

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA COMPENSA MULTI ZDROWIE

SPIS TREŚCI

Postanowienia ogólne	4	
Definicje	4	
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	5	
Wyłączenia odpowiedzialności	5	
Składka	5	
Zawarcie umowy	6	
Początek i koniec odpowiedzialności	6	
Karencja	6	
Przedłużenie umowy ubezpieczenia	6	
Odstąpienie od umowy i rozwiązanie umowy	6	
Zmiana warunków ubezpieczenia przez COMPENSA	7	
Zmiana warunków ubezpieczenia przez Ubezpieczającego	7	
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	7	
Obowiązki COMPENSY	8	
Zasady realizacji i wypłaty odszkodowania (świadczenia)	8	
Roszczenia regresowe w związku z ubezpieczeniami majątkowymi	9	
Reklamacje i skargi	9	
Postanowienia końcowe	9	
KLAUZULA NR 1 – LECZENIE AMBULATORYJNE		
Postanowienia ogólne	11	
Definicje	11	
Zakres ubezpieczenia	11	
Karencja	13	
Realizacja świadczeń w Rekomendowanych Placówkach Medycznych	13	
Realizacja świadczeń w placówkach medycznych nie będących Rekomendowaną Placówką Medyczną (Refundacja)	13	
Realizacja usług Assistance	13	
Składka	14	
Załącznik nr 1	15	
KLAUZULA NR 2 – ZASIŁEK SZPITALNY		
Postanowienia ogólne	21	
Definicje	21	
Zakres ubezpieczenia	21	
Karencja	21	
Wyłączenia odpowiedzialności	21	
Korzystanie z Zasiłku Szpitalnego	21	
Składka	22	
KLAUZULA NR 3 – ŚWIADCZENIE OPERACYJNE		
Postanowienia ogólne	23	
Definicje	23	
Zakres ubezpieczenia	23	
Karencja	23	
Wyłączenia odpowiedzialności	23	
Korzystanie ze świadczeń operacyjnych	23	



Składka	24
Załącznik nr I	25
OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH	31



Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje COMPENSE do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	OWU – § 2 ust.1 pkt.1, 3, 4, 5, 6, 17, 18; § 3; § 13 ust. 1, 2, 4, 7, 8, 10; § 15 ust. 2, 4. Klauzula nr 1 - § 2 ust. 1 pkt. 2, 3, 4; § 3 ust. 1-3, ust. 5 oraz 7-11; § 5; § 6; § 7 ust. 1-2, ust. 4-5; załącznik nr 1 w całości. Klauzula nr 2 – § 2 ust.1; § 3 ust. 3-5; § 6 ust.1. Klauzula nr 3 – § 2 ust. 1 pkt.1-3; § 3 ust. 2-6; § 6 ust.1 pkt.1-2; załącznik nr 1 w całości.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności COMPENSY uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU – § 2 ust.1 pkt. 2, 8, 9, 11, 15; § 4; § 8; § 13 ust. 3, 9; § 15 ust.4. Klauzula nr 1 – § 3 ust. 4-5; § 4; § 7 ust. 3, 6. Klauzula nr 2 – § 4; § 5, § 6 ust.3. Klauzula nr 3 – § 2 ust. 1 pkt. 4; § 3 ust. 7-9; § 4; § 5; § 6 ust.1 pkt. 3.



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA COMPENSA MULTI ZDROWIE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

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

§ 2. DEFINICJE

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

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

2) KARENCJA – okres, w którym COMPENSA nie ponosi odpowiedzialności za organizację oraz pokrycie kosztów świadczenia, dla którego Karencja została wprowadzona zgodnie z owu lub klauzulą.

3) KARTA UBEZPIECZENIA – dokument określający zakres ubezpieczenia.

4) 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.

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

6) 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.

7) OKRES UBEZPIECZENIA – okres, w którym COMPENSA ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem okresu Karencji określonej dla poszczególnych świadczeń.

8) OSOBA BLISKA – osoba będąca dla Ubezpieczonego współmałżonkiem, rodzeństwem, rodzicem, ojczymem, macochą, dzieckiem, w tym również przysposobionym, pasierbem, teściem, zięciem, synową, dziadkiem lub babcią, wnukiem albo osoba pozostająca z Ubezpieczonym w nieformalnym związku partnerskim.

9) 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.

10) 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 § 7 ust. 2 owu.

11) SPORTY EKSTREMALNE – następujące sporty, których uprawianie wiąże się 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.

12) SZPITAL – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego Podmiot Leczniczy, 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.

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

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

15) UDZIAŁ WŁASNY – określona w formie procentowej wartość, potrącana przez COMPENSĘ przy ustalaniu należnego odszkodowania.

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

17) PODMIOT LECZNICZY – 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. Za Podmiot Leczniczy nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.

18) 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:

1) w Leczeniu Ambulatoryjnym – organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Zdrowotnych zgodnie z postanowieniami klauzuli nr 1 – Leczenie Ambulatoryjne.

2) w zasiłku szpitalnym – wypłata świadczenia zgodnie z postanowieniami klauzuli nr 2 – Zasiłek Szpitalny.

3) w świadczeniu operacyjnym – wypłata świadczenia operacyjnego, zgodnie z postanowieniami klauzuli nr 3 – Świadczenie Operacyjne.

2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w dowolnym zakresie wskazanym ust. 1 lub może łączyć klauzule o których mowa w ust. 1 w dowolny sposób, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 3

§ 4. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność COMPENSY nie obejmuje:

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

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

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

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

5) zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,

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

7) leczenia Choroby alkoholowej, jej następstw oraz następstw Pozostawania Pod Wpływem Alkoholu,

8) kosztów leków oraz środków pomocniczych,

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

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

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

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

13) leczenia następstw skażeń radioaktywnych, biologicznych, chemicznych,

14) leczenia następstw pozostawania pod wpływem lub zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów 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 lekarstw 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 Alzheimer'a,

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

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

20) leczenia przez Osoby Bliskie Ubezpieczonego,

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

22) Świadczeń Zdrowotnych w celu wystawiania zaświadczeń i orzeczeń lekarskich,

23) Świadczeń Zdrowotnych związanych z kwalifikacją lekarską do uprawiania Sportów Ekstremalnych.

