

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za wybranie ubezpieczenia zdrowotnego COMPENSA.

*PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ TREŚCIĄ PRZED WYDRUKOWANIEM
DOKUMENTÓW*

Niniejszy komplet dokumentów zawiera:

- deklarację członkowską Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki,
- deklarację celu / ulotkę informacyjną - grupowego ubezpieczenia zdrowotnego COMPENSA,
- deklarację przystąpienia do ubezpieczenia COMPENSA,
- druki przelewu / wpłaty składek.

Proszę o złożenie podpisu w miejscach oznaczonych "✓".

UWAGA!!! W przypadku wyboru wariantu rodzinnego za niepełnoletnie dzieci podpis składa rodzic.

Załączone dokumenty winny być wydrukowywane **JEDNOSTRONNIE** i tylko w takiej formie są przyjmowane celem zgłoszenia do ubezpieczenia.

Przekazanie dokumentów nieuzupełnionych (we wszystkich wymaganych polach) bądź wydrukowanych nie jednostronnie może skutkować nie zgłoszeniem do ubezpieczenia w deklarowanym terminie.

Składkę za ubezpieczenie prosimy wpłacić **niezwłocznie**, najlepiej w dniu wygenerowania się niniejszego kompletu dokumentów. Wpłata na koncie Stowarzyszenia WRN powinna pojawić się na koncie SWRN nie później niż 20 dni miesiąca poprzedzającego początek okresu ubezpieczenia.

Numer konta do wpłaty pierwszej składki : 27 1160 2202 0000 0000 7958 8721

Komplet dokumentów w oryginale (wraz z potwierdzeniem płatności składki) powinien zostać dostarczony do Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki przed deklarowaną datą przystąpienia do ubezpieczenia. Dokumenty należy wysłać na poniższy adres:

Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki
ul. Siedmiogrodzka 1 lok. 300, 01-204 Warszawa

lub przekazać opiekunowi.

Zespół Stowarzyszenia WRN

Deklaracja Celu - GRUPOWE UBEZPIECZENIE
DEKLARACJA CELU Ubezpieczenie zdrowotne w TU COMPENSA - wariant Plus i COMPLEX

DLACZEGO WARTO SKORZYSTAĆ Z OPIEKI MEDYCZNEJ ...

- Szeroki zakres opieki medycznej i szybki dostęp do świadczeń,
- Wykwalifikowana kadra medyczna i nowoczesne, doskonale wyposażone przychodnie na terenie całego kraju,
- Nielimitowana ilość konsultacji lekarskie i badań.

KARENCE (ograniczenia odpowiedzialności):

- 3 miesiące na prowadzenie ciąży; pozostałe usługi - brak

TU COMPENSA, współpracuje z ponad 1400 placówkami na terenie całego kraju - głównie z grupy LUX MED.

