

Indywidualne ubezpieczenie Compensa Zdrowie

Compensa Zdrowie – dlaczego warto je mieć?

Compensa Zdrowie to gwarancja nowoczesnej i kompleksowej opieki medycznej.

Obejmuje usługi z zakresu: konsultacji lekarskich, zabiegów ambulatoryjnych, badań diagnostycznych, szczepień, profilaktyki zdrowotnej, opieki przedporodowej, a także rehabilitacji.

Jak to działa? Wybierasz jeden z trzech wariantów ubezpieczenia:

- Podstawowy
- Kompleksowy
- Rozszerzony

Ochroną ubezpieczeniową możesz objąć siebie, ale również swoich bliskich (współmałżonka / partnera oraz dzieci).

Świadczenia medyczne w ramach ubezpieczenia możesz zrealizować w placówkach Grupy LUXMED – najdłużej działającej na polskim rynku sieci prywatnych placówek medycznych.

Z COMPENSAŁĄ TO PROSTE.

Jak umówić konsultację lub badanie

Umawianie świadczeń medycznych w placówkach własnych LUXMED



telefoniczne 22 33 22 888
Prosimy o przygotowanie nr PESEL



przez Portal Pacjenta na stronie www.luxmed.pl

Aby z niego skorzystać, należy założyć konto na stronie www.luxmed.pl

Portal Pacjenta jest nowoczesną platformą internetową, dzięki której można:

- zarezerwować wizytę
- odebrać wyniki badań
- zamówić receptę
- skorzystać z konsultacji online

Umawianie świadczeń medycznych w placówkach współpracujących z LUXMED

Bezpośredni kontakt z wybraną przychodnią.

Prosimy o przygotowanie nr PESEL oraz dokumentu tożsamości.

Aktualny wykaz przychodni można znaleźć na stronie www.luxmed.pl bądź kontaktując się z infolinią pod numerem telefonu 22 33 22 888

Refundacja

Realizacja świadczeń zdrowotnych w placówkach spoza sieci Partnera Medycznego

Aby uzyskać zwrot poniesionych kosztów, należy wypełnić wniosek refundacyjny dostępny na stronie www.compensa.pl i załączyć do niego wszystkie wymagane dokumenty, wraz ze skanem oryginału rachunku. Komplet dokumentów należy przesłać na adres e-mailowy lub adres korespondencyjny widniejący na wniosku.

Gdzie kierować korespondencję dotyczącą obsługi ubezpieczenia?

Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group
Departament Ubezpieczeń Zdrowotnych
Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
lub na adres zdrowotne@compensa.pl

Jak się z nami skontaktować w każdej innej sprawie?

Compensa Kontakt

+48 22 501 61 00
od poniedziałku do piątku w godz. 8:00-18:00

Adres pocztowy

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group
Aleje Jerozolimskie 162
02-342 Warszawa



Compensa Zdrowie



konsultacje lekarskie



badania diagnostyczne



e-konsultacje



badania profilaktyczne



wizyty domowe



szczepienia



zabiegi ambulatoryjne



prowadzenie ciąży



badania laboratoryjne



rehabilitacja

Ogólne warunki Indywidualnego ubezpieczenia Compensa Zdrowie

Spis treści

§ 1. Postanowienia ogólne	6
§ 2. Definicje	6
§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	6
§ 4. Wyłączenia odpowiedzialności	6
§ 5. Realizacja Świadczeń zdrowotnych w placówkach Partnera Medycznego	7
§ 6. Realizacja Świadczeń zdrowotnych w placówkach spoza sieci Partnera Medycznego (refundacja)	7
§ 7. Składka	7
§ 8. Zawarcie umowy	7
§ 9. Początek i koniec odpowiedzialności	8
§ 10. Przedłużenie umowy ubezpieczenia	8
§ 11. Odstąpienie od umowy i rozwiązanie umowy	8
§ 12. Zmiana warunków ubezpieczenia przez COMPENSA	8
§ 13. Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	8
§ 14. Obowiązki COMPENSY	9
§ 15. Zasady realizacji i wypłaty odszkodowania (świadczenia)	9
§ 16. Roszczenia regresowe w związku z ubezpieczeniami majątkowymi	9
§ 17. Reklamacje i Skargi	9
§ 18. Postanowienia końcowe	9
 ZAŁĄCZNIK NR 1 – WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	 10



Informacje o istotnych postanowieniach do Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Zdrowie

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Compensa Zdrowie § 2 pkt 1, 4, 8, § 3 OWU § 5 OWU § 6 OWU § 13 OWU § 15 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności COMPENSY uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia Compensa Zdrowie § 4 OWU § 9 OWU § 13 OWU

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. Postanowienia ogólne

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

§ 2. Definicje

Na potrzeby OWU poniższym terminom nadaje się następujące znaczenie:

- 1) **CHOROBA** – rozstrój zdrowia Ubezpieczonego spowodowany działaniem czynnika chorobotwórczego, który wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej wymaga leczenia.
- 2) **DZIECKO** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, jego Małżonka albo Partnera, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyło 26 lat.
- 3) **INFOLINIA** – infolinia medyczna służąca umawianiu świadczeń medycznych w placówkach własnych LUX MED, działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Numer telefonu Infolinii wskazany na stronie <https://www.compensa.pl/ubezpieczenie/ubezpieczenie-compensa-zdrowie/>
- 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) **MAŁŻONEK** – osoba, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 70 lat.
- 7) **NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się wystąpienia Chorób, nawet jeśli wystąpiły nagle.
- 8) **OKRES UBEZPIECZENIA** – okres, w którym COMPENSA ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego.
- 9) **PAKIET INDYWIDUALNY** – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest jeden Ubezpieczony, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończył 70 lat.
- 10) **PAKIET PARTNERSKI** – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony wraz z Małżonkiem albo Partnerem lub Ubezpieczony wraz z jednym Dzieckiem. Wszyscy ubezpieczeni w ramach jednego pakietu partnerskiego objęci są takim samym wariantem ochrony.
- 11) **PAKIET RODZINNY** – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony wraz z Małżonkiem albo Partnerem i Dziećmi. Wszyscy ubezpieczeni w ramach jednego pakietu rodzinnego objęci są takim samym wariantem ochrony.
- 12) **PARTNER** – osoba niepozostająca w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, niespokrewniona i niespowinowawiona z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony pozostaje w stałym, nieformalnym związku uprawdopodobnionym przez prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego (związek partnerski), która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 70 lat.
- 13) **PARTNER MEDYCZNY** – podmiot udzielający, zgodnie z polskim prawem, Świadczeń Zdrowotnych, z którym COMPENSA współpracuje w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz Ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia Compensa Zdrowie. Lista Partnerów Medycznych może się zmieniać w trakcie trwania umowy ubezpieczenia. Zmiana aktualnej listy Partnerów Medycznych może wynikać z rozszerzenia sieci Partnerów Medycznych lub zaprzestania współpracy z COMPENSA przez Partnera Medycznego na jego życzenie lub zaprzestania współpracy z Partnerem Medycznym na życzenie COMPENSY z ważnych przyczyn. Aktualna lista Partnerów Medycznych znajduje się na stronie internetowej www.luxmed.pl.
- 14) **POZOSTAWIANIE POD WPŁYWEM ALKOHOLU** – stan po spożyciu alkoholu, powstały w wyniku wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.
- 15) **ROCZNICA POLISY** – każda kolejna rocznica określonej w polisie daty początku okresu ubezpieczenia
- 16) **ROK UBEZPIECZENIOWY** – okres trwający 12 miesięcy, liczony od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia ustalonego zgodnie z § 9 ust. 2