2. Compensa nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Compensę na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem 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. SKŁADKA

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

1) Wiek Ubezpieczonego,

2) zakresu ubezpieczenia,

3) częstotliwości opłacania składki,

4) indywidualnej oceny ryzyka medycznego.

2. 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.

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

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.

§ 6. 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:

- 1) w pierwszym dniu Okresu Ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat,
- 2) jest obywatelem polskim lub posiada kartę pobytu w Polsce ważną przez co najmniej 12 miesięcy licząc od początku Okresu Ubezpieczenia.

3. Zawarcie umowy ubezpieczenia na rachunek osób w Wiekach do 20 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 20 lat.

4. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest:

- 1) złożenie przez Ubezpieczającego podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wniosku z ankietą medyczną na druku COMPENSY,
- 2) akceptacja wniosku przez COMPENSĘ.

5. 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 powiadomienia COMPENSY w tej sprawie.

6. COMPENSA zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji koniecznych do oceny ryzyka medycznego, w szczególności dotyczących stanu zdrowia, wykonywanych badań, rodzaju stosowanego leczenia oraz Podmiotach Lecznictwa, w których prowadzone jest lub było leczenie osób przystępujących do umowy ubezpieczenia.

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

8. Wprowadzenie do umowy postanowień dodatkowych albo odmiennych od zapisów niniejszych owu wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

9. W razie wprowadzenia do umowy postanowień dodatkowych albo odmiennych, niniejsze owu mają zastosowanie o tyle, o ile wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia nie stanowią inaczej.

10. COMPENSA potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.

§ 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność COMPENSY rozpoczyna się od dnia określonego w polisie, z zastrzeżeniem okresu Karencji dla poszczególnych Świadczeń Zdrowotnych oraz zapisów § 5 ust. 5.

2. Pierwszy dzień Okresu Ubezpieczenia przypada najwcześniej na pierwszy dzień drugiego miesiąca kalendarzowego przypadającego po miesiącu, w którym wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony i podpisany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonych.

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 z upływem ww. 7 dniowego terminu.

5. Odpowiedzialność COMPENSY kończy się:

1) z upływem Okresu Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1 oraz § 11 ust. 3 niniejszych 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 COMPENSY wygasa z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

§ 8. KARENCJA

1. Okresy Karencji liczone są od pierwszego dnia Okresu Ubezpieczenia, określonego w polisie.

2. Okresy Karencji dla poszczególnych świadczeń opisane są w odpowiednich klauzulach.

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

4. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny Rok Ubezpieczeniowy zgodnie z § 9, do Karencji zalicza się Okres Ubezpieczenia w poprzednim Roku Ubezpieczeniowym.

§ 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:

1) stwierdzenie, 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.

6. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z chwilą śmierci Ubezpieczającego, o ile w prawa i obowiązki Ubezpieczającego określone umową ubezpieczenia nie wstąpi Ubezpieczony lub inna osoba, na mocy porozumienia zawartego przez COMPENSA z tym Ubezpieczonym lub tą inną osobą. Kontynuacja umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w zdaniu uprzednim wymaga zachowania ciągłości opłacania składki ubezpieczeniowej.

§ 11. ZMIANA WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ COMPENSĘ

1. W razie zmiany warunków umowy ubezpieczenia w następnym Roku Ubezpieczeniowym, COMPENSA poinformuje Ubezpieczającego o zmianie obowiązującej w następnym Roku Ubezpieczeniowym, nie później niż na 30 dni 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 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 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 COMPENSY informacji, zgodnie z ust. 6.

6. Ubezpieczony może żądać, aby COMPENSA udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz o wu 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 czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest:

1) niezwłocznie poinformować COMPENSĘ o fakcie zgubienia Karty Ubezpieczenia,

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

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

9. 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. 8 powyżej.

10. 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 COMPENSA 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),

5) na zlecenie COMPENSY i na koszt COMPENSY, poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, u wyznaczonego przez COMPENSĘ Lekarza w celu ustalenia prawa do odszkodowania (świadczenia) lub wysokości odszkodowania (świadczenia).

11. 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). Dodatkowe zasady realizacji i wypłaty odszkodowania (świadczenia) uregulowane są w odpowiednich klauzulach.

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 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 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 spadkobiercy; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy.

4. Postanowień ust. 2 i 3 nie stosuje się do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy określonej w klauzuli nr 1 z wyłączeniem refundacji 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.

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

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

7. 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.

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

9. 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.

10. 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) Ubezpieczonego, 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.

11. 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, 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.

12. COMPENSA udostępni 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.

13. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 11, COMPENSA udostępni, na żądanie, w postaci elektronicznej.

14. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 11,

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 11 informacji,

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem, zgodnie z ust. 11 – nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 11.

15. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 11, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

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

17. 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.

18. O ile nie umówiono się inaczej, odszkodowanie (świadczenie) wypłacone przez COMPENSĘ z tytułu umowy ubezpieczenia nie może być wyższe od kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.

19. Odszkodowanie (świadczenie) wypłacane jest w złotych polskich, przelewem na rachunek bankowy Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do odszkodowania (świadczenia). Na wniosek Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do odszkodowania



(świadczenia), COMPENSA wyśle odszkodowanie (świadczenie) przekazem pocztowym.

20. 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.

21. Jeżeli Ubezpieczonemu zostało wypłacone odszkodowanie (świadczenie) nienależne lub wykraczające poza zakres ochrony ubezpieczeniowej, COMPENSA może żądać od Ubezpieczonego zwrotu wypłaconego odszkodowania (świadczenia), o ile co innego nie wynika z przepisów prawa.

§ 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. Reklamację mogą złożyć:

1) Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz uprawniony z umowy będący osobą fizyczną, w tym osobą fizyczną, która jest przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców, lub osobą fizyczną prowadzącą działalność wytwórczą w rolnictwie w zakresie upraw rolnych oraz chowu i hodowli zwierząt, ogrodnictwa, warzywnictwa, leśnictwa i rybactwa śródlądowego,

2) Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, będący osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej.