Umówienie wizyty: Infolinia 22 458 70 00 lub osobiście w placówce.	Aktualny wykaz placówek znajduje się na stronie: http://www.compensa.pl/klient-biznesowy/ubezpieczenia-zdrowotne/tabid/78/Default.aspx	wariant PLUS	wariant COMPLEX
Konsultacje lekarskie - nielimitowane, bez skierowania, swoboda wyboru lekarza, krótki termin oczekiwania na wizytę			
Internista / Lekarz rodzinny	Kardiolog	v	v
Chirurg	Pulmonolog	v	v
Okulista	Neurolog	v	v
Dermatolog	Urolog	v	v
Ginekolog	Alergolog	v	v
Otolaryngolog	Gastrolog	v	v
Pediatra	Diabetolog	v	v
Ortopeda	Endokrynolog	v	v
Nefrolog	Reumatolog	v	v
Onkolog	Hematolog	-	v
Chirurg naczyniowy	Neurochirurg	-	v
Proktolog	dzieciocy: chirurg, neurolog, laryngolog	-	v
Nielimitowane wizyty domowe (lekarz rodzinny, pediatra, medycyny rodzinnej)			
Zabiegi ambulatoryjne :			
Chirurgiczne: * opatrzenia: -nagłych drobnych urazów, - oparzeń i odmrożeń z ich ew. dalszym leczeniem, * nacięcia ropnia, punkcji stawu lub krwiaka, * usunięcie kleszcza,		v	v
Okulistyczne: - wyjęcie ciała obcego z oka, - płukanie dróg łzowych, - badanie dna oka, - badanie pola widzenia (bez użycia polomierza), - badanie ostrości widzenia, - mierzenie ciśnienia gałkowego		v	v
Otolaryngologiczne: - płukanie uszu, - usunięcie ciała obcego z nosa lub gardła, - przedmuchiwanie trąbki słuchowej, - ostępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, - usunięcie ciała obcego z ucha, - opatrunek uszny z lekiem		v	v
Urologiczne - zakładanie cewników		v	v
Alergologiczne - wykonywanie testów alergicznych metodą nakłuć(skóra), odczulanie		v	v
Szczepienia			
przeciwno grypie - 1 raz w roku	przeciwno wirusowemu zapaleniu wątroby typu B	v	v
Podstawowe badania diagnostyczne - nielimitowane, na podstawie skierowania od lekarza Partnera Medycznego			
Badania hematologiczne i koagulacyjne: OB, morfologia z rozmazem, APTT, wskaźnik protrombinowy		v	v
Badania z zakresu diagnostyki USG: badanie USG - jamy brzusznej, tarczycy		v	v
Badania biochemiczne krwi, hormonalne: elektrolity: sód, potas, glukoza (krzywa obciążenia glukozą), kreatynina, białko całkowite, cholesterol HDL, cholesterol LDL, cholesterol całkowity, trójglicerydy, amylaza, aminotransferaza asparaginianowa, aminotransferaza alaninowa, kwas moczowy, bilirubina całkowita, TSH, poziom żelaza w surowicy.		v	v
Badania serologiczne: białko C-reaktywne, antygen HBs,	Badania moczu i kału: badanie ogólne moczu, kał na krew utajoną, amylaza w moczu,	v	v
Posiewy i bakteriologia posiew w kierunku bakterii tlenowych + antybiogram,		v	v
Badania elektrokardiograficzne: EKG spoczynkowe	Badania z zakresu diagnostyki RTG: zdjęcia klatki piersiowej	v	v
Cytologia	Spirometria	v	v
Iniekcje -iniekcja domięśniowa, -iniekcja dostawowa, -iniekcja dożylna, -wlew dożylny (kroplówka)		v	v
Specjalistyczne badania diagnostyczne - nielimitowane, na podstawie skierowania od lekarza Partnera Medycznego			
Badania hematologiczne i koagulacyjne: grupa krwi, hematokryt, liczba płytek, fibrynogen, retikulocyty, czas trombinowy, antytrombina III.		v	v
Badania biochemiczne krwi ,hormonalne i markery nowotworowe: elektrolity: wapń chlorki, mocznik, proteinogram, kineza kreatynowa całkowita, dehydrogenaza mleczanowa, fosfataza zasadowa		v	v
bilirubina bezpośrednia, zdolność wiązania żelaza, GGTP- gamma- glutamylotranspeptydaza, albuminy, hormony tarczycy - T3, T4, FT3, FT4, hormony płciowe - estradiol, FSH, LH, prolaktyna, progesteron, testosteron, PSA, ferrytyna, transferyna, hemoglobina glikozylowana, albuminy/globuliny, BUN (azot mocznikowy), ceruloplazmina, fosfor, globuliny, kwas foliowy, lipaza, magnez, miedź, żelazo-krzywa, markery nowotworowe: AFP, Ca 125, Ca 15-3, Ca 19-9, CEA (antygen karcino-embryonalny), HCG całkowite.		v	v
Badania serologiczne: odczyn USR / RER /VDRL, ASO, czynnik reumatoidalny, odczyn Waalera- Rosego, wzw typu B, przeciwciała przeciwtarczycowe, wzv typu C- przeciwciała anti-HCV, różyczka -przeciwciała IgM, różyczka- przeciwciała IgG, toxoplasma gondii- przeciwciała IgG, mononukleozą zakaźną, HIV, IgE całkowite, anty HBs, cytomegalia IgG, cytomegalia IgM, helicobacter pylori		v	v
przeciwciała, immunochemiczne oznaczenie IgA, immunochemiczne		v	v
oznaczenie IgG, immunochemiczne oznaczenie IgM, mononukleozą lateksową, przeciwciała przeciwtarczycowe (antytyreoglobulinowe), przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej,		v	v
Badania moczu i kału : badanie kału ogólne, badanie kału w kierunku pasożytów i ich jaj, kreatynina w moczu, BUN w moczu dobowo, białko w moczu, fosforany w moczu dobowo, glukoza w moczu z pojedynczej porcji, glukoza w moczu dobowo, kał na lamblie ELISA, krew utajona w kale, kreatynina w moczu dobowo, kwas moczowy w moczu dobowo, magnez w moczu dobowo, potas w moczu dobowo, sód w moczu dobowo, wapń w moczu, wapń w moczu dobowo.		v	v

