>

3) 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 bez konsultacji i porad w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć Szpitala.

4) LEKARZ – lekarz medycyny posiadający aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu w Polsce, wykonujący zawód w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień.

5) 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.

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

7) PARTNER MEDYCZNY – podmiot udzielający, zgodnie z polskim prawem, Świadczeń Zdrowotnych, z którym COMPENSA współpracuje w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz Ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia Compensa Zdrowie. Lista Partnerów Medycznych może się zmieniać w trakcie trwania umowy ubezpieczenia. Zmiana Aktualnej Listy Partnerów Medycznych może wynikać z rozszerzenia sieci Partnerów Medycznych lub zaprzestania współpracy z COMPENSA przez Partnera Medycznego na jego życzenie lub zaprzestania współpracy z Partnerem Medycznym na życzenie COMPENSY z ważnych przyczyn. Aktualna lista Partnerów Medycznych znajduje się na stronie internetowej COMPENSY www.compensa.pl.

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

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

10) SZPITAL – działający zgodnie z przepisami prawa polskiego Podmiot Lecznicy, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dzienny rejestr medyczny.

11) UBEZPIECZAJĄCY – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia zobowiązany do opłacenia składki.

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

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

14) ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE – konieczna z medycznego punktu widzenia procedura medyczna, udzielona Ubezpieczonemu w związku z:

- a) leczeniem Choroby,
- b) prowadzeniem ciąży,
- c) leczeniem następstw Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Zdrowotnych udzielonych Ubezpieczonemu w związku z Leczeniem Ambulatoryjnym.

2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Ubezpieczenie może zostać zawarte w jednym z następujących wariantów:

- 1) STANDARD,
- 2) PLUS,
- 3) COMPLEX,
- 4) MEDPLUS,
- 5) MEDCOMPLEX.

4. Compensa pokrywa koszty Świadczeń Zdrowotnych udzielonych przez Partnera Medycznego, wskazanych w wybranym wariantcie ubezpieczenia.

5. Koszty Świadczeń Zdrowotnych udzielonych przez podmioty, które nie są Partnerami Medycznymi nie są objęte ubezpieczeniem.

6. Szczegółowy zakres Świadczeń Zdrowotnych dostępny dla każdego z wariantów określa Załącznik nr 1 wykaz Świadczeń Zdrowotnych.

§ 4. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność COMPENSY nie obejmuje:

- 1) diagnozowania i leczenia niepłodności oraz zaburzeń płodności,
- 2) zabiegów i leczenia związanego ze zmianą płci, w tym możliwych konsekwencji takiej zmiany,
- 3) leczenia stomatologicznego, protetycznego, ortodontycznego, chirurgii szczękowej,
- 4) leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
- 5) zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
- 6) leczenia Chorób lub zaburzeń psychicznych, łącznie z ich następstwami,
- 7) leczenia uzależnienia od alkoholu oraz jego następstw oraz następstw Pozostawania Pod Wpływem Alkoholu,
- 8) kosztów leków oraz środków pomocniczych,
- 9) leczenia będącego następstwem popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa,



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

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

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

13) leczenia następstw skażeń radioaktywnych, biologicznych, chemicznych,

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

15) stosowania naukowo 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,

16) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego,

17) leczenia choroby Alzheimera,

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

19) leczenia udzielanego w sytuacji zagrożenia życia, wymagającego działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzącego w zakres pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetkę reanimacyjną, karetkę wypadkową),

20) leczenia, które nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia,

21) Świadczeń Zdrowotnych w celu wystawiania zaświadczeń i orzeczeń lekarskich.

2. Odpowiedzialność Compensy nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych wskazanych w Załączniku nr I wykaz Świadczeń Zdrowotnych wykonywanych w związku z procesem leczenia: wad wrodzonych i ich następstw, urazów okołoporodowych i ich następstw, wad postawy, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw, rehabilitacji po zabiegach operacyjnych w okresie do 3 miesiąca po zabiegu, po incydentach wieńcowych, po incydentach neurologicznych i naczyniowo-mózgowych oraz rehabilitacji metodami neurofizjologicznymi, usług o charakterze fitness, gimnastyki korekcyjnej i masaży.