2. Pozostałe podmioty mogą złożyć skargę dotyczącą usług świadczonych przez COMPENSĘ.

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

4. 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.

5. COMPENSA odpowiada na reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Wysłanie odpowiedzi przed upływem terminu uznaje się za jego zachowanie.

6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, COMPENSA w informacji przekazywanej występującemu z reklamacją wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności wymagające ustalenia, które są niezbędne do rozpatrzenia sprawy, oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia na nią odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

7. 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, przy czym na wniosek klienta COMPENSA może dostarczyć odpowiedź pocztą elektroniczną,

2) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych i poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.

8. Do skargi stosuje się 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.

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 rozstrzygnięcia 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).

2. Pisemne zawiadomienie o zdarzeniu 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, Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 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 Szwałgier
Zastępca Prezesa Zarządu



KLAUZULA NR 1 – LECZENIE AMBULATORYJNE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsza klauzula ma zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia Compensa Multi Zdrowie (owu) i stanowi integralną część umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tychże owu.

2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej klauzuli zastosowanie mają postanowienia owu.

3. Postanowienia niniejszej klauzuli mają pierwszeństwo przed postanowieniami owu.

§ 2. DEFINICJE

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

1) INFOLINIA – ogólnopolska infolinia medyczna działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Numer telefonu infolinii wskazany jest na Karcie Ubezpieczenia.

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

3) REKOMENDOWANA PLACÓWKA MEDYCZNA – podmiot udzielający, zgodnie z polskim prawem, Świadczeń Zdrowotnych, współpracujący z COMPENSA w zakresie wykonywania Świadczeń Zdrowotnych na rachunek Ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia Compensa Multi Zdrowie. W zależności od wybranego przez Ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia, dostępne są:

– wykaz Rekomendowanych Placówek Medycznych nr 1,

– wykaz Rekomendowanych Placówek Medycznych nr 2.

Wykazy Rekomendowanych Placówek Medycznych udostępniane są na stronie internetowej Compensy www.compensa.pl.

4) ZDARZENIE ASSISTANCE – 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,

c) śmierć członka rodziny, za którego rozumie się rodziców, współmałżonka, dzieci, w tym również przysposobione, rodzeństwo oraz osobę pozostającą z Ubezpieczonym w nieformalnym związku.

2. Terminy oraz nazwy używane w niniejszej klauzuli i niezdefiniowane w § 2, otrzymują znaczenie nadane im w owu.

§ 3. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W ramach Leczenia Ambulatoryjnego umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z poniższych wariantów:

1) MULTI,

2) MEDMULTI.

2. Po opłaceniu dodatkowej składki, z zastosowaniem postanowień ust. 4 oraz ust. 8 poniżej, umowa ubezpieczenia w zakresie wariantów wskazanych w ust. 1, może zostać rozszerzona o świadczenia z zakresu rehabilitacji.

3. W ramach wariantów o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej, Ubezpieczony może wybrać realizację Świadczeń Zdrowotnych w placówkach wskazanych w:

1) wykazie Rekomendowanych Placówek Medycznych nr 1 lub

2) wykazie Rekomendowanych Placówek Medycznych nr 2.

4. Dodatkowo, umowa ubezpieczenia dla wariantów wskazanych w ust. 1 i 2 może zostać zawarta w opcji bez Udziału Własnego lub w opcji z Udziałem Własnym w wysokości 20%.

5. Udział własny, o którym mowa w ust. 4 powyżej, nie dotyczy świadczeń z zakresu Assistance, o których mowa w ust. 10-11.

6. COMPENSA udostępnia infolinię, dzięki której Ubezpieczony może:

1) umówić terminy konsultacji i badań,

2) uzyskać pomoc w organizacji procesu leczenia,

3) uzyskać informację o zakresie umowy ubezpieczenia,

4) uzyskać informację o Rekomendowanych Placówkach Medycznych,

5) zgłosić refundację,

6) umówić wizytę domową.

7. W ramach wariantów o których mowa w ust. 1, pokrywane są koszty związane z następującymi świadczeniami Leczenia Ambulatoryjnego:

1) Konsultacji lekarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (wszystkie warianty).

Ubezpieczonemu przysługują nielimitowane konsultacje Lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, niezależnie od stopnia naukowego, realizowane bez skierowania, o ile zostały one wskazane w załączniku nr 1 do niniejszej klauzuli.

2) Konsultacji lekarskich w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej (wszystkie warianty).

Ubezpieczonemu przysługują nielimitowane konsultacje Lekarzy specjalistów, niezależnie od stopnia naukowego, realizowane bez skierowania, o ile zostały one wskazane w załączniku nr 1 do niniejszej klauzuli.

3) Zabiegów ambulatoryjnych (wszystkie warianty).

Ubezpieczonemu przysługują zabiegi ambulatoryjne wskazane w załączniku nr 1 do niniejszej klauzuli, o ile realizacja tych świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, zgodnie z opinią Lekarza, może nastąpić bez szkody dla Ubezpieczonego.

4) Badań laboratoryjnych oraz diagnostycznych (wszystkie warianty).

Ubezpieczonemu przysługuje nielimitowana liczba badań laboratoryjnych i diagnostycznych wskazanych w załączniku nr 1 do niniejszej klauzuli. COMPENSA odpowiada za badania wykonane na podstawie skierowania wystawionego przez Lekarza w okresie ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje badań wykonywanych w technologii 3D/4D, technikami biologii molekularnej oraz rozszerzonego USG genetycznego.

5) Wizyt domowych (wszystkie warianty).

Ubezpieczonemu przysługują nielimitowane wizyty domowe Lekarza internisty, pediatry oraz medycyny rodzinnej, w sytuacjach ostrych infekcji, wysokiej gorączki, czy zaostrzenia dolegliwości przewlekłych, w przypadkach gdy stan zdrowia Ubezpieczonego nie pozwala na przyjazd do Lekarza. Wizyty domowe realizowane są w zasięgu terytorialnym działania placówki, zgodnie z wykazem placówek medycznych udzielających wizyt domowych.