Badania bakteriologiczne, posiewy i bakteriologia : posiewy wymazów + antybiogram, badanie mykologiczne (mikroskopowe + posiew), posiew w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych, antybiogram, badanie mykologiczne mikroskopowe, badanie mykologiczne - posiew, czystość pochwy, test na chlamydia trachomatis, posiew moczu, kału, z rany.		v	v
Badania histopatologiczne		v	v
Badania elektrokardiograficzne:		v	v
EKG wysiłkowe,	24-godzinne badanie EKG i ciśnienia tętniczego krwi.	v	v
Z zakresu diagnostyki RTG:			
RTG jamy brzusznej, RTG czaszki i zatok, Zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej	Zdjęcie kręgosłupa Zdjęcia kończyn, stawów, miednicy,	v	v
Urografia	Mammografia	v	v
Tomografia komputerowa	Rezonans magnetyczny	v	v
Z zakresu diagnostyki USG:			
badanie USG -miednicy męskiej, gruczołu krokowego. badanie USG: dopplerowskie naczyń jamy brzusznej, szyi, kończyn. badanie ECHO, USG -sutka, USG -ślinianek. USG -jąder, USG- transwaginalne, USG- stawów biodrowych. badanie USG: gruczołu krokowego transrektalne, USG-ścięgna, USG- biopsja tarczycy, piersi. badanie USG: stawów biodrowych, kolanowych i barkowych, badanie USG - ginekologiczne, w ciąży prawidłowej,		v	v
Badania endoskopowe:			
gastroskopia - dodatkowo w razie potrzeby test ureazowy, kolonoskopia, rektoskopia,		v	v
Densytometria , szyjka kości udowej, densytometria kręgosłupa lędźwionowego - screening		v	v
Rehabilitacja - na daną jednostkę chorobową lub okolicę ciała przysługuje prawo do 10-dniowego cyklu leczniczego z intensywnością do 2 zabiegów dziennie, w roku ubezpieczeniowym (kalendarzowym). Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane są na zlecenie lekarza Partnera Medycznego w wyznaczonych placówkach, zgodnie z wykazem placówek świadczących usługi rehabilitacyjne.			
Kinezyterapia Ćwiczenia instruktażowe(indywidualne), Ćwiczenia ogólnousprawniające (grupowe) Ćwiczenia indywidualne czynno-bierne i wspomagane Ćwiczenia indywidualne czynne Ćwiczenia indywidualne w odciążeniu (THERAPY MASTER) Ćwiczenia specjalne na przyrządach (THERAPY MASTER) Wyciąg trakcyjny	Fizykoterapia Galwanizacja; Jonoforeza; Fonoforeza Elektrostymulacja; Prądy diadynamiczne Prądy wielkiej częstotliwości (CURAPULS); Prądy niskiej częstotliwości (interferencyjne); Prądy TENSA; Prądy Traebeta Terapia ultradźwiękowa (ultraterapia miejscowa i JONOFOREZA); Krioterapia miejscowa; Laseroterapia	-	v
Profilaktyka stomatologiczna			
1 raz w roku - status uzębienia	1 raz w roku - usunięcie kamienia	v	v

UWAGA! Oferta nie obejmuje opisanych w OWU kosztów leczenia za granicą, kosztów transportu i repatriacji, assistance oraz zabiegów protetycznych.

