



**GRUPOWE UBEZPIECZENIE PRACOWNIKÓW I CZŁONKÓW RODZIN PRACOWNIKÓW UM WE WROCLAWIU
WARUNKI UZYSKANE W PRZETARGU PUBLICZNYM NR UMW/IZ/PN – 81/19**

ubezpieczony	AVIVA wg przetargu nr UMW/IZ/PN – 81/19 obowiązujące od 01.12.2019			PZU warunki aktualne	
	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
składka potrącana z wynagrodzenia	1	2	3	1	2
nr kategorii – wariantu ubezpieczenia (do wpisania w deklaracji)					
1. zgon ubezpieczonego					
z przyczyn naturalnych	55 000	45 000	40 000	40 000	55 000
spowodowany wypadkiem	132 000	90 000	80 000	80 000	110 000
spowodowany zawałem serca/ udarem mózgu	110 000	90 000	60 000	72 000	93 000
spowodowany wypadkiem komunikacyjnym	181 500	148 500	85 000	112 000	148 000
spowodowany wypadkiem przy pracy	207 000	166 500	85 000	112 000	148 000
spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	256 500	225 000	90 000	144 000	186 000
2. zgon współmałżonka/ partnera ubezpieczonego					
z przyczyn naturalnych	25 000	20 000	20 000	20 000	18 000
spowodowany wypadkiem	50 000	40 000	30 000	30 000	27 000
3. zgon rodzica/rodzica małżonka					
w tym partnera rodzica /partnera rodzica małżonka	2 500	2 500	1 500	2 400	2 700
4. urodzenie się dziecka ubezpieczonego					
	-	-	1 300	1 200	1 500
5. urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonego					
	-	-	2 600	2 400	3 000
6. zgon dziecka ubezpieczonego - do 25 roku życia dziecka					
z przyczyn naturalnych	-	-	3 900	3 600	4 500
spowodowany wypadkiem	-	-	7 800	3 600	4 500
7. trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego – świadczenie za każdy % trwałego uszczerbku					
spowodowany wypadkiem	520	600	470	450	550
spowodowany zawałem serca/ udarem mózgu	520	600	470	450	550
8. leczenie szpitalne ubezpieczonego – stawka za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego					
chorobą do 14 dnia	108	108	90	85	95
zawałem serca/ udarem mózgu do 14 dnia	270	270	225	170	190
wypadkiem do 14 dnia	360	360	300	213	238
wypadkiem komunikacyjnym do 14 dnia	450	450	375	255	285
wypadkiem przy pracy do 14 dnia	450	450	375	255	285
wypadkiem komunikacyjnym przy pracy do 14 dnia	540	540	450	297	332
stawka dzienna w okresie od 15 do 180 dnia	90	90	75	85	95
początek odpowiedzialności dla ryzyk chorobowych od 2 dnia		od 2 dnia	od 2 dnia	od 3 dnia	od 3 dnia
ryzyk wypadkowych od 1 dnia		od 1 dnia	od 1 dnia	od 3 dnia	od 3 dnia
9. pobyt ubezpieczonego na OIT - jednorazowo					
	1 800	1 800	1 500	850	950
10. rekonwalescencja poszpitalna – stawka za dzień rekonwalescencji					
świadczenie należne po pobycie w szpitalu, na podstawie zwolnienia wydanego przez ten szpital	45	45	38	42,5	47,5
min okres pobytu w szpitalu uprawniający do świadczenia	14 dni	14 dni	14 dni	10 dni	10 dni
max odpowiedzialność dla jednego okresu rekonwalescencji	30 dni	30 dni	30 dni	40 dni	40 dni
11. poważne zachorowanie ubezpieczonego					
	5 200	6 200	4 000	5 000	5 000
12. operacje chirurgiczne ubezpieczonego - świadczenie zależne od rodzaju operacji wg katalogu operacji chirurgicznych					
świadczenie minimalne	500	600	600	500	500
świadczenie maksymalne	10 000	12 000	12 000	2 500	2 500
maksymalna odpowiedzialność w ciągu 12 miesięcy	3 operacje	3 operacje	3 operacje	bez limitu	bez limitu
13. leczenie specjalistyczne					
	3 000	5 000	3 000	2 000	4 500
SKŁADKA	73,35	73,12	62,47	93,64	105,74

1. KARENCEJE

- **brak karencji** - pracownicy/ członkowie rodzin przystępujący w ciągu 3 miesięcy od daty wdrożenia programu,
- **brak karencji** – nowozatrudnieni przystępujący w ciągu 3 miesięcy od daty zatrudnienia,
- przestępujący po upływie ww. dat, zostaną objęci pełnymi karencjami na świadczenia nie związane z wypadkiem.

2. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA - ubezpieczenie gwarantuje prawo do standardowej kontynuacji ubezpieczenia w AVIVA Życie.