6) Szczepień ochronnych (wszystkie warianty).

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszej klauzuli Ubezpieczonemu przysługuje:

a) szczepienie przeciwko grypie 1 raz w Roku Ubezpieczeniowym,

b) szczepienie przeciwko WZW A i B.

c) podanie antytoksyny przeciwwężcowej.

COMPENSA pokrywa koszty szczepienia i konsultacji lekarskiej.

7) Zabiegów pielęgnarskich (wszystkie warianty).



Ubezpieczonemu przysługują zabiegi pielęgniarstwa wskazane w załączniku nr I do niniejszej klauzuli, pod warunkiem wykonywania ich przez personel pielęgniarstwa w warunkach ambulatoryjnych, na podstawie skierowania lekarskiego.

7. W ramach wariantu MULTI, o którym mowa w ust. 1, pkt. 1 pokrywane są koszty Świadczeń Zdrowotnych związane z prowadzeniem ciąży.

Ubezpieczonemu przysługuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym, obejmujące czynne poradnictwo w zakresie fizjologii i przebiegu ciąży, zgodnie z zakresem wskazanym w załączniku nr I do niniejszej klauzuli. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej, kosztów rozszerzonego USG genetycznego oraz badań wykonywanych w technologii 3D/4D.

8. W ramach rozszerzenia umowy ubezpieczenia o świadczenia z zakresu rehabilitacji, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczonemu przysługuje 20 zabiegów w Roku Ubezpieczeniowym, wskazanych w załączniku nr I do niniejszej klauzuli, realizowanych na podstawie skierowania lekarskiego.

9. W ramach wariantów o których mowa w ust. 1, Ubezpieczonemu przysługuje 10% rabatu na usługi stomatologiczne w związku z leczeniem zachowawczym we wskazanych Rekomendowanych Placówkach Medycznych.

10. W zakresie wariantów, o których mowa w ust. 1, ochroną ubezpieczeniową objęte jest Zdarzenie Assistance, które miało miejsce w Okresie Ubezpieczenia.

11. W przypadku zajścia Zdarzenia Assistance, Ubezpieczonemu przysługują wskazane poniżej usługi Assistance. Poniższe usługi Assistance organizowane i opłacane są przez COMPENSĘ, jednakże maksymalnie do limitu ustalonego w załączniku nr I do niniejszej klauzuli:

1) Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego – jeżeli na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Nagłego Zachorowania Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarstwa w miejscu pobytu (z wyłączeniem pobytu w Podmiotach Leczniczych). 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.

2) Opieka domowa po Leczeniu w Szpitalu (ubezpieczenie obejmuje pokrycie kosztów dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego) - jeżeli na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Nagłego Zachorowania, Ubezpieczony 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. Usługa przysługuje w przypadku, gdy w miejscu pobytu Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić i obejmuje następujące elementy:

- a) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
- b) niezbędne porządki,
- c) dostawę lub przygotowanie posiłków,
- d) dostawę produktów bez kosztów ich zakupu,
- e) opiekę nad zwierzętami domowymi,
- f) podlewanie kwiatów.

3) Transport do Podmiotu Leczniczego jeżeli na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Nagłego Zachorowania zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Podmiotu Leczniczego oraz stan zdrowia Ubezpieczonego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Wybór środka transportu dokonywany jest przez Lekarza COMPENSY przy uwzględnieniu stanu zdrowia Ubezpieczonego.

4) Transport pomiędzy Podmiotami Leczniczymi na podstawie pisemnego zlecenia Lekarza Prowadzącego, w sytuacji gdy Podmiot Leczniczy,

w którym Ubezpieczony znalazł się w następstwie Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego Wypadku nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Ubezpieczony jest skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innego Podmiotu Leczniczego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz COMPENSY w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym Ubezpieczonego. Transport odbywa się do wskazanego przez Lekarza Prowadzącego Podmiotu Leczniczego mogącego zapewnić Ubezpieczonemu odpowiednią do jego stanu zdrowia opiekę lub mogącego przeprowadzić niezbędną diagnostykę. W przypadku, gdy Ubezpieczony kierowany jest do innego Podmiotu Leczniczego w celu wykonania zabiegu lub badania, ochrona obejmuje także transport powrotny do Podmiotu Leczniczego, w którym Ubezpieczony jest leczony.

5) Transport ze Szpitala do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony przebywał w Szpitalu w związku z Leczeniem w następstwie Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego 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 Ubezpieczonego.

6) Zakwaterowanie na czas rekonwalescencji w hotelu znajdującym się najbliżej Szpitala, w którym Ubezpieczony przebywał dłużej niż 24 godziny w związku z Nagłym Zachorowaniem lub Nieszczęśliwym Wypadkiem, jeżeli zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza, bezpośrednio po wypisaniu ze Szpitala Ubezpieczony wymaga pobytu w hotelu przed podjęciem podróży do miejsca zamieszkania.

7) Psycholog, jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Śmierci Osoby Bliskiej Ubezpieczonego, Ubezpieczony wymaga pomocy psychologa zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego.

8) Rehabilitacja, tj:

- wizyta fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego,
- transport do najbliższego miejsca pobytu Ubezpieczonego, poradni rehabilitacyjnej. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz COMPENSY w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym,
- wizyta w poradni rehabilitacyjnej.

Usługa Rehabilitacji dostępna jest, jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego, wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej.

9) Sprzęt rehabilitacyjny (wypożyczenie lub zakup oraz transport do miejsca pobytu Ubezpieczonego), jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego, Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego.

10) Dostarczenie lekarstw do miejsca pobytu Ubezpieczonego, przepisanych Ubezpieczonemu przez Lekarza Prowadzącego, jeżeli w następstwie Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego Wypadku, zgodnie z pisemnym zleceniem Lekarza Prowadzącego, Ubezpieczony 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 nie pokrywa kosztów zakupu leków.

12. W ramach usług Assistance oraz maksymalnie do limitu ustalonego w Załączniku nr I, COMPENSA zorganizuje:

1) Przekazywanie pilnych wiadomości związanych z zajściem Zdarzenia Assistance, osobie wskazanej przez Ubezpieczonego oraz na wniosek Ubezpieczonego. Ubezpieczony zobowiązany jest do podania danych kontaktowych osoby, której ma być przekazana pilna wiadomość.