Wybór wariantu potwierdzam "X"

Pakiet Indywidualny(w tym składka członkowska do SWRN - 12 zł)	91 zł	121 zł
Pakiet Rodzinny - członek stowarzyszenia + współmałżonek/ konkubent/ konkubina do 65 r.ż. + dzieci do 26 r.ż. (w tym składka członkowska do SWRN - 12 zł)	235 zł	285 zł

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres korespondencyjny	
Adres email	

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do ubezpieczenia zostały mi dostarczone przez Stowarzyszenie WRN właściwe warunki ubezpieczenia na trwałym nośniku, za jaki uważa się plik pdf, płytę CD lub format drukowany.

.....

data

.....
własnoręczny czytelny podpis

Oświadczam iż zapoznałem/am się z treścią OWU COMPENSA ZDROWIE zatwierdzonych uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr 60/2012 z dn. 17.10.2012 r.

Oświadczam, że jestem zainteresowany/a przystąpieniem od dnia ____/dzień____/miesiąc____/rok do ubezpieczenia proponowanego przez COMPENSA. Niniejszym zobowiązuję się wpłacać składkę łączną z góry (do 15 dnia każdego miesiąca) na konto bankowe: Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki, ul. Giełdowa 4A lok. 82, 01-211 Warszawa - 27 1160 2202 0000 0000 7958 8721 .

Jestem świadoma/y, że brak wpłaty w wymaganym terminie powoduje wygaśnięcie ochrony.

Jednocześnie upoważniam Stowarzyszenie WRN do przekazywania składki do COMPENSA TU S.A. Vienna Insurance Group w terminach określonych w polisie. Przyjmuję również do wiadomości, że w rocznicę ubezpieczenia wysokości świadczeń oraz składki mogą ulec zmianie. O ewentualnej zmianie warunków dany ubezpieczony będzie odpowiednio wcześniej poinformowany przez Stowarzyszenie WRN. Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe do SWRN informacji na temat zgłoszonych i wypłaconych świadczeń z tytułu mojego ubezpieczenia.

Tym samym, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 101/2002 poz.926 z późniejszymi zmianami) przez Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki oraz podmioty współpracujące: w szczególności NESTOR Sp. z o.o.,Nestor Serwis i Compensa TU S.A.do celów realizacji przedmiotowej umowy ubezpieczenia.

.....

data

.....
własnoręczny czytelny podpis

Przystępując do proponowanego ubezpieczenia:

jestem/byłem zatrudniony w:	informacje otrzymałem od:
------------------------------------	----------------------------------

Niniejsza propozycja nie stanowi podstawy do określenia zobowiązań z tytułu umowy ubezpieczenia. Przedstawione powyżej warunki ubezpieczenia należy interpretować zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia COMPENSA ZDROWIE.

**Deklaracja przystąpienia do grupowego
ubezpieczenia Compensa Zdrowie**

polisa typ 280 nr 40056 / 40059
numer certyfikatu

Nowe Zmiana

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI,

I. UBEZPIECZONY (PRACOWNIK) (U1)

Imię i nazwisko	
Adres z kodem pocztowym	
PESEL	Data zatrudnienia (Wypełnia Ubezpieczający)
Wariant Ubezpieczenia <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Complex	Składka miesięczna
Pakiet <input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Rodzinny	





Członkowie rodziny pracownika przystępujący do ubezpieczenia w ramach pakietu rodzinnego

Imię i nazwisko, adres z kodem pocztowym	PESEL	Stopień pokrewieństwa w stosunku do pracownika	Numer Certyfikatu
U2			
U3			
U4			

Początek ubezpieczenia

2. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

- Wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia Compensa Zdrowie na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Zdrowie zatwierdzonych Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 60/2012 z dnia 17.10.2012 r. oraz szczególnych warunków ubezpieczenia leczenia ambulatoryjnego zatwierdzonych uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 60/2012 z dnia 17.10.2012 r., których treść jest mi znana i których odbiór potwierdzam.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany, zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, że:
 - administratorem moich danych osobowych jest Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,
 - mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
 - moje dane osobowe mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group. z umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz,
 - moje dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, a także za moją zgodą, podmiotom, z którymi Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych o udostępnienie dokumentacji dotyczącej przebiegu leczenia i stanu mojego zdrowia oraz udostępnianie Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu leczenia i stanu mojego zdrowia, w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo moich danych o stanie zdrowia, zawartych w niniejszym wniosku oraz w innych dokumentach związanych z zawarciem i obsługą umowy ubezpieczenia a także w celu umożliwienia Towarzystwu zweryfikowania danych o moim stanie zdrowia w przypadku powtórnego złożenia wniosku o ubezpieczenie.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych Partnerowi Medycznemu oraz Przedstawicielowi Compensy, w zakresie niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia Compensa Zdrowie.