3. Compensa nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Compensę na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej

lub Stanów Zjednoczonych Ameryki lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy

§ 5. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PLACÓWKACH PARTNERA MEDYCZNEGO

1. Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych objętych umową ubezpieczenia w dowolnej placówce Partnera Medycznego.

2. W celu umówienia Świadczeń Zdrowotnych o których mowa w Załączniku nr I wykaz Świadczeń Zdrowotnych Ubezpieczony może kontaktować się:

1) bezpośrednio z Infolinią

2) bezpośrednio z Placówką Partnera Medycznego

3. Przed udzieleniem Świadczenia Zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest okazać dokument tożsamości opatrzony zdjęciem (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna). W przypadku dzieci nieposiadających dokumentu określającego tożsamość, niezbędne jest okazanie dokumentu tożsamości rodzica lub innego opiekuna prawnego dziecka.

4. Koszty świadczeń zdrowotnych rozliczane są bezpośrednio pomiędzy COMPENSA a Partnerem Medycznym.

5. Konsultacja profesorskie oraz konsultacje lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego, tytułem naukowym profesora lub lekarzy będących na stanowisku docenta realizowane są na podstawie skierowania od prowadzącego lekarza specjalisty.

6. Badania laboratoryjne, diagnostyczne oraz Świadczenie Zdrowotne z zakresu rehabilitacji realizowane są na podstawie skierowania wystawionego przez Lekarza Partnera Medycznego.

7. W ramach Świadczeń Zdrowotnych z zakresu rehabilitacji wymienionych Załączniku nr I wykaz Świadczeń Zdrowotnych Ubezpieczonemu przysługuje 20 zabiegów w Roku Ubezpieczeniowym.

8. Świadczenia Zdrowotne z zakresu rehabilitacji o których mowa w ust.7 powyżej przysługują Ubezpieczonemu:

1) po urazach ortopedycznych,

2) z powodu zmian zwyrodnieniowych stawów nie będących wynikiem przewlekłych chorób układowych tkanki łącznej,

3) z powodu chorób zawodowych,

4) z powodu neurologicznych zespołów bólowych.

§ 6. SKŁADKA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia ustalana jest na podstawie ww. tabeli składek ubezpieczeniowych i zależy od:

1) Wiek Ubezpieczonego,

2) zakresu ubezpieczenia,

3) częstotliwości opłacania składki.

2. Wysokość składki ubezpieczeniowej przedstawia poniższa tabela:

Grupa wiekowa	Wiek	Składka miesięczna w zł				
		STANDARD	PLUS	COMPLEX	MEDPLUS	MEDCOMPLEX
1	0-14	52	54	79	54	75
2	15-20	52	54	75	54	74
3	21-25	52	67	92	55	80
4	26-30	52	106	138	62	90
5	31-35	52	106	138	70	102
6	36-40	52	106	138	81	117



Grupa wiekowa	Wiek	Składka miesięczna w zł				
		STANDARD	PLUS	COMPLEX	MEDPLUS	MEDCOMPLEX
7	41-45	52	106	138	90	125
8	46-50	52	119	163	104	144
9	51-55	52	137	178	121	170
10	56-60	52	154	201	137	191
11	61-65	52	176	229	154	215

3. Składka ubezpieczeniowa za dany Rok Ubezpieczeniowy może być opłacana jednorazowo lub w ratach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych z zastrzeżeniem, iż w pierwszym Roku Ubezpieczeniowym możliwa jest wyłącznie płatność miesięczna lub jednorazowa

4. Termin płatności, wysokość oraz częstotliwość opłacania składek ubezpieczeniowych za kolejne okresy (w przypadku kontynuacji ubezpieczenia zgodnie z § 9) lub ich rat potwierdzone są w polisie.