2) Osobistego asystenta medycznego, na terenie Polski w zakresie:



- umawiania terminów badań oraz wizyt lekarskich w Podmiotach Leczniczych,
- organizacji procesu rehabilitacyjnego,
- organizacji transportu do/z Podmiotu Leczniczego,
- organizacji dostarczenia leków, środków opatrunkowych dostępnych bez recepty.

Organizacja usług wskazanych powyżej polega na zebraniu przez COMPENSĘ oraz przekazaniu Ubezpieczonemu w formie z nim uzgodnionej, informacji o dostępności usługi na wskazanym przez Ubezpieczonego obszarze, warunkach skorzystania z tych usług oraz czasie oczekiwania na ich realizację. Po dokonaniu przez Ubezpieczonego wyboru placówki, która ma wykonać usługę, COMPENSA dokonuje rezerwacji lub organizacji usługi. Koszty zorganizowanych i wykonanych usług pokrywa Ubezpieczony.

§ 4. KARENCAJA

1. Do ubezpieczenia w wariantach wskazanych w § 3 ust. 1 ma zastosowanie 9-miesięczna Karencja w stosunku do wskazanych w załączniku nr 1 do niniejszej klauzuli Świadczeń Zdrowotnych związanych z prowadzeniem ciąży.
2. W związku z rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o świadczenia z zakresu rehabilitacji, o których mowa w § 3 ust. 2, ma zastosowanie 3-miesięczna Karencja.

§ 5. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ W REKOMENDOWANYCH PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

1. Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze Świadczeń Zdrowotnych objętych umową ubezpieczenia w wybranych przez Ubezpieczającego i potwierdzonych na polisie placówkach medycznych, zgodnych z:

- 1) wykazem Rekomendowanych Placówek Medycznych nr 1 lub
 - 2) wykazem Rekomendowanych Placówek Medycznych nr 2.
2. W celu umówienia Świadczeń Zdrowotnych o których mowa w § 3, ust. 7-9, Ubezpieczony może kontaktować się:
- 1) bezpośrednio z Infolinią lub
 - 2) bezpośrednio z Rekomendowaną Placówką Medyczną, z zastrzeżeniem że koszty wizyt domowych, o których mowa w § 3 ust. 7 pkt 5, pokrywany jest wyłącznie w sytuacji, gdy potrzeba wizyty domowej została zgłoszona na Infolinii. W przypadku niedochowania tego obowiązku, COMPENSA nie pokrywa kosztów wizyt domowych.
3. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazuje konkretnego Lekarza lub konkretnej placówki medycznej, maksymalny czas oczekiwania na konsultację nie powinien przekraczać:
- 1) 1 dnia roboczego – w przypadku konsultacji Lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 2) 5 dni roboczych – w przypadku konsultacji Lekarzy pozostałych specjalności;
 - 3) gwarancje wskazane w pkt. 1-2 powyżej nie dotyczą Lekarzy z tytułem profesora lub doktora habilitowanego oraz Lekarzy wskazanych imiennie.
4. Przed udzieleniem Świadczenia Zdrowotnego, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać Kartę Ubezpieczenia wraz z dokumentem tożsamości ze zdjęciem (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna). W przypadku dzieci nieposiadających dokumentu określającego tożsamość, Karta Ubezpieczenia ważna jest wraz z dokumentem tożsamości rodzica lub innego opiekuna prawnego.
5. Koszty Świadczeń Zdrowotnych rozliczane są bezpośrednio pomiędzy COMPENSĄ a Rekomendowaną Placówką Medyczną, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
6. W przypadku zawarcia ubezpieczenia w opcji z Udziałem Własnym, Ubezpieczony zobowiązany jest opłacić Udział Własny w Rekomendowanej

Placówce Medycznej przed udzieleniem Świadczenia Zdrowotnego. Kwota Udziału Własnego naliczana jest od ceny Świadczenia Zdrowotnego obowiązującej w Rekomendowanej Placówce Medycznej.

§ 6. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH NIE BĘDĄCYCH REKOMENDOWANĄ PLACÓWKĄ MEDYCZNĄ (REFUNDACJA)

1. W przypadku korzystania ze Świadczeń Zdrowotnych w placówkach medycznych spoza sieci Rekomendowanych Placówek Medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć koszty udzielonych Świadczeń Zdrowotnych 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 na Infolinii. W przypadku zaniechania tego obowiązku, COMPENSA nie zwraca poniesionych kosztów Świadczeń Zdrowotnych.

3. Każdemu Ubezpieczonemu, na rachunek 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 niniejszej klauzuli.

4. Każdemu Ubezpieczonemu, na rachunek 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 niniejszej klauzuli.

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

1) rachunek zawierający następujące dane: imię i nazwisko/ nazwę udzielającego Świadczenia Zdrowotne, dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), rodzaj udzielonego Świadczenia Zdrowotnego, diagnozę zgodnie z międzynarodową statystyczną klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych (kod ICD), datę i koszt udzielonego Świadczenia Zdrowotnego,

2) kopię skierowania na badania diagnostyczne oraz rehabilitację,

3) kompletny i poprawnie wypełniony wniosek o refundację na druku COMPENSY.

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

§ 7. REALIZACJA USŁUG 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 zajścia 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 usług 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 usługi Assistance wskazane przez Infolinię,

h) postępować zgodnie z dyspozycjami Infolinii.

2. Ubezpieczony zobowiązany jest, na wniosek Infolinii dostarczyć



wskazane dokumenty niezbędne do ustalenia prawa do usług Assistance oraz jej realizacji, np.: zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty.

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

4. W przypadku wskazanej w ust. 3 niemożliwości skontaktowania się z Infolinią, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot niezbędnych, 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 COMPENSY następujących dokumentów:

1) dokumentu potwierdzającego poniesienie tych kosztów przez Ubezpieczonego (w szczególności faktur / rachunków za wykonane usługi Assistance) oraz posiadanej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności skorzystania z usług Assistance np. medycznej,

2) wniosku o refundację na druku COMPENSY.

