

Grupowe ubezpieczenie Compensa Zdrowie

Grupowe ubezpieczenie 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.

Grupowe ubezpieczenie Compensa Zdrowie dedykowane jest dla małych i średnich przedsiębiorstw (firm zatrudniających od 3 do 50 pracowników). Do wyboru jest 5 wariantów ubezpieczenia:

- Opal
- Agat
- Turkus
- Szafir
- Szmaragd

Ochroną ubezpieczeniową może być objęty zarówno Pracownik, jak i członkowie jego rodziny (współmałżonek / partner oraz dzieci).

Świadczenia medyczne w ramach ubezpieczenia można zrealizować w placówkach należących do sieci Grupy LUX MED – 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 przesyłać 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



testy alergiczne



interwencja karetki



wyjazdowa opieka pielęgniarska



transport medyczny



druga opinia medyczna



Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia Compensa Zdrowie

Spis treści

Postanowienia ogólne	6
Definicje	6
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	6
Wyłączenia odpowiedzialności	6
Realizacja Świadczeń zdrowotnych w placówkach Partnera Medycznego	7
Realizacja Świadczeń zdrowotnych w placówkach spoza sieci Partnera Medycznego (refundacja)	7
Składka	7
Zawarcie umowy	7
Przystąpienie do umowy ubezpieczenia	8
Początek i koniec odpowiedzialności	8
Przedłużenie umowy ubezpieczenia	8
Odstąpienie od umowy i wypowiedzenie umowy	8
Zmiana warunków ubezpieczenia przez COMPENSA	9
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	9
Zasady realizacji i wypłaty odszkodowania (świadczenia)	9
Roszczenia regresowe w związku z ubezpieczeniami majątkowymi	9
Reklamacje i Skargi	10
Postanowienia końcowe	10
Załącznik nr 1 – Wykaz świadczeń zdrowotnych	11



Informacje o istotnych postanowieniach do Ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Zdrowie

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 pkt 1, 5, 8, 23 § 3 § 5 ust. 1 - 4 § 6 Załącznik nr 1 do OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności COMPENSY uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 § 5 ust. 5 § 10 § 14 ust. 3

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia Compensa Zdrowie („OWU”), Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, zwane dalej „Compensa”, zawiera umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Zdrowie zwane dalej „umowami ubezpieczenia” z podmiotami, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”, na rachunek Ubezpieczonych.

§ 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) **GŁÓWNY UBEZPIECZONY** - Ubezpieczony będący Pracownikiem Ubezpieczającego, przystępujący do ubezpieczenia w ramach Pakietu Indywidualnego albo Pakietu Partnerskiego albo Pakietu Rodzinnego, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończył 70 lat.
- 4) **INFOLINIA** – infolinia medyczna służąca umawianiu świadczeń medycznych w placówkach własnych LUX MED., Numer telefonu Infolinii jest wskazany na stronie internetowej <https://www.compensa.pl/ubezpieczenie/dla-firmy-compensa-zdrowie/>
- 5) **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.
- 6) **LEKARZ** – lekarz medycyny posiadający aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu w Polsce, wykonujący zawód w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień, zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
- 7) **MAŁŻONEK** – osoba, która pozostaje z Głównym 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.
- 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 Główny Ubezpieczony, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończył 70 lat.
- 10) **PAKIET PARTNERSKI** – forma ubezpieczenia, w ramach której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony wraz z Małżonkiem albo Partnerem lub Główny 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 Główny Ubezpieczony wraz z Małżonkiem i Dziećmi 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 niespowinowacona z Głównym Ubezpieczonym, z którą Główny 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) **POLISA** - dokument wystawiony przez COMPENSE, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 15) **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.
- 16) **PRACOWNIK** - osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub osoba fizyczna

pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku prawnym na podstawie umowy cywilnoprawnej, w szczególności umowy zlecenia lub umowy o dzieło.

- 17) **ROZCZNIKA POLISY** – każda kolejna rocznica określonej w polisie daty początku okresu ubezpieczenia.
- 18) **ROK UBEZPIECZENIOWY** – okres trwający 12 miesięcy, liczony od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia ustalonego zgodnie z § 10 ust. 2 OWU do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy.
- 19) **SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA** – kwota należna COMPENSIE od Ubezpieczającego za udzielaną ochronę ubezpieczeniową.
- 20) **SZPITAL** – działający zgodnie z 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.
- 21) **UBEZPIECZAJĄCY** – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia, który jest zobowiązany do opłacenia Składki ubezpieczeniowej.
- 22) **UBEZPIECZONY** – osoba fizyczna, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia.
- 23) **ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE** – konieczna z medycznego punktu widzenia procedura medyczna, udzielona Ubezpieczonemu w związku z:
 - a) diagnozowaniem i leczeniem Choroby,
 - b) prowadzeniem ciąży,
 - c) leczeniem następstw Nieszczęśliwego Wypadku.
- 24) **WIEK** – różnica między rokiem bieżącym a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Zdrowotnych udzielonych Ubezpieczonemu w związku z Leczeniem Ambulatoryjnym Chorób i następstw Nieszczęśliwych wypadków, jak również w związku z ciążą, określonych w Załączniku nr 1 do OWU.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wariantach:
 - 1) OPAL,
 - 2) AGAT,
 - 3) TURKUS,
 - 4) SZAFIR,
 - 5) SZMARAGD.
4. W ramach każdego ze wskazanych w ust. 3 wariantów mogą funkcjonować Pakiety Indywidualne, Pakiety Partnerskie i Pakiety Rodzinne.
5. Szczegółowy zakres Świadczeń Zdrowotnych dostępny dla każdego z wariantów określa Załącznik nr 1 do OWU.
6. Compensa pokrywa koszty Świadczeń Zdrowotnych 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 ujętych w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (z późn. zm.),
 - 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 spożyciem substancji uznanych za nielegalne lub samowolnym przekroczeniem dawek leków powszechnie stosowanych w lecznictwie,
 - 15) stosowania naukowo nie uznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do stosowania w Polsce oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych oraz następstw tychże działań,
 - 16) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego,
 - 17) leczenia choroby Alzheimera,
 - 18) leczenia zakażenia HIV, AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - 19) leczenia udzielanego w sytuacji zagrożenia życia, wymagającego działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzącego w zakres pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetkę reanimacyjną, karetkę wypadkową),
 - 20) leczenia, które nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia,
 - 21) Świadczeń Zdrowotnych w celu wystawiania zaświadczeń i orzeczeń lekarskich,
 - 22) konsultacji profesorskich oraz konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego, tytułem naukowym profesora lub lekarzy będących na stanowisku docenta.
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 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. Badania laboratoryjne, diagnostyczne, Świadczenie Zdrowotne z zakresu rehabilitacji oraz konsultacje lekarskie, dla których w tabeli z zakresem w Załączniku nr 1 do OWU 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 określonej w wykazie Świadczeń Zdrowotnych zawartym w Załączniku nr 1 do OWU, z zachowaniem limitu refundacji określonym na wszystkie świadczenia zrefundowane w danym kwartale, liczonemu 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, którego wzór znajduje się na stronie internetowej www.compensa.pl, 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 konsultacje lekarskie, 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.