OWU do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy.

- 17) **SZPITAL** – działający zgodnie z przepisami prawa polskiego podmiot leczniczy, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, zatrudniająca 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dzienny rejestr medyczny.
- 18) **UBEZPIECZAJĄCY** – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia zobowiązany do opłacenia składki.
- 19) **UBEZPIECZONY** – osoba fizyczna, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia.
- 20) **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 są koszty Świadczeń Zdrowotnych udzielonych Ubezpieczonemu w związku z Leczeniem Ambulatoryjnym.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Ubezpieczenie może zostać zawarte w jednym z następujących wariantów:
 - 1) PODSTAWOWY,
 - 2) ROZSZERZONY,
 - 3) KOMPLEKSOWY.
4. Każdy z wariantów wskazanych w ust. 3 może funkcjonować w ramach Pakietu Indywidualnego, Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego.
5. Szczegółowy zakres Świadczeń Zdrowotnych dostępny dla każdego z wariantów określa Załącznik nr 1 wykaz Świadczeń Zdrowotnych.
6. Compensa pokrywa koszty Świadczeń Zdrowotnych udzielonych przez Partnera Medycznego, wskazanych w wybranym wariantcie ubezpieczenia.

§ 4. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność COMPENSY nie obejmuje:
 - 1) diagnozowania i leczenia niepłodności oraz zaburzeń płodności,
 - 2) zabiegów i leczenia związanego ze zmianą płci, w tym możliwych konsekwencji takiej zmiany,
 - 3) leczenia stomatologicznego, protetycznego, ortodontycznego, chirurgii szczękowej,
 - 4) leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
 - 5) zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
 - 6) leczenia Chorób lub zaburzeń psychicznych, łącznie z ich następstwami,
 - 7) leczenia uzależnienia od alkoholu oraz jego następstw oraz następstw Pozostawiania 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, wojkowego 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 pozostawiania 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 spożyciem 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 Alzheimera,
 - 18) leczenia zakażenia HIV, AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - 19) leczenia udzielanego w sytuacji zagrożenia życia, wymagającego działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzącego w zakres pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetkę reanimacyjną, karetkę wypadkową),
 - 20) leczenia, które nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia,
 - 21) Świadczeń Zdrowotnych w celu wystawiania zaświadczeń i orzeczeń lekarskich
2. COMPENSA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nie jest i nie będzie zobowiązane świadczyć ochrony, nie jest i nie będzie zobowiązane do zapłaty jakiegokolwiek roszczenia, nie wypłaci ani nie zapewni jakiegokolwiek świadczenia, z jakiegokolwiek tytułu lub podstawy, w zakresie, w jakim ich zapewnienie lub dostarczenie naraziłoby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group na jakiegokolwiek sankcje, zakazy, ograniczenia lub inne konsekwencje wynikające lub związane odpowiednio z rezolucjami Organizacji Narodów Zjednoczonych lub regulacjami sankcyjnymi (w tym w szczególności handlowymi, gospodarczymi lub finansowymi), embargami handlowymi lub innymi mającymi charakter sankcji ekonomicznych, wynikających z przepisów prawa Unii Europejskiej, Polski, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów, a także regulacji wydanych przez inne organizacje międzynarodowe, w zakresie w jakim ma lub będzie mieć to zastosowanie do przedmiotu umowy i przy uwzględnieniu szczególnych przepisów krajowych mających zastosowanie do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group.

§ 5. Realizacja świadczeń zdrowotnych w placówkach Partnera Medycznego

1. Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych objętych umową ubezpieczenia w dowolnej placówce Partnera Medycznego.
2. W celu umówienia Świadczeń Zdrowotnych, o których mowa w Załączniku nr 1 wykaz Świadczeń Zdrowotnych, Ubezpieczony może kontaktować się:
 - 1) bezpośrednio z Infolinią
 - 2) bezpośrednio z Placówką Partnera Medycznego
3. Przed udzieleniem Świadczenia Zdrowotnego Ubezpieczony zobowiązany jest okazać dokument tożsamości opatrzone zdjęciem (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna). W przypadku dzieci nieposiadających dokumentu określającego tożsamość, niezbędne jest okazanie dokumentu tożsamości rodzica lub innego opiekuna prawnego dziecka.
4. Koszty świadczeń zdrowotnych rozliczane są bezpośrednio pomiędzy COMPENSA a Partnerem Medycznym.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje konsultacji profesorskich oraz konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego, tytułem naukowym profesora lub lekarzy będących na stanowisku docenta.
6. Badania laboratoryjne, diagnostyczne, Świadczenie Zdrowotne z zakresu rehabilitacji oraz konsultacje lekarskie dla Ubezpieczonych do 18 r.ż., dla których w tabeli z zakresem określony jest wymóg posiadania skierowania, realizowane są na podstawie skierowania wystawionego przez Lekarza Partnera Medycznego.