5. COMPENSA dokona zwrotu kosztów usług Assistance poniesionych przez Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 4, w wysokości nie wyższej od sum ubezpieczenia i limitów określonych dla poszczególnych świadczeń.

6. COMPENSA uprawniona jest do zmniejszenia odpowiednio wysokości odszkodowania, jeżeli Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zawiadomił COMPENSY o zajściu zdarzenia w terminach określonych w ust. 1 pkt 1, o ile naruszenie tego obowiązku przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło COMPENSIE ustalenie okoliczności i skutków Zdarzenia Assistance.

§ 8. SKŁADKA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej dla wariantów MULTI i MEDMULTI przedstawia poniższa tabela:

Grupa wiekowa	Wiek	Dostęp do Rekomendowanych Placówek Medycznych zgodnie z wykazem nr 1				Dostęp do Rekomendowanych Placówek Medycznych zgodnie z wykazem nr 2			
		MULTI		MEDMULTI		MULTI		MEDMULTI	
		Składka miesięczna w zł							
		Bez Udziału Własnego	Udział Własny 20%	Bez Udziału Własnego	Udział Własny 20%	Bez Udziału Własnego	Udział Własny 20%	Bez Udziału Własnego	Udział Własny 20%
1	0-14	94	64	94	64	122	83	122	83
2	15-20	80	54	80	54	96	65	96	65
3	21-25	119	81	79	53	143	97	96	64
4	26-30	130	88	84	57	169	114	101	68
5	31-35	136	92	89	61	177	120	107	73
6	36-40	141	96	93	63	183	125	121	82
7	41-45	147	100	109	75	191	130	131	90
8	46-50	152	103	120	82	182	124	144	98
9	51-55	199	135	169	115	239	162	203	138
10	56-60	215	146	199	135	258	175	239	162
11	61-65	225	153	215	146	270	184	258	175

2. Wysokość składki dla rozszerzenia o świadczenia z zakresu rehabilitacji 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



Załącznik nr I do klauzuli nr I Leczenie Ambulatoryjne

Rodzaj Świadczenia Zdrowotnego*	MULTI	MEDMULTI	Cena
I. Infolinia – całodobowa <ul style="list-style-type: none">– umawianie terminów konsultacji I badań– pomoc w organizacji procesu leczenia– informacja o zakresie ubezpieczenia– informacja o Rekomendowanych Placówkach Medycznych– zgłaszanie refundacji– umawianie wizyt domowych	+	+	
2. Konsultacje lekarskie , nielimitowane, w tym dziecięce, niezależnie od stopnia naukowego.	+	+	
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, neurolog	+	+	75,00
Lekarze pozostałych specjalności, chyba, że ich brak wynika z wyłączeń owu (np. stomatolog, chirurg szczękowy, psychiatra)	+	+	75,00
3. Wizyty domowe	+	+	100,00
4. Zabiegi ambulatoryjne	+	+	
Zabiegi chirurgiczne i ortopedyczne 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
odczulanie bez kosztów leku	+	+	30,00
5. Szczepienia	+	+	
Szczepienie przeciw grypie I x w roku ubezpieczeniowym	+	+	32,00
Podanie antytoksyny przeciwężcovej	+	+	25,00
Szczepienie przeciw WZW A i B	+	+	120,00
6. Zabiegi pielęgniarские	+	+	10,00
7. Badania laboratoryjne i diagnostyczne			
Badania podstawowe morfologia krwi z rozmazem	+	+	10,00
czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	+	+	9,00
kreatynina	+	+	8,00
OB	+	+	5,00



Rodzaj Świadczenia Zdrowotnego*	MULTI	MEDMULTI	Cena
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
kwask 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
standardowa cytologia szyjki macicy	+	-	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
antytrambina 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



Rodzaj Świadczenia Zdrowotnego*	MULTI	MEDMULTI	Cena
cynk (Zn)	+	+	40,00
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



Rodzaj Świadczenia Zdrowotnego*	MULTI	MEDMULTI	Cena
przeciwciała p/Helicobacter pylori	+	+	30,00
przeciwciała p/ ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV I 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) 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 ciążowy (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, z wyłączeniem badań wykonywanych technikami biologii molekularnej 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, z wyłączeniem badań wykonywanych w technologii 3D/4D oraz technikami biologii molekularnej oraz wyłączeniem rozszerzonego USG genetycznego.	+	-	70,00
USG pozostałe	+	+	70,00
Urografia	+	+	150,00
Mammografia	+	-	80,00



Rodzaj Świadczenia Zdrowotnego*	MULTI	MEDMULTI	Cena	
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	
8. Rehabilitacja (limit 20 zabiegów w Roku Ubezpieczeniowym)	opcja	opcja		
ćwiczenia instruktażowe (indywidualne) z wyłączeniem technik manualnych	+	+	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	+	+	10,00	
prądy interferencyjne	+	+	10,00	
prądy Kotza	+	+	10,00	
prądy TENS	+	+	10,00	
prądy Tr berta	+	+	10,00	
impulsowe pole magnetyczne	+	+	10,00	
terapia ultradźwiękowa	+	+	10,00	
krioterapia miejscowa	+	+	12,00	
laseroterapia biostymulacyjna	+	+	12,00	
9. Rabat 10% na usługi w zakresie stomatologii zachowawczej	+	+		
10. Usługi Assistance	+	+		
Usługa Assistance	Zdarzenie Assistance	+	+	LIMIT
10.1 Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego	Nieszczęśliwy wypadek /Nagłe Zachorowanie	+	+	250 PLN na 1 osobę / 3 wizyty w Roku Ubezpieczeniowym