miejsceowość, data		
	podpis Ubezpieczonego U1	podpis Ubezpieczonego U2
		
	podpis Ubezpieczonego U3	podpis Ubezpieczonego U4

podpis i pieczęć Ubezpieczającego

Upoważniam Ubezpieczającego do potrącania składki ubezpieczeniowej z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku chorobowego, macierzyńskiego bądź z wypłaty z innego tytułu.

podpis pracownika

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
STOWARZYSZENIA WSPIERANIA ROZWOJU NAUKI**

Zarejestrowanego pod numerem KRS: 0000253968 w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy,
XIII Wydział Gospodarczy KRS

Nazwisko:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
		ID członka:	<input type="text"/>
Imię:	<input type="text"/>		
PESEL:	<input type="text"/>	Wykształcenie:	<input type="text"/>
Aktualnie wykonywany zawód:	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny:	<input type="text"/>		
Nr tel. komórkowego:	<input type="text"/>	Nr tel. stacjonarnego:	<input type="text"/>
Adres e-mail:	<input type="text"/>		
Osoba rekomendująca / polecająca nowego członka:	<input type="text"/>		

OŚWIADCZENIE

Wnoszę o przyjęcie mnie w poczet członków wspierających Stowarzyszenia.
Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią statutu, oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień, w szczególności opłacania składki członkowskiej określonej w deklaracjach celów. Jednocześnie wyrażam zgodę na wysyłanie przez stowarzyszenie wszelkich powiadomień drogą elektroniczną, a odnośnie informacji o Walnym Zgromadzeniu poprzez zamieszczenie na stronie internetowej.

Na podstawie art.23 us.1 pkt 1 ustawy z dnia 29 grudnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z dnia 29 października 1997r. nr 133, poz.883) z późniejszymi zmianami wyrażam zgodę na używanie przez Stowarzyszenie oraz podmioty z nim współpracujące moich danych osobowych, zawartych w niniejszej deklaracji, jak również na przesyłanie ofert handlowych przez Stowarzyszenie.

.....
data

.....
własnoręczny czytelny podpis

NABYCIE CZŁONKOSTWA (wypełniają władze Stowarzyszenia)

Z dniem - - (rok - miesiąc - dzień) na podstawie niniejszej deklaracji przyjmuję Pana / Panią
....., numer PESEL:

w poczet członków wspierających Stowarzyszenia.

Zarząd Stowarzyszenia	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------

Termin płatności **PIERWSZEJ** składki - do 20 dnia poprzedzającego miesiąc ochrony (składka musi być zaksięgowana na koncie Stowarzyszenia najpóźniej 20 dnia do godziny 12.00).

Przykład: zgłoszenie do ubezpieczenia od 1 listopada, zaksięgowanie składki w dniu 20.10 do godziny 12.00.

DOWÓD / POKWITOWANIE DLA ZLECENIODAWCY	nr rachunku odbiorcy: 27 1160 2202 0000 0000 7958 8721	nazwa odbiorcy Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki
	odbiorca: Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki ul. Giełdowa 4A lok. 82 01-211 Warszawa	nazwa odbiorcy cd. ul. Giełdowa 4A lok. 82, 01-211 Warszawa
	kwota:	nr rachunku odbiorcy 27 1160 2202 0000 0000 7958 8721
	zleceniodawca:	waluta * P L N
	tytułem: Ubezpieczenie zdrowotne COMPENSA + składka członkowska SWRN	nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wplata)
	opłata	nazwa zleceniodawcy
	stempel dzienny	nazwa zleceniodawcy
	tytułem Ubezpieczenie zdrowotne COMPENSA + składka członkowska SWRN	
	opłata	
	pieczęć, data, podpis (y) zleceniodawcy	
	stempel dzienny	
	odcinek dla banku odbiorcy	

Terminy płatności **KOLEJNYCH** składek - do 15 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony np. do 15 stycznia za miesiąc luty.