3. POWAŻNE ZACHOROWANIE - zakres

48 chorób: anemia aplastyczna, pomostowanie aortalno - wieńcowe (by – pass), choroba Creutzfelda – Jakoba, zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, ropień mózgu, sepsa, tężec, udar mózgu, wścieklizna, zawał serca, schorzenie wymagające przeszczepu narządów, utrata wzroku, całkowita utrata mowy, całkowita utrata słuchu, utrata kończyn, ciężkie oparzenia, angioplastyka naczyń wieńcowych, łagodny nowotwór mózgu, śpiączka, operacja aorty, choroba Alzheimera, operacja zastawek serca, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, schyłkowa niewydolność oddechowca, schyłkowa niewydolność wątroby, zakażenie wirusem HIV bez możliwości stwierdzenia przyczyny zakażenia, zakażenie wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, zakażenie wirusem HIV jako powikłania transfuzji krwi, gruźlica, porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne), dystrofia mięśniowa, postępująca twardzina układowa, postępujące porażenie nadjądrowe, pourazowe uszkodzenie mózgu, toczeń rumieniowaty układowy (SLE), usunięcie płuca, Choroba Leśniowskiego – Crohna, infekcyjne zapalenie wsierdzia, operacja mózgu, operacja tętnicy płucnej, wirusowe zapalenie mózgu, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych, borelioza.

3. LECZENIE SPECJALISTYCZNE - zakres

wykonanie ablacji, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora), chemioterapia albo radioterapia, terapia interferonowa (w tym w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu c), dializoterapia, przeszczepienie komórek wysp trzustkowych, przeszczepienie komórek przytarczyc, przeszczepienie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca, mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami, przeszczep rogówki.

JAK PRYZSTAPIĆ DO UBEZPIECZENIA

1. WYBÓR WARIANTU – KATEGORII: **kategoria 1** (składka 73,35 zł); **kategoria 2** (składka 73,12 zł); **kategoria 3** (składka 62,47 zł)

2. WYMAGANE DOKUMENTY I SPOSÓB ICH WYPEŁNIENIA - dokumenty dostępne w formie elektronicznej (w załączeniu, wg danego wariantu - kategorii) lub w formie papierowej - **DO POBRANIA W DZIALE PŁAC**

KTO WYPEŁNIA	PRACOWNIK	CZŁONEK RODZINY
a. DEKLARACJA OPIEKUN – wypełnia każdy uczestnik tj. pracownik i przystępujący członkowie rodzin; pola do wypełnienia:		
<ul style="list-style-type: none">▪ PKT II DANE UCZESTNIKA – pola obowiązkowe▪ PKT IV DANE UPOSAŻONYCH GŁÓWNYCH – pola nieobowiązkowe▪ PKT V DANE UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH (uprawniony do świadczenia w przypadku śmierci uposażonego głównego) – pola nieobowiązkowe▪ data oraz czytelny podpis uczestnika	TAK	TAK z zastrzeżeniem, że: <ul style="list-style-type: none">▪ PKT II w polach „inna forma zatrudnienia” należy wpisać: małżonek/ partner, dorosłe dziecko▪ PKT II w polach „zawód wykonywany/ zajmowane stanowisko” należy wpisać imię, nazwisko pracownika UM
b. WSKAZANIE PARTNERA UCZESTNIKA – dokument należy wypełnić wyłącznie gdy zamiast współmałżonka zgłaszany jest partner; wypełnia pracownik i partner; pola do wypełnienia:		
<ul style="list-style-type: none">▪ PKT I i II – wszystkie pola obowiązkowe▪ data oraz czytelny podpis uczestnika	TAK	TAK
3. PRZEKAZANIE WYPEŁNIONYCH I PODPISANYCH DOKUMENTÓW DO DZIAŁU PŁAC	do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc początku ochrony	

JAK ZGŁOSIĆ ROSZCZENIE

1. **NA ADRES BOK@AVIVA.PL:** w tytule **DZIAŁ OBSŁUGI ROSZCZEŃ;** należy załączyć skany dokumentów (wniosek roszczeniowy + komplet wymaganych dokumentów)
2. **TELEFONICZNIE: +48 22 557 44 44** w godzinach 8.00-20.00
3. **POPURZECZ SERWISU KLIENTÓW MOJA AVIVA NA WWW.AVIVA.PL**
4. **W PLACÓWKACH AVIVA:** o/ Wrocław I - 54-155 Wrocław, ul. Lotnicza 12; o/ Wrocław II - 50-086 Wrocław, ul. Sucha 2

W RAZIE PYTAŃ PROSIMY O KONTAKT

AVIVA:
Anna Partyka [anna.partyka@aviva.pl; 513 877 884]

BENEFIT BROKER:
Agnieszka Horochowska [ah@benefit.net.pl; 605 88 48 41]