Rodzaj Świadczenia Zdrowotnego*		MULTI	MEDMULTI	Cena
Usługa Asistance	Zdarzenie Assistance	+	+	LIMIT
10.2 Opieka domowa po leczeniu w Szpitalu	Nieszczęśliwy wypadek /Nagłe Zachorowanie	+	+	150 PLN za każdą wizytę / 3 wizyty w Roku Ubezpieczeniowym
10.3 Transport do Podmiotu Leczniczego	Nieszczęśliwy wypadek /Nagłe Zachorowanie	+	+	500 PLN / I raz w Roku Ubezpieczeniowym
10.4 Transport pomiędzy Podmiotami Leczniczymi	Nieszczęśliwy wypadek /Nagłe Zachorowanie	+	+	500 PLN / I raz w Roku Ubezpieczeniowym
10.5 Transport ze Szpitala do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego	Nieszczęśliwy wypadek /Nagłe Zachorowanie	+	+	500 PLN / I raz w Roku Ubezpieczeniowym
10.6 Zakwaterowanie na czas rekonwalescencji	Nieszczęśliwy wypadek /Nagłe Zachorowanie	+	+	150 PLN za każdą dobę / 3 doby w Roku Ubezpieczeniowym
10.7 Psycholog	Nieszczęśliwy wypadek / śmierć członka rodziny	+	+	500 PLN / I wizyta w roku ubezpieczeniowym
10.8 Rehabilitacja	Nieszczęśliwy wypadek	+	+	250 PLN za I wizytę w tym koszty transportu / 3 wizyty w roku ubezpieczeniowym
10.9 Sprzęt rehabilitacyjny	Nieszczęśliwy wypadek	+	+	250 PLN / I raz w Roku Ubezpieczeniowym
10.10 Dostarczenie lekarstw	Nieszczęśliwy wypadek /Nagłe Zachorowanie	+	+	250 PLN / I raz w Roku Ubezpieczeniowym bez kosztów leków
10.11 Przekazywanie pilnych wiadomości	Nieszczęśliwy wypadek /Nagłe Zachorowanie/ śmierć członka rodziny	+	+	Organizacja bez pokrycia kosztów
10.12 Osobisty asystent medyczny	Nieszczęśliwy wypadek /Nagłe Zachorowanie	+	+	Organizacja bez pokrycia kosztów

* Świadczenia opisane w pkt 2-8 objęte są ubezpieczeniem łącznie z kosztami zużytych materiałów z wyłączeniem kosztów gipsu plastikowego.



KLAUZULA nr 2 – ZASIŁEK SZPITALNY

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsza klauzula ma zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia Compensa Multi Zdrowie (owu) i stanowi integralną część umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tychże owu.

2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej klauzuli zastosowanie mają postanowienia owu.

3. Postanowienia niniejszej klauzuli mają pierwszeństwo przed postanowieniami owu.

§ 2. DEFINICJE

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

1) **CHOROBA** – anormalny, wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan struktury lub funkcji w organizmie Ubezpieczonego, wymagający leczenia. Za Chorobę nie uważa się ciąży oraz porodu.

2) **ZASIŁEK SZPITALNY** – potwierdzona w polisie kwota pieniężna stanowiąca górną granicę odpowiedzialności COMPENSY z tytułu jednego dnia Pobytu w Szpitalu.

3) **POBYT W SZPITALU** – konieczny z medycznego punktu widzenia Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwający nieprzerwanie min. 24 godziny, związany z leczeniem Choroby, następstw Nieszczęśliwego Wypadku lub z porodem.

4) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu w celach zarobkowych.

2. Terminy oraz nazwy używane w niniejszej klauzuli i niezdefiniowane w § 2 otrzymują znaczenie nadane im w owu.

§ 3. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zdarzeniem objętym ochroną w ramach niniejszej klauzuli są Pobytu w Szpitalu w związku z:

- 1) leczeniem Choroby,
- 2) leczeniem następstw Nieszczęśliwego Wypadku,
- 3) porodem.

2. Ubezpieczenie obejmuje zdarzenia o których mowa w ust. 1, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem karencji określonej w § 4.

3. COMPENSA wypłaca Ubezpieczonemu Zasiłek Szpitalny w wysokości określonej w polisie, za każdy dzień, koniecznego z medycznego punktu widzenia, Pobytu w Szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz ust.6 poniżej.

4. Pierwszy i ostatni dzień Pobytu w Szpitalu liczony jest jako jeden dzień.

5. Jeżeli Pobyt w Szpitalu był związany z następstwami Nieszczęśliwego Wypadku i miał miejsce w ciągu 6 miesięcy od daty Nieszczęśliwego Wypadku, wysokość wypłacanego Zasiłku Szpitalnego ulega podwojeniu.

6. COMPENSA wypłaca Zasiłek Szpitalny maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w Roku Ubezpieczeniowym.

§ 4. KARENCJA

1. W ubezpieczeniu ma zastosowanie Karencja. Ogólny okres Karencji wynosi 3 miesiące.

2. W przypadku Pobytów w Szpitalu w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem, Karencja nie ma zastosowania.

3. W przypadku Pobytów w Szpitalu w okresie ciąży lub związanych z porodem, Karencja wynosi 8 miesięcy.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Poza wyłączeniami określonymi w § 4 owu, COMPENSA nie ponosi odpowiedzialności za następstwa:

- 1) uprawiania Sportów Ekstremalnych,
- 2) Zawodowego Uprawiania Sportów
- 3) pełnienia czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1-2.

2. COMPENSA nie ponosi odpowiedzialności za Pobytu w Szpitalu wyłącznie w celach diagnostycznych.

3. Odpowiedzialność COMPENSY nie obejmuje Pobytów w:

- 1) Szpitalach psychiatrycznych,
- 2) Szpitalach, domach opieki, ośrodkach oddziałach lub innych jednostkach, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzących działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- 3) Szpitalach, ośrodkach, oddziałach lub innych jednostkach: sanatoryjnych, prewencyjnych, uzdrowiskowych, rehabilitacyjnych lub rekonwalescencyjnych,
- 4) hospicjach oraz domach opieki,
- 5) Szpitalach, ośrodkach, oddziałach lub innych jednostkach leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

§ 6. KORZYSTANIE Z ZASIŁKU SZPITALNEGO

1. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, należy przedłożyć COMPENSIE niezwłocznie po wypisaniu ze Szpitala, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od daty wypisu ze Szpitala, następujące dokumenty:

- 1) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia,
- 2) oryginał karty informacyjnej leczenia szpitalnego zawierającej: imię i nazwisko, PESEL, adres Ubezpieczonego, datę przyjęcia do Szpitala, datę wypisu ze Szpitala, rozpoznanie (diagnozę), procedury medyczne udzielone Ubezpieczonemu podczas Pobytu w Szpitalu, przeprowadzone Operacje, uzasadnienie długości Pobytu w Szpitalu, pieczęć Szpitala, pieczęć i podpis Lekarza.