5. Składka ubezpieczeniowa należna za każdy Rok Ubezpieczeniowy lub jej pierwsza rata opłacana jest przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminie wskazanym w polisie, tj. z góry do 20-go dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który są należne, w zależności od częstotliwości opłaty rat.

6. 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 wymaganej za dany okres.

7. Składka ubezpieczeniowa należna za kolejny Rok Ubezpieczeniowy zmienia się wraz ze zmianą grupy wiekowej Ubezpieczonego, zgodnie z obowiązującą tabelą składek ubezpieczeniowych, wg. zasad opisanych w ust. 8 poniżej.

8. Jeżeli w bieżącym Roku Ubezpieczeniowym Ubezpieczony osiągnie wiek odpowiedni dla innej grupy wiekowej, składka ubezpieczeniowa za następny Rok Ubezpieczeniowy zmienia się od początku następnego Roku Ubezpieczeniowego stosownie do grupy wiekowej, zgodnie z obowiązującą tabelą składek ubezpieczeniowych.

9. Zmiana częstotliwości płatności składki może zostać dokonana z pierwszym dniem kolejnego Roku Ubezpieczeniowego, o ile wniosek o dokonanie zmian zostanie złożony w COMPENSIE najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczeniowego.

10. 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%.

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

§ 7. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego Roku Ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem § 9.

2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rachunek osoby, która w pierwszym dniu Okresu Ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat.

3. Zawarcie umowy ubezpieczenia na rachunek osób w Wiekach do 18 lat możliwe jest tylko w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest także na rachunek przynajmniej jednego z rodziców lub opiekunów prawnych takiej osoby w zakresie nie węższym niż dla osoby w Wiekach do 18 lat.

4. Umowa zawierana jest na podstawie wniosku ubezpieczeniowego.

5. COMPENSA może zwrócić się do Ubezpieczającego o dodatkowe informacje, uzależniając zawarcie umowy od ich dostarczenia oraz treści.

6. COMPENSA zastrzega sobie prawo odmówienia zawarcia umowy.

7. COMPENSA potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.

§ 8. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

2. Pierwszy dzień Okresu Ubezpieczenia przypada na pierwszy dzień kolejnego miesiąca kalendarzowego, zastrzeżeniem że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został złożony i zaakceptowany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonych do 23-go dnia bieżącego miesiąca.

3. Jeżeli COMPENSA ponosiła odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w oznaczonym terminie, COMPENSA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła 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 z upływem ww. 7 dniowego terminu.

5. Odpowiedzialność COMPENSY kończy się:

- 1) z upływem Okresu Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1 oraz § 10 ust. 3 OWU,
- 2) z końcem okresu, o którym mowa w ust. 4 powyżej,
- 3) dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania.

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

§ 9. PRZEDŁUŻENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zostaje każdorazowo przedłużona na kolejny Rok Ubezpieczeniowy, jeżeli w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż na 30 dni przed końcem bieżącego Roku Ubezpieczeniowego żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia.

§ 10. ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY

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



najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, COMPENSA nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, 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 za okres, w którym COMPENSA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.

3. COMPENSA może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia na drodze pisemnego wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym z przyczyn ważnych, za które uważa się twierdzenie, że Ubezpieczający lub jego przedstawiciel, Ubezpieczony lub jego przedstawiciel umyślnie lub w następstwie rażącego niedbalstwa zataił przed COMPENSA informacje, o które COMPENSA zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia – pod warunkiem, że informacje te miałyby istotny wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia.

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

5. Wysokość należnej do zwrotu składki ubezpieczeniowej ustala się w kwocie wyliczonej proporcjonalnie do długości niewykorzystanego Okresu Ubezpieczenia.

§ 11. ZMIANA WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ COMPENSĘ

1. W razie zmiany warunków umowy ubezpieczenia w następnym Roku Ubezpieczeniowym, COMPENSA informuje Ubezpieczającego o zmianie obowiązującej w następnym Roku Ubezpieczeniowym, nie później niż na 30 dni przed upływem bieżącego Roku Ubezpieczeniowego.