§ 6. Realizacja świadczeń zdrowotnych w placówkach spoza sieci partnera medycznego (refundacja)

1. W przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej w placówkach medycznych spoza sieci placówek Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć koszty udzielonych świadczeń bezpośrednio w placówce medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce.
2. Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów w wysokości 70% ceny, jaką Ubezpieczony opłacił w placówce medycznej za wykonane świadczenie zdrowotne zgodnie z cennikiem tej placówki, z zachowaniem limitu refundacji wynoszącego 500 zł na wszystkie świadczenia zrefundowane w danym kwartale, liczonym jako kolejne trzy miesiące okresu ubezpieczenia.
3. Świadczenie zdrowotne, które zostało zrefundowane, zaliczane jest do limitu refundacji w danym kwartale na podstawie daty jego wykonania.
4. Jeżeli wartość faktur dołączonych do wniosku o refundację przekracza wysokość dostępnego w danym kwartale limitu refundacji, zwrot dokonywany jest maksymalnie do wysokości pozostałego w tym kwartale limitu refundacji. Koszt wykonanych Świadczeń zdrowotnych nie może być zaliczony na poczet przyszłych limitów refundacji z przyszłych kwartałów. Limit refundacji niewykorzystany w danym kwartale nie przechodzi na następny kwartał.
5. Wypłacone odszkodowanie (refundacja) z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższe od kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.

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

- 1) oryginał lub skan oryginału faktury albo rachunku zawierającego następujące dane: imię i nazwisko lub nazwę udzielającego świadczenia medyczne, dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, postawiona diagnoza, zgodnie z międzynarodową statystyczną klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych (kod ICD 10), datę udzielenia świadczenia, koszt udzielenia świadczenia. Faktura albo rachunek za wykonane na rzecz Ubezpieczonego Świadczenia zdrowotne powinna być wystawiona na Ubezpieczonego, a w przypadku Świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz dziecka do 18 roku życia – na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego dziecka oraz zawierać dane Ubezpieczonego dziecka w treści faktury,
- 2) kopię skierowania na badania diagnostyczne, rehabilitację oraz na konsultację lekarskie dla Ubezpieczonych do 18 r.ż., jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z zakresu ubezpieczenia. W przypadku braku ww. kopii skierowania, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być również kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego zawierająca odpowiednią adnotację o wystawieniu ww. skierowania,
- 3) w przypadku refundacji kosztów świadczeń rehabilitacyjnych - kopię dokumentacji medycznej dotyczącej schorzenia będącego powodem zlecenia rehabilitacji,
- 4) kompletny i poprawnie wypełniony wniosek o refundację, którego wzór znajduje się na stronie COMPENSY www.compensa.pl.

§ 7. Składka

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia zależy od:
 - 1) wybranego pakietu i wariantu ubezpieczenia,
 - 2) częstotliwości opłacania składki.
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. Termin płatności, wysokość oraz częstotliwość opłacania składek ubezpieczeniowych za kolejne okresy (w przypadku kontynuacji ubezpieczenia zgodnie z § 10) lub ich rat potwierdzone są w polisie.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek roszczenie o zapłatę składki przysługuje COMPENSIE wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.

§ 8. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego Roku Ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem § 10.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rachunek osoby, która w pierwszym dniu Okresu Ubezpieczenia nie ukończyła 70 lat.
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia na rachunek osób w wieku do 18 lat możliwe jest tylko w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest także na rachunek przynajmniej jednego z rodziców lub opiekunów prawnych takiej osoby w tym samym zakresie, w ramach Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego.
4. Zmiana wariantu ubezpieczenia możliwa jest jeden raz w Roku ubezpieczeniowym – ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego Roku ubezpieczeniowego.
5. Zmiana pakietu ubezpieczenia możliwa jest jeden raz w Roku ubezpieczeniowym – ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego Roku ubezpieczeniowego. Opisany limit zmian nie ma zastosowania w sytuacji objęcia ubezpieczeniem w ramach Pakietu rodzinnego kolejnej osoby bliskiej Ubezpieczonego oraz zmiany pakietu w przypadku zmiany sytuacji rodzinnej Ubezpieczonego związanej z zawarciem bądź rozwiązaniem związku małżeńskiego, urodzeniem dziecka, zawarciem lub rozwiązaniem związku partnerskiego, śmiercią Ubezpieczonego.
6. Zmiana warunków umowy ubezpieczenia polegająca na zmianie pakietu lub zakresu ubezpieczenia jest możliwa z pierwszym dniem kolejnego Roku Ubezpieczeniowego, o ile wniosek o dokonanie tych zmian zostanie

złożony w COMPENSA najpóźniej na 30 dni przed końcem trwającego Roku Ubezpieczeniowego.

7. W przypadku rezygnacji przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia, ponowne przystąpienie przez tego Ubezpieczonego możliwe jest po upływie 12 miesięcy od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej.
8. Umowa zawierana jest na podstawie wniosku ubezpieczeniowego.
9. COMPENSA może zwrócić się do Ubezpieczającego o dodatkowe informacje, uzależniając zawarcie umowy od ich dostarczenia oraz treści.
10. COMPENSA zastrzega sobie prawo odmówienia zawarcia umowy.
11. COMPENSA potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisa.

§ 9. Początek i koniec odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność COMPENSY rozpoczyna się od dnia określonego w polisie.
2. Pierwszy dzień Okresu Ubezpieczenia przypada na pierwszy dzień kolejnego miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został złożony i zaakceptowany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonych do 20-go dnia bieżącego miesiąca.
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 § 10 ust. 1 OWU,
 - 2) z końcem okresu, o którym mowa w ust. 4 powyżej,
 - 3) dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania.
6. W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych odpowiedzialność COMPENSA wygasa z chwilą:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego, a w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego – w ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpiła śmierć głównego Ubezpieczonego;
 - 2) w ostatnim dniu Roku ubezpieczeniowego po ukończeniu przez Ubezpieczonego / Małżonka /Partnera 70 roku życia,
 - 3) jeżeli Ubezpieczonym jest Dziecko, w ostatnim dniu Roku ubezpieczeniowego po ukończeniu przez Dziecko 26 roku życia.
7. Zakończenie ochrony świadczonej na rzecz głównego Ubezpieczonego skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem w ramach Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego.

§ 10. 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 żądania ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia.