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



§ 7. SKŁADKA

I. Wysokość składki za ubezpieczenie Zasiłku Szpitalnego przedstawia poniższa tabela:

Grupa wiekowa	Wiek	Składka miesięczna w zł			
		Wysokość zasiłku dziennego w zł			
		50 zł	100 zł	150 zł	200 zł
1	0-14	8	16	24	32
2	15-20	7	14	21	28
3	21-25	9	18	27	36
4	26-30	11	22	33	44
5	31-35	12	24	36	48
6	36-40	11	22	33	44
7	41-45	11	22	33	44
8	46-50	14	28	42	56
9	51-55	19	38	57	76
10	56-60	19	38	57	76
11	61-65	25	50	75	100



KLAUZULA NR 3 ŚWIADCZENIE OPERACYJNE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsza klauzula ma zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia Compensa Multi Zdrowie (owu) i stanowi integralną część umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tychże owu.

2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej klauzuli zastosowanie mają postanowienia owu.

3. Postanowienia niniejszej klauzuli mają pierwszeństwo przed postanowieniami owu.

§ 2. DEFINICJE

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

1) **CHOROBA** – anormalny, wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan struktury lub funkcji w organizmie Ubezpieczonego, wymagający leczenia. Za Chorobę nie uważa się ciąży oraz porodu.

2) **OPERACJA** – inwazyjny zabieg medyczny połączony z przecięciem tkanek przeprowadzony przez wykwalifikowany personel medyczny, w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym w trakcie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w związku z Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem. Operacjami nie są zabiegi przeprowadzone w celach diagnostycznych oraz cesarskie cięcie.

3) **POBYT W SZPITALU** – konieczny z medycznego punktu widzenia, pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwający nieprzerwanie min. 24 godziny, związany z leczeniem Choroby oraz następstw Nieszczęśliwego Wypadku.

4) **ZAWODOWE UPRAWIANIE SPORTU** – uprawianie sportu w celach zarobkowych.

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

§ 3. ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

2. COMPENSA wypłaca świadczenie operacyjne:

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

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

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

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

2) Operacja została przeprowadzona w okresie 6 miesięcy od daty Nieszczęśliwego Wypadku.

4. Podstawowe rodzaje Operacji określone zostały w wykazie Operacji stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej klauzuli.

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

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

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

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

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

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

6. Jeżeli Ubezpieczony został poddany Operacji, która nie została wymieniona w wykazie Operacji, COMPENSA dokonuje jej zakwalifikowania do odpowiedniej grupy, biorąc pod uwagę Operację najbardziej zbliżoną do przeprowadzonej.

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

8. COMPENSA wypłaca jedno świadczenie niezależnie od liczby Operacji pozostających w związku przyczynowo-skutkowym z tą samą Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem, przeprowadzonych na Ubezpieczonym w ciągu jednego Roku Ubezpieczeniowego. W tym przypadku COMPENSA wypłaca świadczenie z tytułu tej Operacji, która została zakwalifikowana do najwyższej grupy.

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

§ 4. KARENCJA

1. W ubezpieczeniu ma zastosowanie Karencja. Ogólny okres Karencji wynosi 3 miesiące.

2. Karencja nie dotyczy Operacji będących następstwem Nieszczęśliwych Wypadków objętych ochroną ubezpieczeniową.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Poza wyłączeniami określonymi w § 4 owu, odpowiedzialność COMPENSY nie obejmuje Pobytów w:

1) Szpitalach psychiatrycznych,

2) Szpitalach, domach opieki, ośrodkach oddziałów lub innych jednostkach, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzących działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

3) Szpitalach, ośrodkach, oddziałów lub innych jednostkach: sanatoryjnych, prewencyjnych, uzdrowiskowych, rehabilitacyjnych lub rekonwalescencyjnych,

4) hospicjach oraz domach opieki,

5) Szpitalach, ośrodkach, oddziałów lub innych jednostek leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

2. COMPENSA nie ponosi odpowiedzialności za następstwa:

1) uprawiania Sportów Ekstremalnych,

2) Zawodowego Uprawiania Sportów,

3) pełnienia czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia, o którym mowa w § 3 ust.2.

§ 6. KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ OPERACYJNYCH

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

1) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia,

2) oryginał karty informacyjnej leczenia szpitalnego zawierającej: imię i nazwisko, PESEL, adres Ubezpieczonego, datę przyjęcia do Szpitala, datę wypisu ze Szpitala, rozpoznanie (diagnozę), procedury medyczne udzielone Ubezpieczonemu podczas Pobytu w Szpitalu, przeprowadzone Operacje,



uzasadnienie rodzaju udzielonych świadczeń, pieczęć Szpitala, pieczęć i podpis Lekarza.

3) 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. 1, o ile naruszenie tego obowiązku przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło COMPENSIE ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

§ 7. SKŁADKA

I. Wysokość składki za ubezpieczenie świadczenia operacyjnego przedstawia poniższa tabela:

Grupa wiekowa	Wiek	Składka miesięczna w zł	
		Wariant A	Wariant B
1	0-14	6	21
2	15-20	7	28
3	21-25	9	35
4	26-30	9	36
5	31-35	10	38
6	36-40	11	45
7	41-45	12	49
8	46-50	17	66
9	51-55	20	80
10	56-60	25	99
11	61-65	31	122



Załącznik nr 1 do klauzuli nr 3 Świadczenie Operacyjne

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



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



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



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



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



Wykaz Operacji	Grupa
3. amputacja ręki na wysokości nadgarstka	2
4. amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	2
5. amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	2
6. amputacja palucha	2
7. amputacja palców	1
8. całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie	4



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

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

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
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.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.