2. W przypadku opisanym w ust. 1, 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. Nierozłączenie COMPENSIE w terminie wskazanym w ust. 2 oświadczenia o zaniechaniu kontynuacji ubezpieczenia jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na kontynuację umowy ubezpieczenia na kolejny Rok Ubezpieczeniowy na warunkach zaproponowanych przez COMPENSĘ.

§ 12. ZMIANA WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Zmiana warunków umowy ubezpieczenia polegająca na zmianie zakresu ubezpieczenia jest możliwa z pierwszym dniem kolejnego Roku Ubezpieczeniowego, o ile wniosek o dokonanie tych zmian zostanie złożony w COMPENSIE najpóźniej na 30 dni przed końcem trwającego Roku Ubezpieczeniowego.

§ 13. 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,

3) do wpłacenia pierwszej składki, przed pierwszym dniem Okresu

Ubezpieczenia proponowanym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

2. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek wskazany w ust. 1, pkt.1-2 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. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust.1 pkt.1-2 oraz ust. 3 powyżej spoczywają także na Ubezpieczonym.

5. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Ubezpieczonemu warunki ubezpieczenia oraz poinformować Ubezpieczonego o prawie żądania od COMPENSY informacji, zgodnie z ust. 6 poniżej.

6. 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.

7. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są informować COMPENSĘ o wszelkich zmianach danych osobowych, o które COMPENSA zapytywała we wniosku.

8. W przypadku zajścia zdarzenia, Ubezpieczający – a także Ubezpieczony, jeżeli wiedzieli o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek – zobowiązani są:

1) umożliwić COMPENSIE lub przedstawicielowi COMPENSY dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności i wysokości roszczeń,

2) niezwłocznie powiadomić policję o zdarzeniu, o ile zaistniały okoliczności wymagające podjęcia czynności dochodzeniowych,

3) postępować zgodnie z zaleceniami Lekarza, udostępnić posiadaną dokumentację lekarską w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa Ubezpieczonego do odszkodowania (świadczenia) oraz wysokości odszkodowania (świadczenia) oraz współpracować z COMPENSĄ oraz jej przedstawicielem w toku postępowania likwidacyjnego,

4) udzielić pisemnej zgody na udzielenie COMPENSIE przez podmioty które udzielały Świadczeń Zdrowotnych Ubezpieczonemu, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka medycznego oraz weryfikacją danych o stanie zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa Ubezpieczonego do odszkodowania (świadczenia) oraz wysokości odszkodowania (świadczenia),

9. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność COMPENSY może ona podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.

§ 14. OBOWIĄZKI COMPENSY

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

§ 15. ZASADY REALIZACJI I WYPŁATY ODSZKODOWANIA (ŚWIADCZENIA)

1. Niniejszy paragraf określa ogólne zasady wypłaty odszkodowania (świadczenia).



2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, COMPENSA informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, 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 COMPENSY lub wysokości odszkodowania (świadczenia), jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

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

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

5. W celu ustalenia prawa do odszkodowania (świadczenia) COMPENSA może wystąpić o dodatkową dokumentację medyczną.

6. 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.

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

8. 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.

9. Jeżeli w terminach określonych w ust. 7 lub ust. 8 COMPENSA nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie, oraz

2) Ubezpiezonego, w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także powinna wypłacić bezsporną część odszkodowania/świadczenia.

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

1) osobę występującą z roszczeniem oraz

2) Ubezpiezonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania (świadczenia); informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 16. ROSZCZENIA REGRESOWE W ZWIĄZKU Z UBEZPIECZENIAMI MAJĄTKOWYMI

1. Z dniem zapłaty odszkodowania przez COMPENSĘ, roszczenia Ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę (powstanie kosztów) 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.