§ 11. Odstąpienie od umowy i rozwiązanie umowy

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, COMPENSA nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym COMPENSA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
3. COMPENSA może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia na drodze pisemnego wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym z przyczyn ważnych, za które uważa się twierdzenie, że Ubezpieczający lub jego przedstawiciel, Ubezpieczony lub jego przedstawiciel umyślnie lub w następstwie rażącego niedbalstwa zataił przed COMPENSA informacje, o które COMPENSA zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia – pod warunkiem, że informacje te miałyby istotny wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa

zajścia zdarzenia.

4. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania, składka ubezpieczeniowa za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej podlega zwrotowi.
5. Wysokość należnej do zwrotu składki ubezpieczeniowej ustala się w kwocie wyliczonej proporcjonalnie do długości niewykorzystanego Okresu Ubezpieczenia.

§ 12. 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. W przypadku opisanym w ust. 1, gdy Ubezpieczający doręczy COMPENSIE, najpóźniej w ostatnim dniu bieżącego Roku Ubezpieczeniowego pisemne oświadczenie o zaniechaniu kontynuacji ubezpieczenia na zaproponowanych warunkach, umowa ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu na następny Rok Ubezpieczeniowy.
3. Nierozłączenie COMPENSIE w terminie wskazanym w ust. 2 oświadczenia o zaniechaniu kontynuacji ubezpieczenia jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na kontynuację umowy ubezpieczenia na kolejny Rok Ubezpieczeniowy na warunkach zaproponowanych przez COMPENSĘ.

§ 13. Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest:
 - 1) podać do wiadomości COMPENSY zgodnie z prawdą i najlepszą wiedzą wszystkie znane sobie okoliczności, o które COMPENSA zapytywała we wniosku i w innych pismach skierowanych do Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 2) zgłaszać zmiany okoliczności, o które COMPENSA zapytywała we wniosku i innych pismach skierowanych do Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 3) do wpłacenia pierwszej składki, przed pierwszym dniem Okresu Ubezpieczenia proponowanym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek wskazany w ust. 1, pkt.1-2 powyżej, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane
3. COMPENSA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust.1 pkt.1-2 oraz ust. 3 powyżej spoczywają także na Ubezpieczonym.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Ubezpieczonemu warunki ubezpieczenia oraz poinformować Ubezpieczonego o prawie żądania od COMPENSY informacji, zgodnie z ust. 6 poniżej.
6. Ubezpieczony może żądać, aby COMPENSA udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego. COMPENSA zobowiązana jest na żądanie Ubezpieczonego, zapewnić mu dostęp do ww. materiałów informacyjnych w formie papierowej, elektronicznej lub w inny uzgodniony z nim sposób.
7. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są informować COMPENSĘ o wszelkich zmianach danych osobowych, o które COMPENSA zapytywała we wniosku.
8. W przypadku zajścia zdarzenia, Ubezpieczający – a także Ubezpieczony, jeżeli wiedzieli o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek – zobowiązani są:
 - 1) umożliwić COMPENSIE lub przedstawicielowi COMPENSY dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności i wysokości roszczeń,
 - 2) niezwłocznie powiadomić policję o zdarzeniu, o ile zaistniały okoliczności wymagające podjęcia czynności dochodzeniowych,
 - 3) postępować zgodnie z zaleceniami Lekarza, udostępnić posiadaną dokumentację lekarską w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa Ubezpieczonego do odszkodowania (świadczenia) oraz wysokości odszkodowania (świadczenia) oraz współpracować z COMPENSĄ oraz jej przedstawicielem w toku postępowania likwidacyjnego,
 - 4) udzielić pisemnej zgody na udzielenie COMPENSIE przez podmioty które udzielały Świadczeń Zdrowotnych Ubezpieczonemu, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka medycznego oraz weryfikacją danych o stanie zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa Ubezpieczonego do odszkodowania (świadczenia) oraz wysokości odszkodowania (świadczenia),



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

§ 14. Obowiązki COMPENSY

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

§ 15. Zasady realizacji i wypłaty odszkodowania (świadczenia)

1. Niniejszy paragraf określa ogólne zasady wypłaty odszkodowania (świadczenia).
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, COMPENSA informuje o tym Ubezpieczającego lub 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. Wszelkie dokumenty dotyczące zaistniałej szkody przedłożone przez Ubezpieczającego podlegają weryfikacji przez COMPENSĘ.
5. W celu ustalenia prawa do odszkodowania (świadczenia) COMPENSA może wystąpić o dodatkową dokumentację medyczną.
6. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego odszkodowania (świadczenia) bezpośrednio od COMPENSY, chyba że strony uzgodniły inaczej, jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem już zaszło.
7. COMPENSA obowiązana jest wypłacić odszkodowanie (świadczenie) w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
8. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności COMPENSY albo wysokości odszkodowania (świadczenia) nie jest możliwe, odszkodowanie (świadczenie) wypłacane jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część odszkodowania (świadczenia) zostanie wypłacona w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
9. Jeżeli w terminach określonych w ust. 7 lub ust. 8 COMPENSA nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie, oraz
 - 2) 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.
10. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, COMPENSA informuje o tym na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) 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.

§ 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. Prawo do wniesienia reklamacji przysługuje:
 - 1) będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu, uprawnionemu z umowy oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z umowy,
 - 2) będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej.
2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce COMPENSY obsługującej klientów.
3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie:
 - a) w postaci papierowej – osobiście w jednostce, o której mowa w ust. 2, albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 366 i 820), albo nadana w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - b) w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej (rekomendowany przez COMPENSĘ jest formularz znajdujący się na stronie www.compensa.pl oraz adres elektroniczny reklamacje@compensa.pl) 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 1045 i 1841), wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy;
 - 2) ustnie – telefonicznie (rekomendowany przez COMPENSĘ nr telefonu 22 501 61 00) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa w ust. 2.
4. Po złożeniu przez klienta reklamacji zgodnie z wymogami, o których mowa w ust. 3, COMPENSA rozpatruje reklamację i udziela klientowi odpowiedzi na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci papierowej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta ustnie.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), odpowiedź jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres klienta 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 – w przypadku, gdy reklamacja została wysłana przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
6. COMPENSA udziela klientowi odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Jeśli COMPENSA z uzasadnionej przyczyny nie może udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, poinformuje osobę wnoszącą reklamację o przyczynach braku możliwości jego dotrzymania, możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi (nowy termin nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji).
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz uprawniony z umowy, będący osobą fizyczną, mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, zwłaszcza w przypadku nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji, niewykonania w terminie czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z oczekiwaniami klienta.
8. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy, będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSĄ można poddać pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje dostępne są na stronie internetowej: <https://rf.gov.pl>).
9. Podmioty nieposiadające prawa do złożenia reklamacji mogą złożyć skargę dotyczącą usług świadczonych przez COMPENSĘ. Do skargi stosuje się ww. postanowienia dotyczące reklamacji.