§ 7. Składka

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia zależy od:
 - 1) wybranego pakietu i wariantu ubezpieczenia,
 - 2) stosunku liczby Pracowników zatrudnionych w danej grupie do liczby Pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia.
2. Wysokość Składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia za pojedynczego Ubezpieczonego w każdym z wariantów i pakietów potwierdzona jest w Polisie. Całkowita Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu umowy ubezpieczenia jest sumą wysokości składek należnych za wszystkich Ubezpieczonych.
3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia lub jej pierwsza rata opłacana jest przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
4. Kolejne raty Składki ubezpieczeniowej płatne są miesięcznie, zgodnie z terminami określonymi w Polisie.
5. Składka ubezpieczeniowa płatna jest łącznie, w formie jednego przelewu, za wszystkich Ubezpieczonych.
6. Jeżeli zapłata Składki ubezpieczeniowej lub jej raty dokonywana jest w formie przelewu bankowego, Składkę ubezpieczeniową lub jej ratę uznaje się za zapłaconą z chwilą wpływu na rachunek COMPENSY w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 8. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego Roku Ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem § 11.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 podstawą zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Zdrowie jest prawidłowo wypełniony i podpisany przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie takiej umowy.
3. Do wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego należy dołączyć:
 - 1) prawidłowo wypełnione deklaracje przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Zdrowie,

- 2) wykaz osób przystępujących do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Zdrowie.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 2 i 3, należy dostarczyć do COMPENSY najpóźniej do 20 dnia miesiąca poprzedzającego proponowany początek ochrony ubezpieczeniowej.
5. Niezależnie od dokumentów wskazanych w ust. 2 i 3, COMPENSA zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Ubezpieczającego oraz do Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji koniecznych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Jeżeli dokumenty, o których mowa w ust. 2 i 3, zostały sporządzone nieprawidłowo lub nie dopełniono czynności określonych w ust. 2 i 3 lub nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 5 powyżej, COMPENSA niezwłocznie zwróci się do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie lub sporządzenie nowych w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma COMPENSY w tej sprawie. Do czasu uzupełnienia dokumentów lub sporządzenia nowych umowa ubezpieczenia nie może zostać zawarta. Po upływie ww. terminu, jeżeli dokumentacja nie jest kompletna, przyjmuje się, że Ubezpieczający wycofał wniosek o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia Compensa Zdrowie.
7. COMPENSA zastrzega sobie prawo odmówienia zawarcia umowy ubezpieczenia lub uzależnienia jej zawarcia od wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień szczególnych.
8. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie, o którym mowa w niniejszym paragrafie, jeżeli do umowy ubezpieczenia przystąpi liczba osób wskazana w ofercie przez COMPENSĘ.
9. Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 8, to umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą COMPENSY i na szczególnych warunkach zaproponowanych przez COMPENSĘ.
10. Zawarcie umowy ubezpieczenia COMPENSA potwierdza Polisa.
11. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem wystawienia Polisy, którą uznaje się także za przejaw oświadczenia woli zawarcia umowy przez COMPENSĘ.
12. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy ubezpieczenia na piśmie, lub, jeżeli osoba ta wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, jak również poinformować Ubezpieczonego o prawie żądania od Towarzystwa informacji, zgodnie z zapisami § 17;
 - 2) Ubezpieczony może żądać, aby COMPENSA udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego; COMPENSA zobowiązana jest na żądanie Ubezpieczonego zapewnić mu dostęp do ww. materiałów informacyjnych w formie papierowej, elektronicznej lub w inny uzgodniony z nim sposób;
 - 3) Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należytego świadczenia bezpośrednio od COMPENSY, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem już zaszło;
 - 4) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność COMPENSY może ona podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
8. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia, ponowne przystąpienie przez tego Ubezpieczonego możliwe jest po upływie 12 miesięcy od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej.
9. W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać pisemnie COMPENSĄ najpóźniej do 20 dnia każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy ubezpieczenia:
 - 1) listę osób przystępujących do ubezpieczenia począwszy od kolejnego miesiąca wraz z ich deklaracjami, z zachowaniem postanowień § 8 ust. 3 pkt 1) i 2) OWU;
 - 2) listę osób występujących z ubezpieczenia od początku kolejnego miesiąca.

§ 10. Początek i koniec odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność COMPENSY rozpoczyna się od dnia określonego w polisie, nie wcześniej niż następnego dnia po zapłacie Składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty.
2. Pierwszy dzień Okresu Ubezpieczenia przypada najwcześniej na pierwszy dzień kolejnego miesiąca kalendarzowego po wystawieniu Polisy.
3. W przypadku osób, które przystępują do umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania, za dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się pierwszy dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający zgłosił do ubezpieczenia nowe osoby w postaci aktualizacji imiennej listy Ubezpieczonych przekazanej do COMPENSY wraz ze wszystkimi wymaganymi na podstawie OWU dokumentami.
4. 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 przypadła nie zapłacona składka ubezpieczeniowa.
5. 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.
6. Odpowiedzialność COMPENSY kończy się:
 - 1) z upływem Okresu Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 11 ust. 1 oraz § 13 ust. 2.
 - 2) z końcem okresu, o którym mowa w ust. 5 powyżej,
 - 3) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania.
7. 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 miesiąca, w którym Ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w wykazie osób występujących, o którym mowa w § 9 ust. 9; wystąpienie z umowy ubezpieczenia Głównego Ubezpieczonego skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem w ramach Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego;
 - 3) ustania statusu Pracownika Głównego Ubezpieczonego pod warunkiem, że Ubezpieczający poinformuje o tym fakcie COMPENSĘ zgodnie z terminem określonym w § 9 ust. 9;
 - 4) w ostatnim dniu Roku ubezpieczeniowego po ukończeniu przez Ubezpieczonego / Małżonka /Partnera 70 roku życia;
 - 5) jeżeli Ubezpieczonym jest Dziecko, w ostatnim dniu Roku ubezpieczeniowego po ukończeniu przez Dziecko 26 roku życia.
8. 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.

§ 11. 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.

§ 12. Odstąpienie od umowy i wypowiedzenie umowy

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie

§ 9. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia

1. Pracownik może przystąpić do umowy ubezpieczenia od pierwszego dnia umowy ubezpieczenia, w ciągu 3 miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia lub począwszy od kolejnego Roku ubezpieczeniowego pod warunkiem, że spełnia warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez COMPENSĄ oraz ustalone w umowie ubezpieczenia.
2. Osoba będąca nowym Pracownikiem Ubezpieczającego, może przystąpić do umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od uzyskania statusu Pracownika lub począwszy od kolejnego Roku ubezpieczeniowego.
3. Małżonek, Partner oraz Dziecko Głównego Ubezpieczonego może zostać objęty ubezpieczeniem pod warunkiem ubezpieczenia Pracownika.
4. Małżonek, Partner oraz Dziecko Głównego Ubezpieczonego mogą przystąpić do ubezpieczenia łącznie z Głównym Ubezpieczonym lub począwszy od pierwszego dnia kolejnego Roku ubezpieczeniowego.
5. Zmiana wariantu ubezpieczenia możliwa jest jeden raz w Roku ubezpieczeniowym – ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego Roku ubezpieczeniowego.
6. Zmiana pakietu ubezpieczenia możliwa jest jeden raz w Roku ubezpieczeniowym – ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego Roku ubezpieczeniowego. Opisany limit nie ma zastosowania w sytuacji objęcia ubezpieczeniem w ramach Pakietu rodzinnego kolejnej osoby bliskiej Pracownika oraz zmiany pakietu w przypadku zmiany sytuacji rodzinnej Ubezpieczonego Pracownika związanej z zawarciem bądź rozwiązaniem związku małżeńskiego, urodzeniem dziecka, zawarciem lub rozwiązaniem związku partnerskiego, śmiercią Ubezpieczonego.
7. Zmiana Pakietu z Rodzinnego na Partnerski, Rodzinnego na Indywidualny lub Partnerskiego na Indywidualny może nastąpić po 12 miesiącach od daty przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach danego pakietu, z zastrzeżeniem ust. 6.