§ 17. REKLAMACJE I SKARGI

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy, będącemu osobą fizyczną oraz Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do wniesienia reklamacji.

2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce COMPENSY obsługującej klientów.

3. Reklamacja może być złożona:

1) na piśmie - osobiście w jednostce COMPENSY obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy;

2) ustnie - telefonicznie pod numerem 22 501 61 00;

3) ustnie - osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce COMPENSY obsługującej klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna;

4) w postaci elektronicznej na adres e-mail: reklamacje@compensa.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.

4. COMPENSA odpowiada na reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Jeśli COMPENSA z uzasadnionej przyczyny nie może udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, poinformuje osobę wnoszącą reklamację o przyczynach braku możliwości jego dotrzymania, możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi (nowy termin nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji)

5. COMPENSA odpowiada na reklamacje w postaci papierowej lub:

1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych i uprawnionych z umowy, będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych; 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 ustawy z 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.

6. Podmioty nieposiadające prawa do złożenia reklamacji mogą złożyć skargę dotyczącą usług świadczonych przez COMPENSĘ. Do skargi



stosuje się ww. postanowienia dotyczące reklamacji z wyłączeniem postanowień dotyczących formy odpowiedzi na reklamację. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli skarżący wyraził chęć otrzymania odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź na skargę wysyłana jest na wskazany adres e-mail.

7. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz uprawniony z umowy, będący osobą fizyczną, mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, zwłaszcza w przypadku nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji, niewykonania w terminie czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z oczekiwaniem klienta.

8. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy, będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSA można poddać pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje dostępne są na stronie internetowej: <https://rf.gov.pl>).

9. Spory między konsumentami a przedsiębiorcami można rozwiązywać na drodze pozasądowej, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma umożliwia dochodzenie roszczeń wynikających z umów oferowanych przez Internet lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Platforma jest dostępna na stronie internetowej ec.europa.eu/consumers/odr/. Adres e-mail COMPENSY: centrala@compensa.pl

§ 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. O ile nie uzgodniono inaczej, wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z umową ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym. Strony zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby (adresu). Pisemne zawiadomienie o zdarzeniu Ubezpieczający może złożyć w każdej jednostce terenowej COMPENSY.

2. COMPENSA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

4. 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, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

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

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

7. 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.

8. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 1/09/2021 z dnia 6 września 2021 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 5 października 2021 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Jarosław Sz wajgier
Zastępca Prezesa Zarządu



ZAŁĄCZNIK NR I – WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	STANDARD	PLUS	COMPLEX	MEDPLUS	MEDCOMPLEX
Infolinia					
– umawianie terminów konsultacji i badań					
– przypomnienie o terminie umówionej wizyty krótką wiadomością tekstową (SMS) przesyłaną na wskazany numer telefonu GSM (tylko placówki własne)	+	+	+	+	+
– informacja o zakresie					
– informacja o placówkach medycznych					
– porada medyczna, informacja o lekach					
– umawianie wizyt domowych	-	-	+	-	+
Konsultacje lekarskie					
internista	+	+	+	+	+
lekarz rodzinny	+	+	+	+	+
pediatra	+	+	+	+	+
Konsultacje specjalistyczne do 18 r.ż.					
alergolog dziecięcy	-	+	+	+	+
chirurg dziecięcy	+	-	+	-	+
dermatolog dziecięcy	-	+	+	+	+
diabetolog dziecięcy	-	+	+	+	+
endokrynolog dziecięcy	-	+	+	+	+
gastroenterolog dziecięcy	-	+	+	+	+
ginekolog dziecięcy	+	+	+	-	-
kardiolog dziecięcy	-	+	+	+	+
neurochirurg dziecięcy	-	-	+	-	+
neurolog dziecięcy	+	-	+	-	+
nefrolog dziecięcy	-	+	+	+	+
okulista dziecięcy	+	+	+	+	+
ortopeda dziecięcy	-	+	+	+	+
otolaryngolog dziecięcy	+	-	+	-	+
pulmonolog dziecięcy	-	+	+	+	+
reumatolog dziecięcy	-	+	+	+	+
urolog dziecięcy	-	+	+	+	+
Konsultacje specjalistyczne po 18 r.ż.					
alergolog	-	+	+	+	+
chirurg ogólny	+	+	+	+	+
chirurg naczyniowy	-	-	+	-	+
dermatolog	-	+	+	+	+
diabetolog	-	+	+	+	+
endokrynolog	-	+	+	+	+
gastroenterolog	-	+	+	+	+
ginekolog – endokrynolog	-	+	+	-	-
ginekolog	+	+	+	-	-
hematolog	-	-	+	-	+
kardiolog	-	+	+	+	+
neurolog	+	+	+	+	+
nefrolog	-	+	+	+	+