§ 18. Postanowienia końcowe

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

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

2. COMPENSA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. W przypadku zastrzeżeń co do wykonywania działalności przez COMPENSE, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby COMPENSY) albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
6. Osoba będąca konsumentem może ponadto zwrócić się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumenta.
7. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU jest prawo polskie. W sprawach nie uregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących aktów prawnych obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej.
8. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone przez Zarząd Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 1/02/2026 z dnia 2 lutego 2026 roku.



Anna Włodarczyk-Moczowska
Prezes Zarządu



Damian Andruszkiewicz
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK NR 1 – Wykaz świadczeń zdrowotnych

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	PODSTAWOWY	ROZSZERZONY	KOMPLEKSOWY
Infolinia			
– umawianie terminów konsultacji i badań			
– informacja o zakresie	+	+	+
– informacja o placówkach medycznych			
– umawianie wizyt domowych	-	-	+
Konsultacje lekarskie			
internista	+	+	+
lekarz rodzinny	+	+	+
pediatra	+	+	+
Konsultacje specjalistyczne dla ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. (bez skierowania)			
alergolog	-	+	+
chirurg ogólny	+	+	+
dermatolog	-	-	+
diabetolog	-	+	+
endokrynolog	-	-	+
gastroenterolog	-	-	+
ginekolog	+	+	+
hematolog	-	-	+
kardiolog	-	-	+
laryngolog	+	+	+
nefrolog	-	+	+
neurolog	+	+	+
okulista	+	+	+
onkolog	-	-	+
ortopeda	-	-	+
pulmonolog	-	+	+
proktolog	-	+	+
reumatolog	-	+	+
urolog	+	+	+



Rodzaj świadczenia zdrowotnego	PODSTAWOWY	ROZSZERZONY	KOMPLEKSOWY			
Konsultacje specjalistyczne dla ubezpieczonych poniżej 18 r.ż. (bez skierowania)						
chirurg dziecięcy	+	+	+			
dermatolog dziecięcy	-	-	+			
ginekolog dziecięcy (od 16 r.ż.)	+	+	+			
laryngolog dziecięcy	+	+	+			
neurolog dziecięcy	+	+	+			
okulista dziecięcy	+	+	+			
ortopeda dziecięcy	-	-	+			
Konsultacje specjalistyczne dla ubezpieczonych poniżej 18 r.ż. (wymagają skierowania od Lekarza Partnera Medycznego)						
alergolog dziecięcy	-	-	+			
gastroenterolog dziecięcy	-	-	+			
kardiolog dziecięcy	-	-	+			
nefrolog dziecięcy	-	-	+			
pulmonolog dziecięcy	-	-	+			
reumatolog dziecięcy	-	-	+			
urolog dziecięcy	-	-	+			
E-konsultacje medyczne						
internista / lekarz rodzinny (dla ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.)	+	+	+			
pediatra (dla ubezpieczonych poniżej 18 r.ż.)	+	+	+			
pielęgniarka pediatryczna	+	+	+			
położna	+	+	+			
Konsultacje lekarzy dyżurnych podstawowa pomoc doraźna świadczona w nagłym zachorowaniu lub w urazach wymagających wstępnego zaopatrzenia, które wystąpiły w ciągu max. 24 h przed zgłoszeniem chęci odbycia konsultacji na Infolinii						
internista	+	+	+			
lekarz rodzinny	+	+	+			
pediatra	+	+	+			
chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.)	-	-	+			
ortopeda (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.)	-	-	+			
Wizyty domowe						
wizyty w zakresie interny, pediatrii lub medycyny rodzinnej, realizowane w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, wyłącznie w przypadkach uniemożliwiających przybycie do ambulatoryjnej placówki medycznej z powodu nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia.	-	-	4 wizyty w roku ubezpieczeniowym			
Zabiegi ambulatoryjne z zastrzeżeniem, że istnieje możliwość wykonania poniższych zabiegów w warunkach ambulatoryjnych bez szkody dla pacjenta. Zakres obejmuje następujące materiały i środki medyczne użyte do zabiegów: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antybiotykowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata zgodna z cennikiem Placówek.						
Zabiegi pielęgniarstwa (wykonywane przez pielęgniarkę lub położną) – iniekcja dożylna – iniekcja podskórna / domięśniowa – kroplówka w sytuacji doraźnej – podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej – pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza) – założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały – pobranie krwi – mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza) – pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza) – usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi				+	+	+
Zabiegi ogólnolekarskie – mierzenie RR / ciśnienia – pomiar wzrostu i wagi ciała – usunięcie kleszcza – niechirurgiczne				+	+	+
Zabiegi chirurgiczne – szycie rany do 1,5 cm – usunięcie kleszcza – chirurgiczne – usunięcie kleszcza – niechirurgiczne – założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego) – usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia – usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w Placówkach Partnera Medycznego – usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza Placówkami Partnera Medycznego – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza (z wyłączeniem zdjęcia szwów po porodzie)				+	+	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	PODSTAWOWY	ROZSZERZONY	KOMPLEKSOWY
Zabiegi laryngologiczne – badanie trąbek słuchowych, przedmuchiwanie – katetyzacja trąbki słuchowej – płukanie ucha – usunięcie ciała obcego z nosa / ucha – proste opatrunki laryngologiczne – koagulacja naczyń przegrody nosa – elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa – usunięcie tamponady nosa – zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony – zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona – usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w Placówkach własnych Partnera Medycznego – usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza Placówkami Partnera Medycznego - kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza – donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej – założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym	+	+	+
Zabiegi okulistyczne – standardowe* badanie dna oka – dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) – gonioskopia (ocena kąta przesączania) – usunięcie ciała obcego z oka – badanie ostrości widzenia – standardowe* badanie autorefraktometrem – podanie leku do worka spojówkowego – standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego – standardowe* badanie widzenia przestrzennego – płukanie kanalików łzowych (dot. Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.)	+	+	+
Zabiegi ginekologiczne – pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy	+	+	+
Zabiegi ortopedyczne – dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy – nastawienie zwłknięcia lub złamania – przygotowanie gips tradycyjny – opaska – założenie gipsu – zdjęcie gipsu – kończyna dolna – zdjęcie gipsu – kończyna górna – założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały	-	+	+
Zabiegi dermatologiczne – standardowa* dermatoskopia	-	+	+
Zabiegi alergologiczne – odczulanie wraz z konsultacją alergologa	-	+	+
Znieczulenia do zabiegów ambulatoryjnych – znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchniowe	+	+	+
Szczepienia konsultacja lekarza przed szczepieniem, szczepionka (preparat), wykonanie usługi pielęgniarskiej (iniekcji)			
szczepienie przeciw grypie 1 x w roku ubezpieczeniowym	+	+	+
anatoksyna przeciw tężcowa	-	+	+
szczepienie przeciw WZW A	-	-	+
szczepienie przeciw WZW A i WZW B	-	-	+
szczepienie przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych	-	-	+
szczepienie przeciw różyczce, śwince, odrze	-	-	+
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania realizowany w placówkach wskazanych przez Partnera Medycznego, jeden raz w roku ubezpieczeniowym, dla Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.			
– mocznik – badanie ogólne – morfologia + płytki + rozmaz automatyczny – cholesterol całkowity – glukoza na czczo – standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla Ubezpieczonych od 16 r.ż.)	+	+	+
Badania laboratoryjne i diagnostyczne zlecone przez lekarzy Partnera Medycznego			
Badania hematologiczne i koagulologiczne morfologia + płytki + rozmaz automatyczny, OB / ESR, INR / Czas protrombinowy, APTT	+	+	+
eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi, czas trombinowy – TT, fibrynogen	-	+	+
rozmaz ręczny krwi, płytki krwi, D – Dimery,	-	-	+