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 ważnej przyczyny, za którą uznaje się fakt, 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, o ile 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. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
7. Dla oświadczenia o odstąpieniu lub o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności.

§ 13. 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. 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.

§ 14. Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są:
 - 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 w 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. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest informować COMPENSĘ o wszystkich zmianach danych, o które COMPENSA zapytywała na etapie przygotowywania oferty, we wniosku i deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, a w szczególności:
 - 1) o zmianach przedmiotu działalności Ubezpieczającego,
 - 2) o zmianach danych adresowych Ubezpieczającego,
 - 3) o wszelkich zmianach danych osobowych Ubezpieczonych, o które COMPENSA zapytywała we wniosku lub deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
5. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Ubezpieczający, jak i Ubezpieczony, jest zobowiązany:
 - 1) stosować się do zaleceń COMPENSY oraz przedstawiciela COMPENSY udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw,

- 2) na żądanie COMPENSY lub przedstawiciela COMPENSY przedłożyć posiadane dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz fakt poniesienia z tego tytułu wydatków,
- 3) do podporządkowania się i wypełniania wszelkich wskazań zaleconych przez lekarzy w toku podjętego Leczenia,
- 4) uzyskać dokumentację lekarską oraz inne dokumenty związane z zajściem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
- 5) wyrazić zgodę na występowanie przez COMPENSĘ do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych, o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje również zgodę na udostępnienie COMPENSIE przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej,
- 6) na żądanie COMPENSY i na koszt COMPENSY, poddać się badaniom u wyznaczonego przez COMPENSĘ lekarza w celu ustalenia prawa do odszkodowania lub świadczenia lub wysokości odszkodowania lub świadczenia.

§ 15. Zasady realizacji i wypłaty odszkodowania (świadczenia)

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, COMPENSA informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności COMPENSY lub wysokości odszkodowania (świadczenia), jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy.
3. Wszelkie dokumenty dotyczące zaistniałej szkody przedłożone przez Ubezpieczającego podlegają weryfikacji przez COMPENSĘ.
4. W celu ustalenia prawa do odszkodowania (świadczenia) COMPENSA może wystąpić o dodatkową dokumentację medyczną.
5. 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.
6. COMPENSA obowiązana jest wypłacić odszkodowanie (świadczenie) w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
7. 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.
8. Jeżeli w terminach określonych w ust. 6 lub ust. 7 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.
9. 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 COMPENSA.

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 sprawy 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 oczekiwaniem 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 COMPENSĘ, 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. 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-Moczkowska
Prezes Zarządu



Damian Andruszkiewicz
Członek Zarządu



Załącznik nr 1 – Wykaz świadczeń zdrowotnych

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
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	+	+	+	+	+
ginekolog-endokrynolog	-	-	-	-	+
Konsultacje specjalistyczne dla ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. (wymagają skierowania od Lekarza Partnera Medycznego)					
anestezjolog	-	-	-	-	+
angiolog	-	-	-	-	+
audiolog	-	-	-	-	+
balneolog i lekarz medycyny fizykalnej	-	-	-	-	+
chirurg naczyniowy	-	-	-	-	+
chirurg onkolog	-	-	-	-	+
lekarz chorób zakaźnych	-	-	-	-	+
flebolog	-	-	-	-	+
foniatra	-	-	-	-	+
geriatra	-	-	-	-	+
ginekolog onkolog	-	-	-	-	+
hepatolog	-	-	-	-	+
hipertensjolog	-	-	-	-	+
immunolog	-	-	-	-	+
lekarz medycyny podróży	-	-	-	-	+
neurochirurg	-	-	-	-	+
lekarz rehabilitacji medycznej	-	-	-	-	+
Konsultacje specjalistyczne dla ubezpieczonych do 18 r.ż. (bez skierowania)					
chirurg ogólny	+	+	+	+	+
dermatolog	-	-	+	+	+
ginekolog (od 16 r.ż.)	+	+	+	+	+
laryngolog	+	+	+	+	+
neurolog	+	+	+	+	+
okulista	+	+	+	+	+
ortopeda	-	-	+	+	+
Konsultacje specjalistyczne dla ubezpieczonych do 18 r.ż. (wymagają skierowania od Lekarza Partnera Medycznego)					
alergolog	-	-	+	+	+
gastroenterolog	-	-	+	+	+
kardiolog	-	-	+	+	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
nefrolog	-	-	+	+	+
pulmonolog	-	-	+	+	+
reumatolog	-	-	+	+	+
urolog	-	-	+	+	+
anestezjolog	-	-	-	-	+
lekarz chorób zakaźnych	-	-	-	-	+
diabetolog	-	-	-	-	+
endokrynolog	-	-	-	-	+
ginekolog (do 16 r.ż.)	-	-	-	-	+
hematolog	-	-	-	-	+
immunolog	-	-	-	-	+
lekarz medycyny podróży	-	-	-	-	+
neonatalog	-	-	-	-	+
neurochirurg	-	-	-	-	+
onkolog	-	-	-	-	+
lekarz rehabilitacji medycznej	-	-	-	-	+
Konsultacje dietetyka					
dla ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. – bez skierowania	-	-	-	3 wizyty w roku	bez limitu
dla ubezpieczonych do 18 r.ż. – wymagają skierowania od Lekarza Partnera Medycznego	-	-	-	3 wizyty w roku	bez limitu
E-konsultacje medyczne					
internista / lekarz rodzinny (dla ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.)	+	+	+	+	+
pediatra (dla ubezpieczonych do 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.)	-	-	-	-	+
Konsultacje specjalistów medycznych dla ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. (bez skierowania)					
psychiatra, psycholog, seksuolog, androlog, logopeda	-	-	-	-	łącznie 3 wizyty w roku
Konsultacje specjalistów medycznych dla ubezpieczonych do 18 r.ż. (bez skierowania)					
psychiatra, psycholog, logopeda	-	-	-	-	łącznie 3 wizyty w roku
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.	-	-	-	3 wizyty w roku	bez limitu
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 – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata zgodna z cennikiem Placówki.					
Zabiegi pielęgniarские (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					
	+	+	+	+	+



Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
Zabiegi ogólnolekarskie <ul style="list-style-type: none">– mierzenie RR / ciśnienia– pomiar wzrostu i wagi ciała– usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	+	+	+	+	+
Zabiegi chirurgiczne <ul style="list-style-type: none">– 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)	+	+	+	+	+
<ul style="list-style-type: none">– szycie rany do 3 cm (w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy),– usunięcie czyraka / drobnego ropnia powłok skórnych (do 2 cm),– wycięcie chirurgiczne met. klasyczną zmiany skórnej do 1,5 cm ze wskazań medycznych (nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych) wraz z standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z usuniętej zmiany skórnej,– operacja skóry usunięcie ciała obcego – z opracowaniem rany (usunięcie ciała obcego z powłok, skórnych z opracowaniem rany)– pobranie tkanki skóry do badania specjalistycznego,– oczyszczenie / wycięcie rany,– operacja skóry nacięcie krwika / ropnia z drenażem,– operacja paznokcia – oczyszczenie / usunięcie,– operacja wrastającego paznokcia (plastyka paznokcia) – dwustronnie,– operacja wrastającego paznokcia (plastyka paznokcia) – jednostronnie	-	-	-	-	+
Zabiegi laryngologiczne <ul style="list-style-type: none">– 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	+	+	+	+	+
<ul style="list-style-type: none">– wlewka krtaniowa,– podcięcie wędzidełka języka w jamie ustnej,– nacięcie krwiałków przegrody nosa,– nacięcie krwiałków małżowiny usznej,– punkcja zatok,– kriochirurgia (nie dotyczy leczenia chrapania),– nastawienie nosa zamknięte,– obliteracja żyłaków nasady języka,– płukanie zatok metodą Pretza,– płukanie zatok	-	-	-	-	+
Zabiegi okulistyczne <ul style="list-style-type: none">– 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 <ul style="list-style-type: none">– pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy	+	+	+	+	+
<ul style="list-style-type: none">– usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej,– wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej,– zabiegi w obrębie szyjki macicy kriokoagulacja – leczenie nadżerki,– zabiegi w obrębie szyjki macicy i sromu metodą kriokoagulacji	-	-	-	-	+
Zabiegi ortopedyczne <ul style="list-style-type: none">– dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy,– nastawienie zwichnięcia lub złamania,– przygotowanie gips tradycyjny – opaska,– założenie gipsu,– zdjęcie gipsu – kończyna dolna,– zdjęcie gipsu – kończyna górna,– założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały	-	-	-	+	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
– wykonanie iniekcji dostawowej i okołostawowej, – punkcja dostawowa – pobranie materiału do badań, – blokada dostawowa i okołostawowa, – dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – duże stawy, – unieruchomienie typu Dessault mały / duży – założenie gipsu tradycyjnego typu gorset	-	-	-	-	+
Zabiegi dermatologiczne – standardowa* dermatoskopia	-	-	-	+	+
– zabieg dermatologiczny – Lampa PUVA, – zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry, – zabieg dermatologiczny metodą krioterapii 1 do 6 zmian, – zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii 1 do 6 zmian, – zabieg dermatologiczny metodą krioterapii 7 do 10 zmian, – zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii 7 do 10 zmian, – zabieg dermatologiczny – wyłóżczkowanie / zniszczenie zmiany skórnej (zakres nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych)	-	-	-	-	+
Zabiegi alergologiczne – odczulanie wraz z konsultacją alergologa	-	-	-	+	+
Znieczulenia do zabiegów ambulatoryjnych – znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne	+	+	+	+	+
– znieczulenie proste do kolonoskopii, – znieczulenie (proste) do zabiegu gastrokopii, – znieczulenie miejscowe (powierzchnowe) do endoskopii	-	-	-	-	+
Biopsje wraz z standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z biopsji cienkoigłowej / materiał z biopsji gruboigłowej – biopsja cienkoigłowa skóry / tkanki podskórnej, – biopsja cienkoigłowa sutka, – biopsja cienkoigłowa ślinianki, – biopsja cienkoigłowa tarczycy, – biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych, – biopsja – gruboigłowa prostaty pod kontrolą USG	-	-	-	-	+
Inne zabiegi – założenie cewnika Foleya, – usunięcie cewnika Foleya, – wykonanie enemu, – usunięcie polipa do 1cm podczas kolonoskopii, – usunięcie polipa do 1cm podczas gastrokopii	-	-	-	-	+
Szczepienia konsultacja lekarza przed szczepieniem, szczepionka (preparat), wykonanie usługi pielęgniarskiej (iniekcji)					
szczepienie przeciw grypie 1 x w roku ubezpieczeniowym	-	+	+	+	+
anatoksyna przeciw tężcowi	-	+	+	+	+
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.					
– moc – 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	-	-	-	+	+
białko S wolne, antytrombinaIII, białko C aktywność, czynnik V Leiden met. PCR	-	-	-	-	+
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	+	+	+	+	+



Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
CRP ilościowo, amylaza, albuminy, białko całkowite, białko PAPP – a, bilirubina bezpośrednia, HDL Cholesterol, LDL Cholesterol, LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio, CK (kinaza keratynowa), LDH – dehydrogen. mlecz., 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, transferyna, 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, LH, progesteron, testosteron, testosteron wolny, CA 125, CA 15.3 – antyg. raka sutka, CA 19.9 – antyg. raka przewodu pokarmowego	-	-	-	+	+
17-OH progesteron, aldosteron, ALFA 1 – Antytrypsyna, alfa – 1 – kwaśna glikoproteina (Orozomukoid), androstendion, beta – 2 – Mikroglobulina, ceruloplazmina, cholinesteraza, cholinesteraza krwinkowa / acetylocholinesteraza krwinkowa, CYFRA 21 – 1 – marker nowotworowy płuc, cynk, dehydroepiandrosteron (DHEA), DHEA – S, cynkoproporfiryny w erytrocytach (ZnPP), erytropoetyna, estriol wolny, fosfataza kwaśna sterczowa, fosfataza zasadowa – frakcja kostna, gastryna, haptoglobina, Hb A1c – Hemoglobina glikowana, homocysteina, hormon adenokortykotropowy (ACTH), hormon wzrostu (GH), IGF – BP 3, insulina – Insulina 120', insulina – Insulina 60', insulina – na czczo, insulina – po 75 g glukozy po 1 godzinie, insulina – po 75 g glukozy po 2 godzinach, insulina – po 75 g glukozy po 3 godzinach, insulina – po 75 g glukozy po 4 godzinach, insulina – po 75 g glukozy po 5 godzinach, CK – MB – aktywność, CK – MB – mass, BNP, NT pro – BNP, kalcytonina, klirens kreatyniny, mioglobina, osteokalcyna (marker tworzenia kości), parathormon, peptyd C, utajona zdolność wiązania żelaza (UIBC), witamina D3 – metabolit 1,25 (OH)2, witamina D3 – metabolit 25 OH, T3 Całkowite, T4 Całkowite, somatomedyna – (IGF – 1), PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA), retikulocyty, SCC – antygen raka płaskonabłonkowego, SHBG, łańcuchy lekkie kappa w surowicy, łańcuchy lekkie lambda w surowicy, NSE – Neuroswoista enolaza, cystatyna C, makroprolaktyna, aktywność reninowa osocza, enzym konwertujący angiotensynę, leptyna, TPS, S100, BRCA1 met. PCR, Apo A1, aldolaza	-	-	-	-	+
Badania serologiczne i diagnostyka infekcji serologia kity podstawowa (VDRL lub USR Ib anty TP) dawniej WR, HBs Ag / antygen	+	+	+	+	+
ASO ilościowo, ASO jakościowo, RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo, odczyn Waaler-Rose, test BTA, grupa krwi AB0, Rh p/ciała przeglądowe, p/ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh / - /), CMV IgG, CMV IgM, HBs Ab / przeciwciała, HIV I / HIV II, EBV / Mononukleoza – lateks, EBV / Mononukleoza IgG, EBV / Mononukleoza IgM, toksoplazmoza IgG, toksoplazmoza IgM,	-	+	+	+	+
p/ciała a-mikrosomalne / Anty TPO, p/ciała a-tyreoglobulinowe / Anty TG, HCV Ab / przeciwciała, Helicobacter Pylori IgG ilościowo, różyczka IgG, różyczka IgM, p/ciała p/chlamydia trachomatis IgA, p/ciała p/chlamydia trachomatis IgG, p/ciała p/chlamydia trachomatis IgM, HbC Ab IgM	-	-	-	+	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
C1 – inhibitor, C1 – inhibitor – (aktywność), C3 składowa dopełniacza, C4 składowa dopełniacza, anty – HAV – IgM, anty – HAV – total, antykoagulant toczniowy, bąblowica (Echinococcus granulosis) IgG, borelia burgdorferii met. PCR – jakościowo, borelioza IgG, borelioza IgG – met. western – blot (test potwierdzenia), borelioza IgM, borelioza IgM – met. western – blot (test potwierdzenia), brucelozę – IgG, brucelozę – IgM, glista ludzka (ASCARIS) IGg, CMV (Cytomegalovirus) met. PCR – jakościowo, cytomegalia – IgG test awidności, HBc Ab total, HBe Ab, Hbe Ag, HBV – met. PCR ilościowo, HBV – met. PCR jakościowo, HCV met. PCR – ilościowo, HCV met. PCR – jakościowo, HPV (Human papillomavirus) met. PCR, jakościowo – wymaz, HSV / Herpes 1 i 2 – IgG – jakościowo, HSV / Herpes 1 i 2 – IgM – jakościowo, hsCRP, mycoplasma pneumoniae – IgG, mycoplasma pneumoniae – IgM, odczyn – FTA, odczyn – TPHA, odra – IgG, odra – IgM, ospa (varicella) IgG, ospa (varicella) IgM, oznaczenie antygeny HLA B27, p/ciała p/antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF, p/ciała p/mięśniom poprzecznie prążkowanym i p/mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF, p/ciała p/nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT), p/ciała antykardioliipinowe – IgG, p/ciała antykardioliipinowe – IgM, p/ciała antykardioliipinowe – IgM i IgG, p/ciała p/mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF, p/ciała p/transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgA met. ELISA, p/ciała p/transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgG met. ELISA, p/ciała p/Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGg, p/ciała p/Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGM, p/ciała p/Beta – glikoproteinie IGg i IGM (łącznie), p/ciała p/CCP, p/ciała p/ – endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF, p/ciała p/ – endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF, p/ciała p/ – endomysium i gliadynie w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF, p/ciała p/ – fosfatydyloinozitolowi IGg, p/ciała p/ – fosfatydyloinozitolowi IGM, p/ciała p/ – korze nadnerczy, p/ciała p/ – protrombinie IGg, p/ciała p/ – protrombinie IGM, p/ciała p/ – transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w kl. IgG i IgA met. ELISA, p/ciała p/ – wyspom trzust., kom. zewnątrzwydzielniczym trzust. i kom. kubkowatym jelit met. IIF, p/ciała p/Coxsackie, p/ciała p/chlamydia pneumoniae IgA, p/ciała p/chlamydia pneumoniae IgG, p/ciała p/chlamydia pneumoniae IgM, p/ciała p/czynnikowi wew. Castlea i kom. okładzinowym żółądka (APCA) met. IIF, p/ciała p/DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA), p/ciała p/endomysium – IgA – EmA IgA, p/ciała p/endomysium – IgG – EmA IgG, p/ciała p/endomysium IgG, IgA EmA, p/ciała p/gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF, p/ciała p/gliadynie klasy IgA – AGA, p/ciała p/gliadynie klasy IgG – AGA, p/ciała p/jądrowe – i p.cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy met. IIF, p/ciała p/komórkom mięśnia sercowego (HMA), p/ciała p/komórkom okładzinowym żółądka – (APCA) met. IIF, p/ciała p/mięśniom gładkim ASMA, p/ciała p/mitochondrialne AMA, p/ciała p/mitochondrialne AMA typ M2, p/ciała p/Yersinia enterocolitica – IgG, p/ciała p/enterocolitica – IgG, IgM, IgA (łącznie), p/ciała p/Yersinia enterocolitica – IgM, p/ciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, p/ciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID, p/ciała p/receptorom acetylocholino (AChR – Ab), p/ciała p/receptorom TSH (TRAb), p/ciała przeciwyjadrowe – (m.in. histonowe, Ku, rib – P – Protein) (ANA3) met. Immunoblotingu, p/ciała przeciwyjadrowe – i p. cytoplazmatyczne (ANA2) met. IIF, DID, Krztusiec – IgA, Krztusiec – IgG, Krztusiec – IgM, listerioza – jakościowo, parvovirus B19 – IgG i IgM, PCR – HSV – opryszczka, jakościowo, pneumocystoza – IgG – jakościowo, pneumocystoza – IgM – jakościowo, toksoplazmoza – IgG test awidności, toxocarozę IgG (półilościowo), świnka – IgG, świnka – IgM, SLE – półilościowo, serologia kity – test potwierdzenia – FTA – ABS, p/ciała p/ds.. DNA met. IIF, p/ciała p/kanalikom żółciowym met. IIF, p/ciała p/antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunoblotingu, p/ciała p/retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF, p/ciała p/retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF, p/ciała p/retikulinie (ARA) w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF, p/ciała p/fosfatydylooserynie w kl. IgG, p/ciała p/fosfatydylooserynie w kl. IgM, p/ciała p/antygenom jajnika met. IIF, p/ciała p/mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF, p/ciała p/błonie podstawnej kłęb. Nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF, panel jelitowy (p/ciała p/kom. Zewnątrzwydziel. Trzustki i kom. Kubk. Jelit., ASCA, ANCA) met. IIF, p/ciała p/Saccharomyces cerevisiae (ASCA) igG met. IIF, p/ciała p/pemphigus i pemphigoid met. IIF, hemochromatoza met. PCR, p/ciała p/głiście ludzkiej IgG, p/ciała p/endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG, p/ciała p/endomysium, retikulinie i gliadynie IgG, p/ciała p/Endomysium i retikulinie IgA, p/ciała p/Endomysium i retikulinie IgG, EBV met. PCR, ilościowo, EBV met. PCR, jakościowo, mycoplasma pneumoniae met. PCR, jakościowo, ureaplasma urealyticum met. PCR, jakościowo, odkleszczowe zapalenia mózgu przeciwciała w kl. IgM, włośnica IgG, toxoplazma gondii met. PCR, jakościowo, p/ciała p/dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD), p/ciała p/fosfatazie tyrozynowej (IA2)	-	-	-	-	+
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	-	-	-	+	+
17 – ketosterydy w DZM, albumina w DZM, albumina w moczu, aldosteron w DZM, amylaza w moczu, białko Bence Jonesa w moczu, chlorki / Cl w moczu, chlorki / Cl w moczu / DZM, glukoza i ketony w moczu, kadm w moczu, koproporfiryny w moczu, kwas 5 – hydroksyindolooctowy w DZM (5 – HIAA), kwas hipurowy w moczu / DZM, wskaźnik albumina / kreatynina w moczu (ACR) – (d. Mikroalbuminuria w moczu), rtęć / Hg w moczu, łańcuchy lekkie kappa w moczu, łańcuchy lekkie lambda w moczu, białko Bence’a – Jonesa w moczu, szczawiany w DZM, 17 – hydroksykortykosteroidy w DZM, skład chemiczny kamienia nerkowego, pryrylins D (marker resorpcji kości)	-	-	-	-	+



Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
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 płwociny, 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	-	-	-	+	+
posiew pokarmu – z piersi lewej – tlenowy, posiew pokarmu – z piersi prawej – tlenowy, posiew treści ropnia, posiew treści ropnia – beztlenowy, posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z cewki moczowej, seton z ucha – lewego – posiew tlenowy, seton z ucha – prawego – posiew tlenowy, wydzielina z piersi – posiew tlenowy, wymaz spod napletka – posiew tlenowy, wymaz z czyraków, wymaz z dziąseł – posiew tlenowy, wymaz z języka – posiew tlenowy, wymaz z krtani – posiew tlenowy, wymaz z krtani – w kierunku Pneumocistis carini, wymaz z odbytu – posiew tlenowy, wymaz z odbytu – posiew w kierunku SS, wymaz z owrzodzenia – posiew tlenowy, wymaz z pępka – posiew tlenowy, wymaz z prącia – posiew tlenowy, wymaz z warg sromowych – posiew tlenowy, wymaz ze zmian skórnych – posiew tlenowy, chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz, chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – inny materiał, chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – z gardła, chlamydia pneumoniae PCR wymaz, chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – inny materiał, chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z cewki moczowej, chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z kanału szyjki macicy, chlamydia trachomatis met. PCR – jakościowo (wymaz z pochwy, cewki moczowej lub moczu), eozynofile w wymazie z nosa, mycoplasma hominis i Ureaplasma urealiticum – wymaz z cewki moczowej, mycoplasma hominis i Ureaplasma urealiticum – wymaz z kanału szyjki macicy, płyn stawowy – badanie cytologiczne, płyn stawowy – badanie ogólne, płyn z zatoki – posiew – tlenowy, owsiki – wymaz z odbytu	-	-	-	-	+
Badania kału kał badanie ogólne	+	+	+	+	+
krew utajona w kale / F.O.B.,	-	+	+	+	+
kał na pasożyty 1 próba, kał na Rota i Adenowirusy, kał na Lamblie ELISA	-	-	-	+	+
Helicobacter Pylori – antygen w kale, kał – Clostridium difficile – antygen GDH i toksyna A / B	-	-	-	-	+
Badania cytologiczne standardowa* cytologia szyjki macicy	+	+	+	+	+
standardowe* cytologiczne badanie błony śluzowej nosa	-	-	-	-	+
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 paznokieć stopy / paznokieć ręki / włosy / wymaz ze skóry / zeszkrobiny skórne, posiew w kierunku grzybów drożdż.: kał / mocz/ płwociny / treść ropnia / wydzielina / 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	-	-	-	+	+
Karbamazepina, kwas walproinowy, kwasy żółciowe, Lit, badanie toksykologiczne – methemoglobina ilościowo, fenytoina ilościowo, cyklosporyna A ilościowo	-	-	-	-	+
Szybkie testy paskowe cholesterol badanie paskowe, glukoza badanie glukometrem, troponina – badanie paskowe	+	+	+	+	+
CRP – test paskowy	-	+	+	+	+
wymaz z gardła w kierunku Streptococcus A. – szybki test	-	-	-	-	+
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	-	-	-	+	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
Próba wysiłkowa EKG wysiłkowe na cykloergometrze, założenie Holtera EKG z 12 odprowadzeniami (na 24h)	-	-	-	-	+
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 / Steverssa, 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, 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 rzepek 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 klatki piersiowej – RTG tomograf, RTG czynnościowe stawów skroniowo żuchwowych, Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)	-	-	-	+	+
RTG jelita grubego – wlew doodbytniczy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi), RTG krtani – tomogram, RTG pasaż jelita cienkiego (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi), RTG przełyku, żołądka i 12 cy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi), RTG teleradiogram – cefalometria cyfrowa	-	-	-	-	+
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 rozciągną podszewowego, USG stawów śródreżca i palców, USG ścięgna Achillesa, USG układu moczowego + TRUS, USG przeziemiączkowe, Echokardiografia – USG serca	-	-	-	+	+
USG krtani, USG gałek ocznych i oczodołów, USG ciąży – rozszerzone badanie (4 D), USG optycznej, Echokardiografia – USG serca – płodu	-	-	-	-	+
Badania endoskopowe anoskopia,	-	+	+	+	+
gastroskopia (z testem ureazowym), rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia, badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej	-	-	-	+	+
endoskopia laryngologiczna	-	-	-	-	+
Rezonans magnetyczny (MR) wraz ze standardowymi* środkami kontrastowymi (prezentacja 2D) MR głowy (bez środków kontrastowych)	-	+	+	+	+
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	-	-	-	+	+
MR szyi, MR arteriografia tętnic kończyn dolnych, MR badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywotności, perfuzji w spoczynku oraz oceną żywotności, Cholangiografia MR, Mammografia MR, MR morf serca z ilościową oceną funkcji skur. i oceną żywotności, MR serca z ilościową oceną funkcji skur. MR serca z ilościową oceną przepływu krwi, MR Angio wielkich naczyń klatki piersiowej, MR Arteriografia tętnic nerkowych, MR jamy brzusznej i cholangiografia, MR – artrografia nadgarstka, MR nadnerczy, MR płodu, MR staw z chrząstkogramem kolorowym, MR – artrografia stawu barkowego, MR – artrografia stawu kolanowego, MR – artrografia stawu łokciowego, MR – artrografia stawu skokowego, MR Urografia	-	-	-	-	+
Tomografia komputerowa (TK) wraz ze standardowymi* środkami kontrastowymi (prezentacja 2D) TK głowy (bez środków kontrastowych)	-	+	+	+	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
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	-	-	-	+	+
TK Angio aorty brzusznej, TK Angio głowy – badanie żył i zatok mózgu, TK Angio głowy – tętnice, TK Angio aorty piersiowej, TK Angio jamy brzusznej i miednicy mniejszej, TK– Angio klatki piersiowej, TK Angio kończyn dolnych, TK Angio kończyny górnej, TK Angio nadbrzusze, TK Angio tętnic miednicy mniejszej, TK Angio tętnic szyjnych, TK Bronchografia TK, TK Kolonografia, TK naczyń wieńcowych – tętnice, TK – artrografia nadgarstka, TK – artrografia stawu barkowego, TK – artrografia stawu kolanowego, TK – artrografia stawu łokciowego, TK – artrografia stawu skokowego, TK szczęka, żuchwa – badanie stomatolog (implantologia)	-	-	-	-	+
Badania EEG EEG standardowe* w czuwaniu	-	-	-	+	+
EEG standardowe*, badanie EEG standardowe* – (dzieci)	-	-	-	-	+
Badania EMG (elektromiografia) EMG zespół cieśni nadgarstka, EMG badanie ilościowe mięśnia, EMG choroba neuronu ruchowego / stwardnienie boczne zanikowe (MND / SLA), EMG nerw twarzowy, EMG neurazowe uszkodzenie nerwu, EMG ocena czynności spoczynkowej mięśnia, EMG polineuropatia / miopatia, EMG pourazowe uszkodzenie nerwu, EMG Próba ischemiczna (ciążyczkowa), EMG Próba miasteniczna, EMG uszkodzenie splotu	-	-	-	-	+
Badania ENG (elektroencefalografia) ENG nerw czuciowy, ENG nerw ruchowy (długi), ENG nerw ruchowy (krótkie odcinki)	-	-	-	-	+
Badania scyntygraficzne scyntygrafia kości, scyntygrafia nerek (renoscyntygrafia), scyntygrafia serca – obciążeniowa, scyntygrafia serca – spoczynkowa, scyntygrafia tarczycy	-	-	-	-	+
Inne badania diagnostyczne spirometria bez leku, audiometr standardowy*	+	+	+	+	+
mammografia, mammografia – zdjęcie celowane,	-	+	+	+	+
spirometria – próba rozkurczowa, densytometria kręgosłupa lędźwiowego (ocena kości beleczkowej) – screening, densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening, badanie uroflowmetryczne, komputerowe pole widzenia, badanie adaptacji do ciemności, pachymetria	-	-	-	+	+
audiometr standardowy – audiometria nadprogowa, audiometr standardowy – audiometria słowna, tympanometria, kolposkopia, badanie GDX, badanie OCT – dwoje oczu, badanie OCT – jedno oko, palestezjometria (czucie wibracji), próba błędniakowa, próba oziębieniowa, próba oziębieniowa – z termometrią skórną i próbą uciskową, angiografia fluoresceinowa, badanie na anomaloskopie, ABR – diagnostyka różnicowa, ABR – latencje, audiometria impedancyjna – z tympanometrią i oceną odruchów z mięśnia strzemiączkowego (AI), badanie słuchu – Charakterystyka szumu usznego (ChS), badanie słuchu – Oznaczenie progu dyskomfortu słyszenia (UCL), badanie słuchu – próba szeptu, otoemisja akustyczna, Tilt Test, videonystagmografia (VNG)	-	-	-	-	+
Testy alergiczne					
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	-	-	-	+	+
Testy płatkowe / kontaktowe – testy wykonywane metodą płatkową wraz z preparatem do testów alergicznych: testy płatkowe / kontaktowe – 1 punkt, testy płatkowe / kontaktowe – panel fryzjerski, testy płatkowe / kontaktowe – panel kosmetyki, testy płatkowe / kontaktowe – panel owrzodzenia podudzi, testy płatkowe / kontaktowe – panel podstawowy	-	-	-	-	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
Testy alergiczne z krwi wraz z pobraniem materiału do badania (krew): IGE SP. Acarus Siro D70 (w kurzu), IGE SP. Alternaria Tenuis M6, IGE SP. Amokscycyklina C204, IGE SP. Aspergillus Fumigatus M3, IGE SP. Babka lancetowata W9, IGE SP. Banan F92, IGE SP. Białko jaja F1, IGE SP. Brzoza Brodawkowata T3, IGE SP. Bylica Pospolita W6, IGE SP. Candida Albicans M5, IGE SP. Cebula F48, IGE SP. Chironimus Plumosus 173, IGE SP. Chwasty – mieszanka: bylica pospolita (W6), pokrzywa zwyczajna (W20), nawłóć pospolita (W12), babka lancetowata (W9), komosa biała (W10), IGE SP. Cladosporium Herbarum M2, IGE SP. Czekolada F105, IGE SP. Dorsz F3, IGE SP. Drożdże browarnicze F403, IGE SP. Drzewa – mieszanka: olsza (T2), brzoza (T3), leszczyna (T4), dąb (T7), wierzba (T12), IGE SP. Fasola F15, IGE SP. FP5 – mieszanka żywności (dziecięca): dorsz (F3), białko jaja (F1), orzech ziemny (F13), mleko krowie (F2), soja (F14), mąka pszenna (F4), IGE SP. Glista ludzka P1, IGE SP. Gluten (Gliadyna) F79, IGE SP. GP4 – mieszanka traw późnych: tomka wonna (G1), życica trwała (G5), tymotka łąkowa (G6), trzcina pospolita (G7), żyto (G12), kłosówka wełnista (G13), IGE SP. Groch F12, IGE SP. Gruszka F94, IGE SP. Gryka F11, IGE SP. Indyk F284, IGE SP. Jabłko F49, IGE SP. Jad Osy Vespuła SP.I3, IGE SP. Jad Pszczoły I1, IGE SP. Jad Szerszenia Europejskiego I5, IGE SP. Jagnię (baranina) F88, IGE SP. Jajko całe F245, IGE SP. Jęczmień F6, IGE SP. Kakao F93, IGE SP. Karaluch – Prusak I6, IGE SP. Kawa F221, IGE SP. Kazeina F78, IGE SP. Kiwi F84, IGE SP. Komar I71, IGE SP. Komosa Biała W10, IGE SP. Koperek 277, IGE SP. Kostrzewa łąkowa G4, IGE SP. Krupówka Pospolita G3, IGE SP. Kukurydza F8, IGE SP. Kurczak F83, IGE SP. Kurz – mieszanka (Bencard), IGE SP. Lateks K82, IGE SP. Lepidoglyphus Destructor D71, IGE SP. Leszczyna Pospolita T4, IGE SP. Marchew F31, IGE SP. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4), IGE SP. mieszanka pleśni MP1: Alternaria tenuis (M6), Penicillium notatum (M1), Cladosporium herbarum (M2), Aspergillus fumigatus (M3), Candida albicans (M5), IGE SP. Mleko krowie – Beta – Laktoglobulina F77, IGE SP. Mleko Krowie F2, IGE SP. Mleko krowie – alfa – laktoalbumina F76, IGE SP. Mucor Racemosus M4, IGE SP. Musztarda F89, IGE SP. Naskórek chomika E84, IGE SP. Naskórek królika E82, IGE SP. Naskórek owcy E81, IGE SP. Naskórek świnki morskiej E6, IGE SP. Odchody gołębia E7, IGE SP. Ogórek F244, IGE SP. Olcha T2, IGE SP. Orzech laskowy F17, IGE SP. Orzech włoski F256, IGE SP. Orzech ziemny F13, IGE SP. Owies F7, IGE SP. Panel alergenów oddechowych, IGE SP. Panel mieszany, IGE SP. Panel pokarmowy, IGE SP. Penicillium Notatum M1, IGE SP. Pieprz czarny F280, IGE SP. Pierze mieszane EP71 kacze pióra (E86), gęsie pióra (E70), kurze pióra, pierze indyka, IGE SP. Pierze (pióra gęsi) E70, IGE SP. Pietruszka F86, IGE SP. Pióra kaczkę E86, IGE SP. Pióra kanarka E201, IGE SP. Pióra papużki falistej E78, IGE SP. Pomarańcza F33, IGE SP. Pomidor F25, IGE SP. Pszenica F4, IGE SP. Pyłki żyta G12, IGE SP. Roztocze Dermatophag Pteronys. D1, IGE SP. Roztocze Dermatophag Farinae D2, IGE SP. Ryż F9, IGE SP. Seler F85, IGE SP. Ser cheddar F81, IGE SP. Sierść konia E3, IGE SP. Sierść kota E1, IGE SP. Sierść psa E2, IGE SP. Soja F14, IGE SP. Topola T14, IGE SP. Trawy – mieszanka GP1 (G3 kupkówka, G4 kostrzewa, G5 życica, G6 tymotka, G8 wiechlina), IGE SP. Truskawka F44, IGE SP. Tuńczyk F40, IGE SP. Tymotka łąkowa G6, IGE SP. Tyrophagus Putescentiae, IGE SP. Wieprzowina F26, IGE SP. Wierzba T12, IGE SP. Wołowina F27, IGE SP. Ziemniak F35, IGE SP. Żółtko jaja F75, IGE SP. Żyto F5, IGE SP. mieszanka FP2 – ryby, skorupiaki, owoce morza: dorsz (F3), krewetka (F24), tosoś (F41), maśl jadalny (F37), tuńczyk (F40)	-	-	-	-	+
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, mocznik – badanie ogólne, morfologia + płytki + rozmaz automatyczny, p/ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh / - /), różyczka IgG, różyczka IgM, serologia kiły 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 zabiegi rehabilitacyjne wykonywane są na podstawie skierowania od fizjoterapeuty lub Lekarza Partnera Medycznego w wyznaczonych placówkach i przysługują wyłącznie dla Ubezpieczonych: – 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 Galwanizacja, Jonoforeza, Fonoforeza, Krioterapia miejscowa, Laser nieskeneretyczny, Pole magnetyczne, Prądy DD, Prądy interferencyjne, Prądy TENS, Ultradźwięki, prądy Traebeta	-	-	-	10 zabiegów w roku	bez limitu
Kinezyterapia Ćwiczenia instruktażowe, Ćwiczenia usprawniające, terapia indywidualna, wyciąg trakcyjny	-	-	-	3 zabiegi w roku	bez limitu
Rehabilitacja neurokinezyjologiczna lub wad postawy terapia miorelaksacyjna – masaż leczniczy kręgosłupa, terapia indywidualna wg metod neurokinezyjologicznych / neurofizjologicznych dzieci, kinezyterapia – ćw. usprawniające wady postawy dzieci	-	-	-	-	5 zabiegów w roku



Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia – jeden raz w roku Dla kobiet zakres przeglądu obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> – Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego – Konsultacja ginekologiczna – Konsultacja kardiologiczna – Konsultacja okulistyczna – Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową* – Badania laboratoryjne: Mocz – badanie ogólne, Krew utajona w kale / F.O.B., Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny, OB / ESR, Transaminaza GPT / ALT, TSH / hTSH, Kreatynina, Kwas moczowy, T4 Wolne, HBs Ag / antygen, HCV Ab / przeciwciała, Standardowa* cytologia szyjki macicy, Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG), Glukoza na czczo <ul style="list-style-type: none"> – Badania obrazowe: USG piersi lub mammografia – kobiety w zależności od wskazań lekarskich, RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych, USG jamy brzusznej, USG tarczycy, USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG ginekologiczne transwaginalne <ul style="list-style-type: none"> – Badania czynnościowe: Echokardiografia – USG serca, Badanie EKG – spoczynkowe <ul style="list-style-type: none"> – Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program Dla mężczyzn zakres przeglądu obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> – Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego – Konsultacja kardiologiczna – Konsultacja urologiczna – Konsultacja okulistyczna – Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową* – Badania laboratoryjne: Mocz – badanie ogólne, Krew utajona w kale / F.O.B., Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny, OB / ESR, Transaminaza GPT / ALT, PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA), TSH / hTSH, Kreatynina, Kwas moczowy, T4 Wolne, HBs Ag / antygen, HCV Ab / przeciwciała, Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG), Glukoza na czczo <ul style="list-style-type: none"> – Badania obrazowe: RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych, USG transrektalne prostaty, USG tarczycy, USG jąder, USG jamy brzusznej <ul style="list-style-type: none"> – Badania czynnościowe: Badanie EKG – spoczynkowe, Echokardiografia – USG serca <ul style="list-style-type: none"> – Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program 					
Interwencja karetki do miejsca wskazania w miejscu zdarzenia, w przypadku nagłych zachorowań i wypadków wymagających podjęcia natychmiastowej akcji ratunkowej i leczenia, bez limitu wyjazdów	-	-	-	-	+
Wyjazdowa opieka pielęgniarska w przypadku braku możliwości przybycia Ubezpieczonego do Placówki medycznej ze względu na stan zdrowia, na zlecenie Lekarza ww. placówki, w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i obejmuje zabiegi niewymagające obecności Lekarza, w następującym zakresie: <ul style="list-style-type: none"> – wykonanie usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji; – pobranie krwi do analizy; – zmiana opatrunku; – założenie Holtera EKG (na 24h) w domu Ubezpieczonego; – założenie / zmiana cewnika Foleya. 	-	-	-	-	10 wizyt w roku
Transport medyczny w przypadku wskazań medycznych do przewiezienia Ubezpieczonego pomiędzy Placówkami medycznymi lub do Placówki medycznej z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w sytuacjach: <ul style="list-style-type: none"> – konieczności zachowania ciągłości leczenia, – konieczności podjęcia leczenia w specjalistycznej placówce. 	-	-	-	-	+