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	STANDARD	PLUS	COMPLEX	MEDPLUS	MEDCOMPLEX
neurochirurg	-	-	+	-	+
otolaryngolog	+	+	+	+	+
okulista	+	+	+	+	+
onkolog	-	-	+	-	+
ortopeda	-	+	+	+	+
reumatolog	-	+	+	+	+
urolog	+	+	+	+	+
pulmonolog	-	+	+	+	+
proktolog	-	-	+	-	+
Konsultacje profesorskie – odbywają się na podstawie skierowania od prowadzącego lekarza specjalisty Pacjenci mogą korzystać z porad profesorskich w pełnym zakresie, w każdym przypadku gdy na konsultację kieruje prowadzący specjalista.	-	+	+	+	+
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.	-	-	+	-	+
Zabiegi ambulatoryjne z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość wykonania w/w czynności w warunkach ambulatoryjnych bez szkody dla pacjenta					
Konsultacja zabiegowa obejmować będzie następujące elementy: • Zabiegi chirurgiczne: – opatrzenia: nagłych drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania: założenie i zdjęcie gipsu tradycyjnego), – opatrzenia oparzeń i odmrożeń z ich ewentualnym dalszym leczeniem, – nacięcia ropnia, punkcji stawu lub krwiaka, – usunięcie kleszcza, • Zabiegi okulistyczne: – wyjęcie ciała obcego z oka, – badanie dna oka, – badanie ostrości widzenia, – płukanie dróg łzowych, – badanie pola widzenia (bez użycia polomierza), – mierzenie ciśnienia gałkowego. • 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, – opatrunek uszny z lekiem.	+	+	+	+	+
• Zabiegi urologiczne – zakładanie cewników • Zabiegi alergologiczne – wykonywanie testów alergicznych metodą nakłuć (skóra) – odczulanie bez kosztów leku	-	+	+	+	+