Rodzaj świadczenia zdrowotnego	PODSTAWOWY	ROZSZERZONY	KOMPLEKSOWY
Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe transaminaza GPT / ALT, transaminaza GOT / AST, bilirubina całkowita, chlorki / Cl, cholesterol całkowity, test obciążenia glukozą (4 pkt, 75g, 0, 1, 2, 3 h), glukoza na czczo, glukoza 120' po jedzeniu, glukoza 60' po jedzeniu, glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach, glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach, kreatynina, mocznik / azot mocznikowy / BUN, potas / K, sód / Na, żelazo / Fe, żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania), żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania), żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania), żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania), żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania), TSH / hTSH, PSA całkowite	+	+	+
CRP ilościowo, Amylaza, Albuminy, białko całkowite, białko PAPP – a, bilirubina bezpośrednia, HDL Cholesterol, LDL Cholesterol, LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio, CK (kinaza keratynowa), LDH – dehydrogen. mlec., fosfataza zasadowa, fosfataza kwaśna, fosfor / P, GGTP, kwas moczowy, lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG), magnez / Mg, proteinogram, trójglicerydy, wapń / Ca, immunoglobulin IgE (IgE całkowite), immunoglobulin IgA, immunoglobulin IgG, immunoglobulin IgM, kwas foliowy, witamina B12, całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC, ferrytyna, ceruloplazmina, transferrytyna, tyreoglobulina, apolipoproteina A1, lipaza, miedź, T3 Wolne, T4 Wolne, Total Beta-hCG, AFP – alfa-fetoproteina, PSA – wolna frakcja, CEA – antygen carcinoembrionalny,	-	+	+
kortyzol po południu, kortyzol rano, prolaktyna 120' po obciążeniu MCP 1 tabl., prolaktyna 30' po obciążeniu MCP 1 tabl., prolaktyna 60' po obciążeniu MCP 1 tabl., prolaktyna, estradiol, FSH, Total Beta-hCG, LH, Progesteron, Testosteron, testosteron wolny, CA 125, CA 15.3 – antyg. raka sutka, CA 19.9 – antyg. raka przewodu pokarmowego	-	-	+
Badania serologiczne i diagnostyka infekcji serologia kłty podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR, HBs Ag / antygen	+	+	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	PODSTAWOWY	ROZSZERZONY	KOMPLEKSOWY
ASO jakościowo, RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo, odczyn Waaler-Rose, test BTA, grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przegładowe, p/ciała odpornościowe przegładowe / alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh / – /), CMV IgG, CMV IgM, HBs Ab / przeciwciała, HIV I / HIV II, EBV / Mononukleoz – lateks, EBV / Mononukleoz IgG, EBV / Mononukleoz IgM, toksoplazmoza IgG, toksoplazmoza IgM,	-	+	+
p/ciała a-mikrosomalne / Anty TPO, p/ciała a-tyreoglobulinowe / Anty TG, HCV Ab / przeciwciała, Helicobacter Pylori IgG ilościowo, rózyczka IgG, rózyczka IgM, p/ciała p/chlamydia trachomatis IgG, p/ciała p/chlamydia trachomatis IgA, p/ciała p/chlamydia trachomatis IgM, HBc Ab IgM	-	-	+
Badania moczu mocz – badanie ogólne	+	+	+
białko w moczu, białko całkowite / DZM, fosfor w moczu, fosfor w moczu / DZM, kreatynina w moczu, kreatynina w moczu / DZM, kwas moczowy w moczu / DZM, kwas moczowy w moczu, magnez / Mg w moczu, magnez / Mg w moczu DZM, mocznik / azot mocznikowy / BUN / w moczu DZM, mocznik / azot mocznikowy / BUN w moczu, sód / Na w moczu, sód / Na w moczu / DZM, wapń w moczu, wapń w moczu / DZM, potas / K w moczu. potas / K w moczu / DZM, ołów / Pb w moczu	-	+	+
kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu, kwas delta – aminolewulinowy (ALA), kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM, kortyzol w DZM, metoksykatecholaminy w DZM	-	-	+
Badania bakteriologiczne (z wyłączeniem badań wykonywanych technikami biologii molekularnej) posiew moczu, kał posiew ogólny	+	+	+
wymaz z gardła / migdałków – posiew tlenowy, wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy, wymaz z języka – posiew tlenowy, wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy, wymaz z nosogardła – posiew tlenowy, wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS, wymaz z pochwy – posiew beztlenowy, wymaz z pochwy – posiew tlenowy, posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy, kał posiew w kierunku SS, czystość pochwy (biocenoza pochwy), wymaz z kanału szyjki macicy, wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy, posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy,	-	+	+
wymaz z ucha – posiew beztlenowy, wymaz z ucha – posiew tlenowy, wymaz z oka – posiew tlenowy, wymaz z nosa, wymaz z nosa – posiew tlenowy, wymaz z rany, wymaz z rany – posiew beztlenowy, posiew nasienia tlenowy, posiew plwociny, kał posiew w kier. E. Coli patogenne u dzieci do lat 2, kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica, wymaz z cewki moczowej, wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy	-	-	+