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	OPAL	AGAT	TURKUS	SZAFIR	SZMARAGD
Druga Opinia Medyczna od najlepszych na świecie lekarzy specjalizujących się w danej dziedzinie medycyny – potwierdzenie diagnozy i planu leczenia na podstawie dokumentacji medycznej bez konieczności opuszczania Polski oraz pomoc w organizacji ew. dalszego leczenia za granicą dla następujących schorzeń lub stanów chorobowych: – nowotwór złośliwy – niewydolność nerek – schyłkowa niewydolność wątroby – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby – udar mózgu – łagodny nowotwór mózgu – zapalenie mózgu – zapalenie opon mózgowo– rdzeniowych – porażenie kończyn – stwardnienie rozsiane – choroba Alzheimerera – choroba Parkinsona – choroby neuronu ruchowego – przeszczep narządu – zawał serca – angioplastyka naczyń wieńcowych – operacja pomostowania naczyń wieńcowych – operacja zastawek serca – operacja aorty – bakteryjne zapalenia wsierdza – niedokrwistość aplastyczna – rozległe oparzenie – utrata kończyn – utrata słuchu – utrata wzroku – utrata mowy – śpiączka – cukrzyca typu 1 (insulinozależna) – gruźlica – zakażenie wirusem HIV	-	-	-	-	+
Konsylium medyczne zorganizowanie dla Ubezpieczonego na terenie Polski Konsylium Medycznego złożonego z wybitnych przedstawicieli medycyny polskiej. Usługa jest dostępna wyłącznie z powodu skomplikowanych przypadków medycznych a jej celem (o ile to możliwe) będzie ustalenie dalszego postępowania diagnostyczno– terapeutycznego dla Ubezpieczonego. Honoraria uczestników Konsylium pokrywa Ubezpieczony z 30% rabatem.	-	-	-	-	+
Osobisty Opiekun Pacjenta VIP	-	-	-	-	+
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 650 zł kwartalnie na Ubezpieczonego	+	+	+	+	-
Zwrot w wysokości 100% ceny jednostkowej świadczenia ambulatoryjnego do wysokości limitu refundacji wynoszącego 650 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



Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych

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

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres email reklamacje@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Warszawa, Al. 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, Al. 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. Prawnne 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 Vienna Life 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 przedstawiania 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 przedstawiania Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych

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