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	STANDARD	PLUS	COMPLEX	MEDPLUS	MEDCOMPLEX
Szczepienia					
Szczepienie przeciw grypie 1 x w roku ubezpieczeniowym (kalendarzowym)	+	+	+	+	+
Szczepienie przeciw WZW B	-	+	+	+	+
Iniekcje					
- iniekcja domięśniowa					
- iniekcja dożylna	+	+	+	+	+
- iniekcja dostawowa					
- wlew dożylny (kroplówka)					
Badania diagnostyczne zlecone przez w/w lekarzy Partnera Medycznego					
• Badania hematologiczne i koagulologiczne: OB, morfologia z rozmazem, morfologia -- rozmaz ręczny, APTT, wskaźnik protrombinowy, antytrombina III, fibrynogen	+	+	+	+	+
hematokryt, liczba płytek, retikulocyty	-	+	+	+	+
• Badania biochemiczne krwi, hormonalne i markery nowotworowe: białko C-reaktywne, aminotransferaza alaninowa, aminotransferaza asparaginianowa, amylaza, albuminy, białko całkowite, bilirubina całkowita, bilirubina bezpośrednia, chlorki, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, kinaza kreatynowa całkowita, dehydrogenaza mleczanowa, fosfataza zasadowa, fosfataza kwaśna, fosfor, GGTP-gamma-glutamylotranspeptydaza, glukoza (krzywa obciążenia glukozą), kreatynina, kwas moczowy, magnez, mocznik / BUN, potas (azot mocznikowy), potas, proteinogram, sód, trójglicerydy, wapń, poziom żelaza w surowicy, IgE całkowite, immunochemiczne oznaczenie IgA/IgG/IgM, zdolność wiązania żelaza, żelazo – krzywa, ferrytyna, ceruloplazmina, transferyna, lipaza, miedź, TSH / hTSH, T3 Wolne, T4 Wolne, AFP – alfa-fetoproteina, PSA, CEA (antygen karcino-embryonalny),	+	+	+	+	+
prolaktyna,	-	+	+	-	-
kwas foliowy, Total Beta-hCG	+	+	+	-	-
markery nowotworowe: Ca 125, Ca 15-3, Ca 19-9, hormony płciowe – estradiol, FSH, LH, progesteron, testosteron, hemoglobina glikowana, globuliny	-	+	+	+	+
Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania: OdczynUSR / RER / VDRL, ASO, czynnik reumatoidalny, odczyn Waalera-Rosego, grupa krwi, antygen HBs, cytomegalia IgG/IgM, mononukleozalateksowy, mononukleozazakaźna, toxoplasma gondii – przeciwciała IgG,	+	+	+	+	+
przeciwciała przeciwrtarczycowe, wzwtypu C-przeciwciała anty-HCV, helicobacter pylori – przeciwciała, różyczka – przeciwciała IgG/IgM, przeciwciała przeciwrtarczycowe (antytyreoglobulinowe), przeciwperoksydazietarczycowej,	-	+	+	+	+



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	STANDARD	PLUS	COMPLEX	MEDPLUS	MEDCOMPLEX
Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania: badanie ogólne moczu, białko w moczu, fosforany w moczu dobowo, kreatynina w moczu/ dobowo, kwas moczowy / dobowo, magnez w moczu / dobowo, BUN w moczu dobowo, sód w moczu /dobowo, wapń w moczu / dobowo, potas w moczu / dobowo	+	+	+	+	+
Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej) posiew moczu, badanie kału ogólne, posiew kału, posiew w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych,	+	+	+	+	+
antybiogram, badanie, mykologiczne (mikroskopowe + posiew), test na chlamydia trachomatis, krew utajona w kale, ELISA, kał na lamblie, glukoza w moczu dobowo, glukoza w moczu z pojedynczej porcji, badanie kału w kierunku pasożytów i ich jaj,	-	+	+	+	+
Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania Standardowa** cytologia szyjki macicy	+	+	+	-	-
Diagnostyka obrazowa					
Badania elektrokardiograficzne EKG spoczynkowe , EKG wysiłkowe	+	+	+	+	+
24-godzinne badanie EKG i ciśnienia tętniczego krwi	-	+	+	+	+
Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej Placówce medycznej)					
RTG kręgosłupa lędźwiowego, RTG kręgosłupa krzyżowobiodrowego, RTG kręgosłupa piersiowego, RTG kręgosłupa szyjnego, RTG w kierunku skoliozy, RTG łopatk, RTG miednicy, RTG mostka, RTG żuchwy, RTG zatok, RTG żeber, RTG kończyn, RTG stawów, RTG nosogardła (trzeci migdał), RTG barku, RTG kończyn,	+	+	+	+	+
mammografia	+	+	+	-	-
Tomografia komputerowa, Rezonans magnetyczny (z wyłączeniem opcji naczyniowej i badań tomografii spiralnej)	-	+	+	+	+
Badania ultrasonograficzne (zakres ubezpieczenia nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D)					
USG jamy brzusznej, USG piersi, USG tarczycy, USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne	+	+	+	+	+
USG transwaginalne, USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne	+	+	+	-	-
USG ginekologiczne (ocena ciąży), USG ciąży przez powłoki brzuszne, USG scriningowe ginekologiczne	-	+	+	-	-



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	STANDARD	PLUS	COMPLEX	MEDPLUS	MEDCOMPLEX
USG układu moczowego, USG Doppler tętnic kończyny, USG Doppler żył kończyny, USG jąder, USG ślinianek, USG gruczołu krokowego transrektalne, ECHO serca, Doppler jamy brzusznej / układu wrotnego, USG Doppler tętnic nerkowych, Doppler USG tętnic szyi, Doppler USG żył szyi, USG Doppler tętnic wewnątrzczaszkowych, USG stawu biodrowego, USG stawu kolanowego, USG stawu łokciowego, USG stawu skokowego, USG stawu barkowego, USG monitorowanie biopsji, USG tkanek miękkich, USG węzłów chłonnych, USG krtani, USG nadgarstka, USG drobne stawy i więzadła, USG palca, USG ścięgna Achillesa, USG przezciemiączkowe,	-	+	+	+	+
Badania endoskopowe					
anoskopia	+	+	+	+	+
gastroskopia dodatkowo w razie potrzeby test ureazowy, rektoskopia, kolonoskopia	-	+	+	+	+
Inne badania diagnostyczne					
spirometria, audiometria	+	+	+	+	+
EEG, densytometria, szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening, densytometria kręgosłupa lędźwiowego (ocena kości beleczkowej)-screening, biopsja cienkoigłowa tarczycy z badaniem histopatologicznym, test z metoklopramidem,	-	+	+	+	+
biopsja cienkoigłowa sutków z badaniem histopatologicznym	-	+	+	-	-
Opieka przedporodowa					
wszystkie konieczne badania w okresie przedporodowym w ramach w/w badań i konsultacji lekarskich.	-	+	+	-	-
Stomatologia					
I x w roku ubezpieczeniowym (kalendarzowym) – status uzębienia – przegląd stomatologiczny	-	+	+	+	+
I x w roku ubezpieczeniowym (kalendarzowym) – usunięcie kamienia	-	+	+	+	+
Rehabilitacja					
20 zabiegów w Roku Ubezpieczeniowym (kalendarzowym) Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane są na zlecenie lekarza Partnera Medycznego w wyznaczonych placówkach, zgodnie z wykazem placówek świadczących usługi rehabilitacyjne.					



Rodzaj świadczenia zdrowotnego*	STANDARD	PLUS	COMPLEX	MEDPLUS	MEDCOMPLEX
Kinezyterapia <ul style="list-style-type: none">• Ćwiczenia instruktażowe(indywidualne)• Ćwiczenia ogólnousprawniające (grupowe)• Ćwiczenia indywidualne czynno-bierne i wspomagane• Ćwiczenia indywidualne czynne• Ćwiczenia indywidualne w odciążeniu (THERAPY MASTER)• Ćwiczenia specjalne na przyrządach (THERAPY MASTER)• Wyciąg trakcyjny					
Fizykoterapia <ul style="list-style-type: none">• Galwanizacja• Jonoforeza• Fonoforeza• Elektrostymulacja• Prądy diadynamiczne• Prądy wielkiej częstotliwości (CURAPULS)• Prądy niskiej częstotliwości (interferencyjne)• Prądy TENSA• Prądy Traebeta• Magnetoterapia (Impulsy m.cz. MAGNETUS)	-	-	+	-	+
Terapia ultradźwiękowa (ultraterapia miejscowa i JONOFORZA) <ul style="list-style-type: none">• Krioterapia miejscowa• Laseroterapia					

* Ubezpieczeniem objęte są świadczenia zdrowotne łącznie z kosztami zużytych materiałów

** Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP



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;
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
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: 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, informacji o charakterze wykonywanej pracy, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podany adres e-mail lub numer telefonu będzie wykorzystywany do wysłania dokumentów i informacji związanych z obsługą umowy ubezpieczenia np. przesyłania informacji o płatnościach lub informacji o ważnych terminach wynikających z umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.