Rodzaj świadczenia zdrowotnego	PODSTAWOWY	ROZSZERZONY	KOMPLEKSOWY
Badania kału			
kał badanie ogólne	+	+	+
krw utajona w kale / F.O.B.,	-	+	+
kał na pasożyty 1 próba, kał na Rota i Adenowirusy, kał na Lamblię ELISA	-	-	+
Badania cytologiczne			
standardowa* cytologia szyjki macicy	+	+	+
Badania mykologiczne (z wyłączeniem badań wykonywanych technikami biologii molekularnej)			
kał posiew w kierunku grzybów drożdż., posiew moczu w kierunku grzybów drożdż., wymaz z gardła / migdałków – posiew w kierunku grzybów drożdż., wymaz z kanału szyjki macicy – posiew w kierunku grzybów drożdż., wymaz z nosogardła – posiew w kierunku grzybów drożdż., wymaz z pochwy – posiew w kierunku grzybów drożdż., wymaz z jamy ustnej – posiew w kierunku grzybów drożdż., wymaz z języka – posiew w kierunku grzybów drożdż.	-	+	+
badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokcie stopy / paznokcie ręki / włosy / wymaz ze skóry / zeszkrobiny skórne, posiew w kierunku grzybów drożdż.: kał / mocz / płwociny / treść ropnia / wydzielnina / wymaz / wymaz z cewki moczowej / wymaz z gardła / migdałków / wymaz z kanału szyjki macicy / wymaz z nosa / wymaz z nosogardła / wymaz z oka / wymaz z pochwy / wymaz z rany / wymaz z ucha / wymaz z jamy ustnej / wymaz z języka	-	-	+
Badania toksykologiczne			
digoksyna, ołów	-	-	+
Szybkie testy paskowe			
cholesterol badanie paskowe, glukoza badanie glukometrem, troponina – badanie paskowe	+	+	+
CRP – test paskowy	-	+	+
Diagnostyka obrazowa			
Badania elektrokardiograficzne			
badanie EKG – spoczynkowe	+	+	+
standardowa* próba wysiłkowa,	-	+	+
założenie standardowego* Holtera EKG (na 24h) w gabinecie, założenie Holtera RR (na 24h) w gabinecie	-	-	+
Badania rentgenowskie			
RTG czaszki oczodoły, RTG oczodoły + boczne (2 projekcje), RTG czaszki PA + bok, RTG jamy brzusznej na stojąco, RTG klatki piersiowej, RTG żeber (1 strona) w 2 skosach, RTG mostka AP, RTG mostka / boczne klatki piersiowej	+	+	+
RTG czaszki podstawa / półosiowe wg Orleya / siodło tureckie / styczne / kanały nerwów czaszkowych, RTG twarzoczaszki, RTG jamy brzusznej na leżąco / na stojąco / inne, RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy, RTG kości krzyżowej i guzicznej, RTG nosa boczne, RTG podudzia (goleni) AP + bok, RTG uda + podudzia, RTG kości udowej AP + bok , RTG barku / ramienia – osiowe / AP / AP + bok, RTG przedramienia AP + bok, RTG łokcia / przedramienia AP + bok, RTG kości skroniowych transorbitalne, RTG kości skroniowych wg Schullera / Steversa, RTG piramid kości skroniowej transorbitalne, RTG ręki bok / PA, RTG palec / palce PA + bok / skos, RTG kości łódeczkowatej, RTG stopy AP + bok / skos, RTG stopy AP + bok / skos – na stojąco / stóp porównawczo, RTG kości śródstopia, RTG palca / palców stopy AP + bok / skos, RTG pięty + osiowe / boczna, RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok / AP + bok + skos / bok, RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy / AP + bok, RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego, RTG kręgosłupa piersiowego, RTG kręgosłupa szyjnego, RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego, RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza), RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza), RTG łopatk,	-	+	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	PODSTAWOWY	ROZSZERZONY	KOMPLEKSOWY
RTG miednicy i stawów biodrowych, RTG żuchwy, RTG zatok przynosowych, RTG nadgarstka boczne / PA, RTG ręki PA + skos, RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos, RTG rzepki osiowe, RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA / skosy, RTG stawu biodrowego AP / osiowe, RTG stawu kolanowego AP + bok / boczne, RTG stawu łokciowego, RTG stawu skokowo-goleniowego, RTG nosogardła, RTG barku (przez klatkę), RTG obojczyka RTG barku (przez klatkę), RTG obojczyka	-	+	+
RTG klatki piersiowej – RTG tomograf, RTG czynnościowe stawów skroniowo żuchwowych, Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi),	-	-	+
Badania ultrasonograficzne (prezentacja 2D) USG jamy brzusznej	+	+	+
USG piersi, USG tarczycy, USG prostaty przez powłoki brzuszne, USG ginekologiczne transwaginalne, USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne,	-	+	+
USG układu moczowego, USG narządów moczny (jąder), USG ślinianek, USG transrektalne prostaty, USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych, USG / doppler tętnic kończyn dolnych / kończyn górnych, USG / doppler żył kończyn dolnych / kończyn górnych, USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych, USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego), USG / doppler tętnic nerkowych, USG / doppler tętnic wewnątrzczaszkowych, USG stawów biodrowych dzieci, USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 roku życia), USG stawu biodrowego / kolanowego / łokciowego / skokowego / barkowego, USG tkanki podskórnej, USG krwiaka pourazowego mięśni, USG węzłów chłonnych, USG nadgarstka, USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów, USG śródstopia, USG rozciągnięcia podszewowego, USG stawów śródreżca i palców, USG ścięgna Achillesa, USG układu moczowego + TRUS, USG przeciemięczkowe, Echokardiografia – USG serca	-	-	+
Badania endoskopowe anoskopia,	-	+	+
gastroskopia (z testem ureazowym), rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia, badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej	-	-	+
Rezonans magnetyczny (MR) wraz ze standardowymi* środkami kontrastowymi (prezentacja 2D) MR głowy,	-	+	+



Rodzaj świadczenia zdrowotnego	PODSTAWOWY	ROZSZERZONY	KOMPLEKSOWY
MR angio głowy, MR głowy+ angio, MR głowy i przysadki mózgowej, MR twarzoczaszki, MR jamy brzusznej, MR miednicy mniejszej, MR miednicy kostnej, MR jamy brzusznej i miednicy mniejszej, MR klatki piersiowej, MR kręgosłupa lędźwiowego, MR kręgosłupa piersiowego, MR kręgosłupa szyjnego, MR oczodołów, MR zatok, MR przysadki, MR stawu barkowego, MR stawu łokciowego, MR stawu kolanowego, MR nadgarstka, MR stawu skokowego, MR stawu biodrowego, MR stawów krzyżowo-biodrowych, MR stopy, MR podudzia, MR uda, MR przedramienia, MR ramienia, MR ręki	-	-	+
Tomografia komputerowa (TK) wraz ze standardowymi* środkami kontrastowymi (prezentacja 2D) TK głowy,	-	+	+
TK twarzoczaszki, TK przysadki mózgowej, TK zatok, TK oczodołów, TK kości skroniowych, TK szyi, TK krtani, TK klatki piersiowej, TK klatki piersiowej niskodawkowa, TK klatki piersiowej (HRCT), TK jamy brzusznej, TK jamy brzusznej Trójfazowa, TK miednicy mniejszej, TK miednicy kostnej, TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej, TK klatki piersiowej i jamy brzusznej, TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej, TK szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej, TK kręgosłupa szyjnego / piersiowego / lędźwiowego / krzyżowego, TK stawu biodrowego / kolanowego / skokowego / nadgarstka / barkowego / łokciowego TK stopy, TK uda, TK podudzia, TK ramienia, TK przedramienia, TK ręki	-	-	+
Inne badania diagnostyczne spirometria bez leku, audiometr standardowy*	+	+	+
mammografia, mammografia – zdjęcie celowane,	-	+	+
spirometria – próba rozkurczowa densytometria kręgosłup lędźwiowy (ocena kości beleczkowej) – screening, densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening, badanie uroflowmetryczne, komputerowe pole widzenia, badanie adaptacji do ciemności, pachymetria, EEG standardowe* w czuwaniu	-	-	+
Testy alergiczne skórne – testy wykonywane metodą nakłuć wraz z preparatem do testów alergicznych			
testy alergiczne skórne 1 punkt, testy alergiczne skórne panel pokarmowy, testy alergiczne skórne panel wziewny	-	+	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	PODSTAWOWY	ROZSZERZONY	KOMPLEKSOWY
Prowadzenie ciąży prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez Lekarza Partnera Medycznego. Realizacja badań na podstawie okazania karty przebiegu ciąży wydanej Ubezpieczonej przez Lekarza Partnera Medycznego. Zakres nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania USG obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego.			
konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży, glukoza na czczo, glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie, glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach, grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe, estriol wolny, HBs Ab / przeciwciała, HBs Ag / antygen, HCV Ab / przeciwciała, HIV I / HIV II, mocz – badanie ogólne, morfologia + płytki + rozmaz automatyczny, p/ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh / - /), różyczka IgG, różyczka IgM, serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP), standardowa* cytologia szyjki macicy, toksoplazmoza IgG, toksoplazmoza IgM, total Beta-hCG, wymaz z odbytu i pochwy w kierunku GBS, posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy, posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy, USG ciąży, USG ciąży transwaginalne, USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, USG ginekologiczne transwaginalne	-	-	+
Rehabilitacja z limitem 20 zabiegów fizyoterapeutycznych, 10 zabiegów kinezyterapeutycznych (w tym masaż leczniczy) oraz 3 zabiegów rehabilitacji neurokinezyjologicznej lub wad postawy w Roku Ubezpieczeniowym. Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane są na podstawie skierowania od fizjoterapeuty lub Lekarza Partnera Medycznego w wyznaczonych placówkach i przysługują wyłącznie dla Ubezpieczonych: <ul style="list-style-type: none"> - po urazach ortopedycznych; - cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów; - cierpiących z powodu chorób zawodowych związanych z narządem ruchu (potwierdzonych odpowiednim orzeczeniem); - cierpiących z powodu neurologicznych zespołów bólowych. - z zaburzeniami napięcia mięśniowego (dot. rehabilitacji neurokinezyjologicznej dla dzieci do 18 r.ż.) - z wadami postawy (dot. rehabilitacji wad postawy dla dzieci do 18 r.ż.) 			
Nielimitowane konsultacje fizjoterapeuty	-	-	+
Fizykoterapia <ul style="list-style-type: none"> - Galwanizacja - Jonoforeza - Fonoforeza - Krioterapia miejscowa - Laser nieskenergetyczny - Pole magnetyczne - Prądy DD - Prądy interferencyjne - Prądy TENS - Ultradźwięki - prądy Traebeta 	-	-	+
Kinezyterapia <ul style="list-style-type: none"> - Ćwiczenia instruktażowe - Ćwiczenia usprawniające - terapia indywidualna - wyciąg tradycyjny 			
Rehabilitacja neurokinezyjologiczna lub wad postawy <ul style="list-style-type: none"> - terapia miorelaksacyjna - masaż leczniczy kręgosłupa - terapia indywidualna wg metod neurokinezyjologicznych / neurofizjologicznych dzieci - kinezyterapia – ćw. usprawniające wady postawy dzieci 			
Refundacja częściowy zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego za świadczenia objęte zakresem ubezpieczenia, zrealizowane w placówce medycznej innej niż placówki Partnera Medycznego. Zwrot w wysokości 70% ceny jednostkowej świadczenia ambulatoryjnego do wysokości limitu refundacji wynoszącego 500 zł kwartalnie na Ubezpieczonego	+	+	+
10% zniżki na pozostałe Świadczenia zdrowotne nieobjęte zakresem ubezpieczenia zrealizowane w placówkach LUX MED, Medycyna Rodzinna oraz PROFEMED (z wyłączeniem świadczeń z zakresu stomatologii)	+	+	+

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP