PZU Pakiet na Życie i Zdrowie

Informacje o nowym produkcie

Biuro Rozwoju Produktów
Biuro Wsparcia Sprzedaży
Biuro Zarządzania Ofertą

Warszawa, 05.02.2024 r.

Agenda

- PZU Pakiet na Życie i Zdrowie – główne założenia
- Charakterystyka poszczególnych zdarzeń, które można objąć ochroną
- Dodatkowe ubezpieczenie Twoje Zdrowie usługi medyczne
- Mechanizm indeksacji składki w wariancie III
- Przewagi konkurencyjne
- Proces sprzedażowy
- Obsługa umowy ubezpieczenia
- Obsługa świadczeń

Założenia produktu

Główne założenia ubezpieczenia PZU Pakiet na Życie i Zdrowie – BSW, BMB

1. Ubezpieczenie w formule indywidualnej (ubezpieczający = ubezpieczony/tylko osoba fizyczna)
2. Indywidualna Ankieta Potrzeb Klienta
3. Oświadczenie o stanie zdrowia
4. Data początku ochrony (DPO): dowolny dzień miesiąca
5. Możliwość wskazania partnera życiowego
6. Współubezpieczony wyłącznie w zakresie Opieki Medycznej – małżonek/partner

WARIANT I
dla osób w wieku 18-59

Pakiety roczne zawierane na kolejne okresy roczne (na podstawie oferty PZU). Okres ochrony może trwać do 70 r. ż.

WARIANT II
dla osób w wieku 60-69

Pakiety roczne zawierane na kolejne okresy roczne (na podstawie oferty PZU). Okres ochrony może trwać do 70 r. ż.

WARIANT III
(dostępny dla BMB, BSW - Kopierników i Agentów Wyłącznych)
dla osób w wieku 60-70

Pakiety zawierane **dożywotnio**

Opieka Medyczna (umowa fakultatywna)

Fakultatywne roczne umowy dodatkowe

Główne założenia ubezpieczenia PZU Pakiet na Życie i Zdrowie – BZS

1. Ubezpieczenie w formule indywidualnej (ubezpieczający = ubezpieczony/tylko osoba fizyczna)
2. Indywidualna Ankieta Potrzeb Klienta
3. Oświadczenie o stanie zdrowia
4. Data początku ochrony (DPO): dowolny dzień miesiąca
5. Możliwość wskazania partnera życiowego
6. Współubezpieczony wyłącznie w zakresie Opieki Medycznej – małżonek/partner

WARIANT I
dla osób w wieku 18-59

Pakiety roczne zawierane na kolejne okresy roczne (na podstawie oferty PZU). Okres ochrony może trwać do 70 r. ż.

WARIANT II
dla osób w wieku 60-69

Pakiety roczne zawierane na kolejne okresy roczne (na podstawie oferty PZU). Okres ochrony może trwać do 70 r. ż.

Opieka Medyczna (umowa fakultatywna)

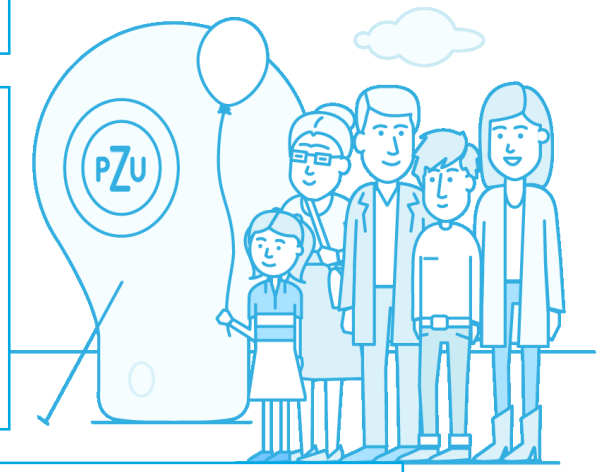
PZU Pakiet na Życie i Zdrowie – zawarcie umowy i kto może być objęty ochroną – BSW, BMB

Umowa może zostać zawarta:
→ **na czas określony (warianty I i II)**
lub
→ **dożywotnio (wariant III)**.

Umowę zawieramy na podstawie wniosku – polisy, który składa **ubezpieczający będący jednocześnie ubezpieczonym**.

Ubezpieczający/ubezpieczony:
→ ma ukończone **18 lat** w dniu złożenia wniosku - polisy i jego wiek polisowy na DPO wynosi **nie więcej niż 59 lat** w przypadku umowy zawieranej **w wariancie I**,
→ jego wiek polisowy na DPO wynosi:
- co najmniej **60 lat i nie więcej niż 69 lat** w przypadku umowy zawieranej **w wariancie II**,
- co najmniej **60 lat i nie więcej niż 70 lat** w przypadku umowy zawieranej **w wariancie III.**

Wiek polisowy – różnica lat między aktualnym rokiem kalendarzowym, a rokiem urodzenia ubezpieczonego.



Ochroną w ramach umowy obejmujemy:
→ **zdarzenia dotyczące ubezpieczonego**: obligatoryjnie śmierć ubezpieczonego, pozostałe zdarzenia – zgodnie z wybranym pakietem,
→ **zdarzenia w życiu ubezpieczonego odnoszące się do**: małżonka albo partnera, rodziców ubezpieczonego, rodziców małżonka albo rodziców partnera, dzieci ubezpieczonego, dzieci małżonka albo dzieci partnera – zgodnie z wybranym pakietem.

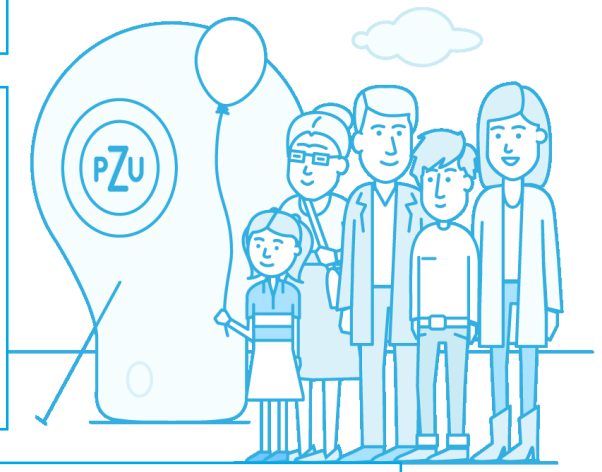
PZU Pakiet na Życie i Zdrowie – zawarcie umowy i kto może być objęty ochroną – BZS

Umowa może zostać zawarta:
→ **na czas określony (warianty I i II)**

Umowę zawieramy na podstawie wniosku – polisy, który składa **ubezpieczający będący jednocześnie ubezpieczonym**.

Ubezpieczający/ubezpieczony:
→ ma ukończone **18 lat** w dniu złożenia wniosku - polisy i jego wiek polisowy na DPO wynosi **nie więcej niż 59 lat** w przypadku umowy zawieranej **w wariancie I**,
→ jego wiek polisowy na DPO wynosi:
- co najmniej **60 lat i nie więcej niż 69 lat** w przypadku umowy zawieranej **w wariancie II.**

Wiek polisowy – różnica lat między aktualnym rokiem kalendarzowym, a rokiem urodzenia ubezpieczonego.



Ochroną w ramach umowy obejmujemy:
→ **zdarzenia dotyczące ubezpieczonego**: obligatoryjnie śmierć ubezpieczonego, pozostałe zdarzenia – zgodnie z wybranym pakietem,
→ **zdarzenia w życiu ubezpieczonego odnoszące się do**: małżonka albo partnera, rodziców ubezpieczonego, rodziców małżonka albo rodziców partnera, dzieci ubezpieczonego, dzieci małżonka albo dzieci partnera – zgodnie z wybranym pakietem.

PZU Pakiet na Życie i Zdrowie – zakres ubezpieczenia, warianty i pakiety

1

W ramach wariantów oferujemy **pakiety**, które różnią się:
- zakresem ubezpieczenia (zdarzeniami objętymi naszą ochroną),
- wysokością sum ubezpieczenia i świadczeń,
- wysokością składki.

2

Zakres ubezpieczenia w ramach poszczególnych pakietów obejmuje:
- **śmierć ubezpieczonego**,
- **pozostałe zdarzenia**, zgodnie z wybranym przez ubezpieczającego pakietem,

o ile wystąpią w okresie naszej ochrony.

3

Wybrany przez ubezpieczającego pakiet, który obejmuje:
- określone zdarzenia,
- wysokość sum ubezpieczenia i świadczeń oraz wysokość składki

potwierdzamy we wniosku – polisie i polisie potwierdzającej.

4

Klient może zawrzeć umowę w pakiecie, który obejmuje zdarzenia odnoszące się do małżonka albo partnera. **Ochroną obejmiemy zdarzenia dotyczące PARTNERA tylko wtedy, gdy Klient wskaże partnera w pisemnym oświadczeniu.** W przeciwnym razie zdarzenia te automatycznie będą odnosić się do MAŁŻONKA.

PZU Pakiet na Życie i Zdrowie – kto jest kim, czyli: partner życiowy, dziecko, rodzic, rodzic małżonka/partnera

Partner życiowy

Osoba, która pozostaje z ubezpieczonym we wspólnym pożyciu i została wskazana we wniosku o ubezpieczenie lub w trakcie umowy oraz:

- w dniu złożenia wniosku o ubezpieczenie lub w dniu wskazania w trakcie umowy **ukończyła 18 lat (brak górnej granicy wieku)** oraz
- **nie jest krewnym ubezpieczonego** oraz
- **nie pozostaje w związku małżeńskim**.

1. Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego przy zawarciu umowy albo w jej trakcie.
2. Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego tylko wtedy, gdy nie pozostaje w związku małżeńskim.
3. Wskazanie partnera życiowego w trakcie umowy obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca polisowego po dniu wskazania.
4. Można zmienić wskazanego partnera życiowego ze skutkiem od najbliższego miesiąca polisowego, jeden raz w roku polisowym.

Dziecko (własne lub przysposobione)

Dziecko ubezpieczonego albo dziecko małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego (jeśli nie żyje drugi rodzic dziecka małżonka albo partnera), które w dniu:

- osierocenia nie ukończyło 18 lat, a w razie, gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat lub bez względu na wiek, w razie jego całkowitej niezdolności do pracy;
- wystąpienia u niego ciężkiej choroby lub uszczerbku na zdrowiu - nie ukończyło 18 lat, a w razie, gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat;
- pobytu w szpitalu - ukończyło 3 miesiące i nie ukończyło 18 lat, a w razie, gdy uczęszcza do szkoły – nie ukończyło 25 lat.

Dla zdarzeń dotyczących śmierci dziecka i śmierci dziecka NW nie stosujemy ograniczenia wieku dziecka.
Nie zbieramy danych dziecka/dzieci przy zawarciu umowy.

Rodzic

Jest nim:

- rodzic ubezpieczonego albo
- ojczym lub macocha ubezpieczonego – jeśli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka ubezpieczonego.

Rodzic małżonka albo partnera życiowego

Jest nim:

- rodzic aktualnego małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego albo
- ojczym lub macocha aktualnego małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego – jeśli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego.

Składka – od czego zależy, kiedy i jak ją opłacać

1. Umowa może być opłacana składką regularną (miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie).

2. Wysokość składki zależy od:
   - wieku polisowego ubezpieczonego,
   - wysokości sumy ubezpieczenia,
   - wysokości świadczenia,
   - okresu ubezpieczenia,
   - wybranego wariantu i pakietu
   - częstotliwości opłacania składki.

3. Wysokość składki w kolejnych latach umowy może wzrastać w związku z indeksacją – wariant III (dożywotni).

4. Składkę należy opłacać z góry, w pełnej wymaganej kwocie.

5. Składkę uznamy za opłaconą, gdy wpłynie na wskazany przez nas rachunek bankowy.

6. Termin oraz częstotliwość opłacania składki wskazujemy w polisie.

   Składka kwartalna, półroczna i roczna jest odpowiednią wielokrotnością składki miesięcznej (nie ma zniżki, która wynika z częstotliwości innej niż miesięczna) .

7. W trakcie umowy można zmienić częstotliwość opłacania składki. Wniosek o zmianę musi być złożony nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy.

8. Klientowi przysługuje tzw. prolongata składki. To dodatkowy okres 1 miesiąca polisowego na opłacenie brakującej składki; rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego, za który należna składka nie została opłacona i kończy się w dzień poprzedzający pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisowego. W okresie prolongaty udzielamy ochrony ubezpieczeniowej.

PZU Pakiet na Życie i Zdrowie – zdarzenia, które możemy objąć ochroną

Maksymalny możliwy zakres ubezpieczenia:	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Zdarzenia dotyczące ubezpieczonego	**18 - 59**	**60 - 69**	**60 - 70**
Śmierć	✓	✓	✓
Śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	✓	✓	✓
Śmierć spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	✓	✓	✓
Śmierć spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu	✓	✓	
Śmierć spowodowana wypadkiem w pracy	✓	✓	
Ciężkie choroby	✓	✓	
Nowotwór złośliwy we wczesnym stadium	✓	✓	
Leczenie szpitalne spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą	✓	✓	
Leczenie szpitalne Plus	✓	✓	
Leczenie szpitalne spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem	✓	✓	
Leczenie szpitalne zawału serca, udaru mózgu lub nowotworu złośliwego	✓	✓	
Karta apteczna	✓	✓	
Leczenie specjalistyczne	✓	✓	
Operacje chirurgiczne	✓	✓	
Uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	✓	✓	✓
Uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	✓	✓	
Złamanie kości spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem	✓	✓	
Asystent w razie utraty zdrowia	✓	✓	
Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance	✓	✓	

PZU Pakiet na Życie i Zdrowie – zdarzenia, które możemy objąć ochroną

Maksymalny możliwy zakres ubezpieczenia:	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Zdarzenia w życiu ubezpieczonego związane z małżonkiem albo partnerem życiowym			
Śmierć	✓	✓	✓
Śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	✓	✓	✓
Śmierć spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	✓	✓	✓
Śmierć spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu	✓	✓	
Ciężkie choroby	✓	✓	
Leczenie szpitalne spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą	✓	✓	
Operacje chirurgiczne	✓	✓	
Uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	✓	✓	
Zdarzenia w życiu ubezpieczonego związane z dzieckiem			
Śmierć	✓	✓	
Śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	✓	✓	
Osierocenie	✓		
Urodzenie	✓		
Ciężkie choroby	✓		
Leczenie szpitalne spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą	✓		
Uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	✓		
Zdarzenia w życiu ubezpieczonego związane z rodzicem lub rodzicem małżonka albo partnera życiowego			
Śmierć	✓	✓	
Śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	✓	✓	
Opieka Medyczna dla ubezpieczonego albo ubezpieczonego i małżonka/partnera Dodatkowe ubezpieczenie **Twoje Zdrowie** – usługi medyczne	✓	✓	✓

PZU Pakiet na Życie i Zdrowie – zdarzenia, które możemy objąć ochroną

Maksymalny możliwy zakres ubezpieczenia:	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Fakultatywne umowy dodatkowe dla wariantu III (dożywotniego) - z góry zdefiniowane w zakresie SU i składek (bez możliwości modyfikacji SU na pakiecie).			
Dodatkowe ubezpieczenie ciężkie choroby ubezpieczonego			✓
Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem			✓
Dodatkowe ubezpieczenie leczenia szpitalnego zawału serca, udaru mózgu lub nowotworu złośliwego u ubezpieczonego			✓
Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek złamania kości ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem			✓
Dodatkowe ubezpieczenie z kartą apteczną			✓
Dodatkowe ubezpieczenie nowotwór złośliwy ubezpieczonego			✓
Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu			✓
Dodatkowe ubezpieczenie asystent ubezpieczonego w razie utraty zdrowia			✓

Karencje

Po zawarciu umowy występuje **okres, w którym Klient opłaca już składkę, ale nie ponosimy jeszcze odpowiedzialności za niektóre zdarzenia ubezpieczeniowe**.
Ten okres nazywamy karencją. Nie stosujemy jej, jeśli zdarzenie było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.

Karencja rozpoczyna się od dnia rozpoczęcia ochrony lub – jeśli ubezpieczony wskazał albo zmienił wskazanego partnera życiowego w trakcie umowy – od pierwszego dnia miesiąca polisowego po dniu, w którym ubezpieczony wskazał lub zmienił partnera życiowego.

9 miesięcy polisowych

- ✓ urodzenie /przysposobienie dziecka

6 miesięcy polisowych

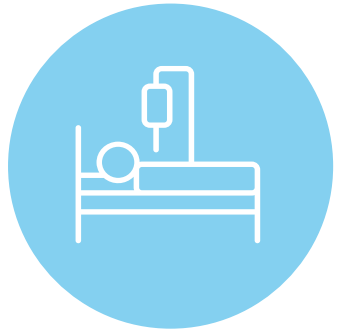
- ✓ operacje ubezpieczonego,
- ✓ operacje małżonka / partnera,
- ✓ ciężkie choroby małżonka/partnera,
- ✓ urodzenie dziecka martwego

5 miesięcy polisowych

- ✓ śmierć ubezpieczonego,
- ✓ śmierć ubezpieczonego – zawał lub udar,
- ✓ śmierć małżonka/partnera,
- ✓ śmierć małżonka/partnera – zawał lub udar,
- ✓ śmierć dziecka,
- ✓ osierocenie dziecka,
- ✓ śmierć rodzica lub rodzica małżonka /partnera

3 miesiące polisowe

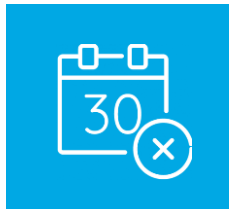
- ✓ ciężkie choroby ubezpieczonego,
- ✓ leczenie specjalistyczne ubezpieczonego,
- ✓ nowotwór złośliwy ubezpieczonego we wczesnym stadium,
- ✓ nowotwór złośliwy ubezpieczonego,
- ✓ uszczerbek ubezpieczonego – zawał lub udar,
- ✓ ciężkie choroby dziecka



1 miesiąc polisowy

- ✓ LS ubezpieczonego,
- ✓ LS ubezpieczonego plus,
- ✓ LS dziecka,
- ✓ LS małżonka/partnera,
- ✓ LS zawał/udar/nowotwór,
- ✓ Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance

Możliwość skrócenia okresu karencji



Jeśli zawarta umowa obejmuje zdarzenie, które było objęte ochroną w ramach **poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie** (indywidualnej lub grupowej, **zawartej z nami lub z innym zakładem ubezpieczeń**, z tytułu której ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do ubezpieczonego zakończyła się bezpośrednio lub nie wcześniej niż 30 dni przed początkiem okresu ochrony), **okres karencji na to zdarzenie ulegnie skróceniu** o okres ochrony udzielanej **dla tego samego zdarzenia** w poprzedniej umowie ubezpieczenia.

W takiej sytuacji karencję zastosujemy na kwotę różnicy między wysokością świadczenia z tytułu zdarzenia w obecnej umowie a wysokością świadczenia za to zdarzenie w poprzedniej umowie ubezpieczenia.

Okres ochrony z poprzedniej umowy dla zdarzeń związanych **z partnerem życiowym** zaliczymy do okresu karencji tylko w przypadku, gdy w poprzedniej jak i tej umowie ubezpieczenia ubezpieczony wskazał tego samego partnera życiowego.

Niezbędne dla skrócenia okresu karencji jest udokumentowanie danych (na etapie roszczenia), które potwierdzają:
1) zakres ochrony,
2) okres obowiązywania ochrony,
3) wskazanie partnera życiowego,
w ramach umowy z innym zakładem ubezpieczeń.

Charakterystyka poszczególnych zdarzeń, które można objąć ochroną

Zdarzenia, które dotyczą ubezpieczonego

Śmierć ubezpieczonego (ZUIP60)

→ Śmierć ubezpieczonego musi wystąpić w okresie naszej ochrony

Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem (NWIP60)

→ Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
→ Śmierć i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje muszą wystąpić w okresie naszej ochrony

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym (WKIP60)

→ Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym
→ Śmierć i wypadek komunikacyjny, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony

Śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu (ZZIP60)

→ Śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu
→ Śmierć i zawał serca lub udar mózgu, który ją spowoduje muszą wystąpić w okresie naszej ochrony

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem w pracy (WPIP60)

→ Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem w pracy
→ Śmierć i wypadek w pracy, który ją spowoduje muszą wystąpić w okresie naszej ochrony

Świadczenie to 100% SU aktualnej dla danego zdarzenia w dniu śmierci

Wyłączenia zgodnie z OWU

Ciężkie choroby ubezpieczonego (CCIP60)

Zakres	Wystąpienie u ubezpieczonego w okresie ochrony nowotworu lub innej ciężkiej choroby zdefiniowanej w OWU
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Wysokość świadczenia	Nowotwór złośliwy – 100%/200%/300% SU aktualnej w dniu wystąpienia nowotworu wskazanej w polisie (w zależności od pakietu). Pozostałe ciężkie choroby – suma ubezpieczenia aktualna w dniu wystąpienia ciężkiej choroby.

Ciężkie choroby zdefiniowane w OWU:

1) bakteryjne zapalenie mózgu oraz opon mózgowo-rdzeniowych;
2) bakteryjne zapalenie wsierdzia;
3) bąblowiec mózgu;
4) całkowita utrata mowy;
5) całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu;
6) całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku;
7) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej;
8) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej;
9) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass);
10)chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca;
11) choroba Alzheimera;
12) choroba Creutzfeldta-Jakoba;
13) choroba Huntingtona;
14) choroba Leśniewskiego-Crohna;
15) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne);
16) choroba Parkinsona;
17) ciężkie oparzenie;
18) gruźlica;
19) kleszczowe zapalenie mózgu;
20) neuroborelioza;
21) niedokrwistość aplastyczna (anemia aplastyczna);
22) niezłośliwy guz mózgu;
23) nowotwór złośliwy;
24) paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego;
25) przewlekła niewydolność nerek;
26) reumatoidalne zapalenie stawów;
27) ropień mózgu;
28) schyłkowa niewydolność wątroby;
29) sepsa (posocznica);
30) stwardnienie rozsiane;
31) śpiączka;
32) tężec;
33) toczeń rumieniowaty układowy;
34) transplantacja;
35) udar mózgu;
36) uraz czaszkowo-mózgowy;
37) utrata kończyny;
38) wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
39) wścieklizna;
40) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji;
41) zakażenie wirusem HIV zawodowe;
42) zakażona martwica trzustki;
43) zator tętnicy płucnej;
44) zawał serca;
45) zgorzel gazowa.

Po wystąpieniu ciężkiej choroby, za którą ponosimy odpowiedzialność, nasza ochrona wygasa w zakresie tej ciężkiej choroby.
Wypłacimy tylko jedno świadczenie za nowotwór złośliwy, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzaju nowotworów złośliwych.

Wyłączenia zgodnie z OWU

Leczenie szpitalne ubezpieczonego spowodowane NW (LNIP60)

Zakres i świadczenie	Pobyt w szpitalu w okresie ochrony: • spowodowany NW (min. 1 doba) ▶ wskazany w polisie %SU za każdy dzień pobytu • spowodowany NW – na OIT (min. 48 godzin) ▶ wskazany w polisie %SU (świadczenie jednorazowe) • spowodowany NW – na oddziale rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu spowodowanym NW (min. 1 doba) ▶ wskazany w polisie %SU za każdy dzień pobytu
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Limit świadczeń	Świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu w szpitalu w roku polisowym (w tym maksymalnie za 21 dni pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym spowodowanym jednym NW)
Zakres terytorialny	Cały świat

Wyłączenia zgodnie z OWU

Leczenie szpitalne ubezpieczonego spowodowane NW lub chorobą (LSIP60) – BMB, BSW, BZS

Zakres i świadczenie	Pobyt w szpitalu w okresie ochrony: • spowodowany NW (min. 1 doba) ▶ wskazany w polisie %SU za każdy dzień pobytu • spowodowany chorobą (min. 1 doba) ▶ wskazany w polisie %SU za każdy dzień pobytu
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Limit świadczeń	Świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu w szpitalu w roku polisowym
Zakres terytorialny	Cały świat

Wyłączenia zgodnie z OWU

Dobę liczymy jako 24 godziny.
Przykład:
1. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 12.00.
Czas pobytu w szpitalu poniżej 1 doby (krócej niż 24 godziny). Świadczenie nie będzie należne.
2. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 14.00. Czas pobytu w szpitalu powyżej 1 doby (dłużej niż 24 godziny). Świadczenie będzie należne za 2 dni pobytu (pierwszy dzień pobytu to dzień przyjęcia do szpitalu, drugi dzień pobytu to dzień wypisu ze szpitala).

Nowotwór złośliwy ubezpieczonego we wczesnym stadium (RUIP60)

Wystąpienie nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji, za który ponosimy odpowiedzialność, nie wyklucza naszej odpowiedzialności z tytułu nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) i na odwrót.

Zakres	Wystąpienie u ubezpieczonego w okresie ochrony: • nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ) lub • nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia aktualna w dniu wystąpienia nowotworu

Po wystąpieniu nowotworu złośliwego we wczesnej fazie inwazji, za który ponosimy odpowiedzialność, nasza ochrona w zakresie tego nowotworu wygasa.

Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), czyli co?

▶ jest to nowotwór złośliwy rozpoznany w bardzo wczesnej fazie rozwoju, bez cech przekraczania błony podstawnej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny.

Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), który jest umiejscowiony w jednej z poniższych kategorii Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:

a) D00 – rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka,
b) D01 – rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych,
c) D02 – rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego,
d) D03 – czerniak in situ,
e) D05 – rak in situ sutka,
f) D06 – rak in situ szyjki macicy,
g) D07 – rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych,
h) D09 – rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień,

Po wystąpieniu nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), za który ponosimy odpowiedzialność, nasza ochrona wygasa w zakresie nowotworu umiejscowionego w danej kategorii.

Nasza ochrona nie obejmuje nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ), który jest umiejscowiony w kategorii D04 – rak skóry Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10

Nowotwór złośliwy we wczesnej fazie inwazji, czyli co?

▶ jest to nowotwór złośliwy rozpoznany we wczesnym okresie rozwoju, bez oznak przerzutów.

Odpowiadamy wyłącznie za:

a) brodawkowatego raka tarczycy – którego stopień zaawansowania opisano wg skali TNM jako T1aN0M0,
b) czerniaka złośliwego skóry – którego stopień zaawansowania opisano wg skali TNM jako T1aN0M0,
c) nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (prostaty, stercza) – którego stopień zaawansowania opisano wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
d) nowotwór złośliwy szyjki macicy – którego stopień zaawansowania opisano wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
e) ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina) – rozpoznaną w pierwszym stadium zaawansowania.

Wyłączenia zgodnie z OWU

Leczenie szpitalne ubezpieczonego PLUS (LPIP60)

Zakres i świadczenie	**Pobyt w szpitalu w okresie ochrony spowodowany NW, który**: • będzie trwał co najmniej 1 dobę, • będzie pierwszym pobytem spowodowanym danym NW, • rozpocznie się nie później niż 14 dni po NW, ▶ wskazany w polisie % SU za każdy dzień tego pobytu w okresie pierwszych 14 dni pobytu **Pobyt w szpitalu w okresie ochrony spowodowany WK, który**: • będzie trwał co najmniej 1 dobę, • będzie pierwszym pobytem spowodowanym danym WK, • rozpocznie się nie później niż 14 dni po WK, ▶ wskazany w polisie % SU za każdy dzień tego pobytu w okresie pierwszych 14 dni pobytu **Pobyt w szpitalu w okresie ochrony spowodowany WP, który**: • będzie trwał co najmniej 1 dobę, • będzie pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem w pracy, • rozpocznie się nie później niż 14 dni po wypadku w pracy, ▶ wskazany w polisie % SU za każdy dzień tego pobytu w okresie pierwszych 14 dni pobytu **Pobyt w szpitalu w okresie ochrony spowodowany ciężką chorobą (45 j.ch., załącznik 1 do OWU), który**: • będzie trwał co najmniej 1 dobę, • będzie pierwszym pobytem spowodowanym daną ciężką chorobą, ▶ wskazany w polisie % SU za każdy dzień tego pobytu w okresie pierwszych 14 dni pobytu **Pobyt w szpitalu na OIT (min. 48 godzin)** ▶wskazany w polisie % SU za każdy taki pobyt (świadczenie jednorazowe); **Rekonwalescencja** ▶ wskazany w polisie % SU za każdy dzień rekonwalescencji jeżeli uznamy naszą odpowiedzialność za LSIP (max. pierwsze 30 dni rekonwalescencji)
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Limit świadczeń	Świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu w szpitalu oraz 180 dni rekonwalescencji, w każdym roku polisowym
Zakres terytorialny	Cały świat

Dobę liczymy jako 24 godziny.
Przykład:
1. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 12.00.
Czas pobytu w szpitalu poniżej 1 doby (krócej niż 24 godziny). Świadczenie nie będzie należne.
2. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 14.00. Czas pobytu w szpitalu powyżej 1 doby (dłużej niż 24 godziny). Świadczenie będzie należne za 2 dni pobytu (pierwszy dzień pobytu to dzień przyjęcia do szpitalu, drugi dzień pobytu to dzień wypisu ze szpitala).

Wyłączenia zgodnie z OWU

Karta Apteczna (APIP60)

Zakres	Pobyt w szpitalu w okresie ochrony spowodowany: • NW – zdarzenie LNIP albo • chorobą lub NW – zdarzenie LSIP
Świadczenie	Karta apteczna o wartości 100% SU aktualnej w pierwszym dniu pobytu w szpitalu. Karta apteczna umożliwia odbiór produktów w aptece. Zasady aktywacji oraz korzystania z karty aptecznej określa Regulamin karty aptecznej (załącznik do OWU) .
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Limit świadczeń	Ubezpieczony może otrzymać kartę apteczną maksymalnie za 3 pobyty w szpitalu rozpoczęte w każdym roku polisowym
Zakres terytorialny	Cały świat

Wyłączenia zgodnie z OWU

Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego (LCIP60)

Zakres	Rozpoczęcie przez ubezpieczonego w okresie ochrony wymienionego niżej leczenia specjalistycznego: 1) ablacja zaburzeń rytmu serca; 2) chemioterapia choroby nowotworowej; 3) dializoterapia przewlekłej niewydolności nerek; 4) radioterapia choroby nowotworowej; 5) radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife choroby nowotworowej; 6) terapia interferonowa stwardnienia rozsianego lub przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby; 7) terapia radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy; 8) wszczepienie kardiowertera-defibrylatora; 9) wszczepienie stymulatora resynchronizującego; 10) wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika).
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia aktualna w dniu poddania się leczeniu specjalistycznemu
Limity	Nasza odpowiedzialność obejmuje pierwsze zastosowanie danego leczenia specjalistycznego w okresie naszej ochrony. Jeśli wypłacimy świadczenie za dane leczenie specjalistyczne, nasza ochrona dla tego specjalistycznego leczenia kończy się. W razie przeprowadzenia radioterapii choroby nowotworowej, radioterapii Gamma Knife lub Cyber Knife choroby nowotworowej lub chemioterapii choroby nowotworowej, świadczenie wypłacamy tylko za jedno wymienione leczenie specjalistyczne.

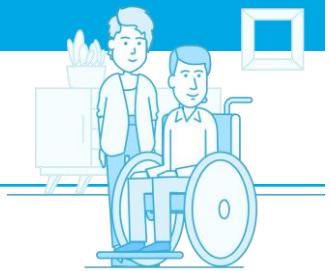
Wyłączenia zgodnie z OWU

Operacje chirurgiczne ubezpieczonego (OPIP60)

Zakres	Wykonanie u ubezpieczonego w okresie ochrony operacji wymienionej w Wykazie operacji chirurgicznych (zał. 3 do OWU). Wykaz operacji chirurgicznych zawiera ponad 600 operacji.
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Wysokość świadczenia	100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji I klasy; 50% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji II klasy; 30% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji III klasy; 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji IV klasy; 5% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji V klasy. Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu wykonania operacji.
Limity	Jeśli ubezpieczony przejdzie więcej niż jedną operację w okresie 60 dni, wypłacimy świadczenie tylko za jedną operację, za którą przysługuje najwyższa wypłata.

Wyłączenia zgodnie z OWU

Uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany NW (TUIP60)



Zakres	Wystąpienie u ubezpieczonego w okresie ochrony uszczerbku na zdrowiu, który: • jest wymieniony w Tabeli uszczerbków na zdrowiu (załącznik nr 4 do OWU) i jednocześnie • został spowodowany NW zaistniałym w okresie naszej ochrony
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Wysokość świadczenia	Odpowiedni % SU wskazany dla danego uszczerbku w Tabeli uszczerbków na zdrowiu (ponad 700 uszkodzeń ciała) 1% uszczerbku = 1% SU Wysokość świadczenia ustalamy na podstawie SU aktualnej w dniu zajścia NW Występuje także **tzw. bólowe** (0,5% SU) - świadczenie za uszkodzenie ciała, które nie jest wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu. Warunkiem wypłaty takiego świadczenia jest odbycie co najmniej dwóch stacjonarnych konsultacji lekarskich w związku z tym uszkodzeniem ciała. Wypłacimy świadczenie maksymalnie za 1 takie uszkodzenie ciała w roku polisowym. Świadczenie za takie uszkodzenie ciała nie jest należne, jeśli z tytułu tego samego NW wypłacimy świadczenie, za uszkodzenie ciała, które jest wymienione w innych punktach Tabeli uszczerbków na zdrowiu.
Limity	Prawo do świadczenia przysługuje maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego NW. W przypadku zwiększenia uszczerbku na zdrowiu, który jest następstwem tego samego NW, kolejne świadczenie pomniejszane jest o wcześniej wypłaconą kwotę za ten uszczerbek. W przypadku uszkodzenia ciała leczonego zachowawczo i operacyjnie wypłacimy świadczenie maksymalnie jak za uszkodzenie leczone operacyjnie. Wysokość świadczenia za wszystkie uszkodzenia kończyny, niezależnie od liczby NW w ramach umowy, nie może przekroczyć wysokości świadczenia za utratę części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Wyłączenia zgodnie z OWU

Asystent ubezpieczonego w razie utraty zdrowia (AUIP60)

	Zakres I (osoby, których wiek polisowy wynosi 18-59 lat)	Zakres II (osoby, których wiek polisowy wynosi 60-69 lat)
Zakres	Wystąpienie u ubezpieczonego w okresie naszej ochrony: • pobytu w szpitalu NW (min. 1 doba) • pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą (min. 1 doba) • operacji chirurgicznej wymienionej w Wykazie operacji (zał. nr 3 do OWU) • uszczerbku na zdrowiu NW (min. 10%) • uszkodzenia ciała NW	Wystąpienie u ubezpieczonego w okresie naszej ochrony: • pobytu w szpitalu NW (min. 1 doba) • uszczerbku na zdrowiu NW (min. 10%) • uszkodzenia ciała NW
Świadczenia	**W przypadku pobytu w szpitalu NW/choroba, operacji chirurgicznej lub uszczerbku na zdrowiu NW możliwość skorzystania z:** 1) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego 2) Dostarczenia leków 3) Opieki nad dziećmi 4) Opieki nad osobą niesamodzielną 5) Transportu medycznego 6) Organizacji transportu oraz zwrotu kosztów wypożyczenia bądź zakupu sprzętu rehabilitacyjnego 7) Drobnych napraw domowych 8) Opieki domowej pielęgniarki 9) Opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi 10) Pomocy w prowadzeniu domu 11) Przekazania do naprawy przedmiotów użytku osobistego 12) Transportu na rehabilitację 13) Pomocy psychologa 14) Wizyty domowej fizjoterapeuty lub masażysty 15) Pomocy osobie, którą wskaże ubezpieczony	**W przypadku uszkodzenia ciała NW możliwość skorzystania z:** 1) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego 2) Pomocy medycznej a) wizyta lekarza w Twoim domu albo Twoja wizyta u lekarza w placówce medycznej b) wizyta pielęgniarki w Twoim domu c) transport 3) Pomocy rehabilitacyjnej i pielęgnacyjnej: a) organizacja procesu rehabilitacji b) organizacja transportu oraz zwrot kosztów wypożyczenia bądź zakupu sprzętu rehabilitacyjnego c) dostarczenie leków

Szczegółowy opis świadczeń, w tym obowiązujące limity, określone są w OWU.

Wyłączenia zgodnie z OWU

Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance (KZIP60)

Zakres	Wystąpienie u ubezpieczonego w okresie ochrony ciężkiej choroby zdefiniowanej w OWU
Świadczenia	Możliwość skorzystania z: • zagranicznej konsultacji medycznej • usług assistance • pomocy w planowaniu leczenia • całodobowego telefonicznego serwisu medycznego **Szczegółowy opis świadczeń, w tym obowiązujące limity, określone w OWU.**

Można skorzystać z jednej Zagranicznej Konsultacji Medycznej, która będzie dotyczyć jednej ciężkiej choroby. Jeśli nowe badania pokażą zmiany w przebiegu tej choroby, Klient może wnioskować o kolejną Zagraniczną Konsultację Medyczną.

Wyłączenia zgodnie z OWU

Ciężkie choroby zdefiniowane w OWU

1) bakteryjne zapalenie mózgu oraz opon mózgowo-rdzeniowych;
2) bakteryjne zapalenie wsierdzia;
3) bąblowiec mózgu;
4) całkowita utrata mowy;
5) całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu;
6) całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku;
7) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej;
8) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej;
9) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass);
10)chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca;
11) choroba Alzheimera;
12) choroba Creutzfeldta-Jakoba;
13) choroba Huntingtona;
14) choroba Leśniewskiego-Crohna;
15) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne);
16) choroba Parkinsona;
17) ciężkie oparzenie;
18) gruźlica;
19) kleszczowe zapalenie mózgu;
20) neuroborelioza;
21) niedokrwistość aplastyczna (anemia aplastyczna);
22) niezłośliwy guz mózgu;
23) nowotwór złośliwy;
24) paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego;
25) przewlekła niewydolność nerek;
26) reumatoidalne zapalenie stawów;
27) ropień mózgu;
28) schyłkowa niewydolność wątroby;
29) sepsa (posocznica);
30) stwardnienie rozsiane;
31) śpiączka;
32) tężec;
33) toczeń rumieniowaty układowy;
34) transplantacja;
35) udar mózgu;
36) uraz czaszkowo-mózgowy;
37) utrata kończyny;
38) wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
39) wścieklizna;
40) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji;
41) zakażenie wirusem HIV zawodowe;
42) zakażona martwica trzustki;
43) zator tętnicy płucnej;
44) zawał serca;
45) zgorzel gazowa.

Zdarzenia w życiu ubezpieczonego, które dotyczą małżonka/partnera

Śmierć małżonka albo partnera życiowego (SMIP60)

→ Śmierć małżonka albo partnera życiowego w okresie naszej ochrony

Śmierć małżonka albo partnera życiowego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem (ZMIP60)

→ Śmierć małżonka albo partnera życiowego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
→ Śmierć i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony

Wyłączenia zgodnie z OWU

Świadczenie to 100% SU aktualnej dla danego zdarzenia w dniu śmierci

Ciężkie choroby małżonka albo partnera życiowego (MCIP60)

Zakres	Wystąpienie u małżonka albo partnera w okresie ochrony ciężkiej choroby zdefiniowanej w OWU
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia aktualna w dniu wystąpienia ciężkiej choroby

Ciężkie choroby zdefiniowane w OWU

1) bakteryjne zapalenie mózgu oraz opon mózgowo-rdzeniowych;
2) bakteryjne zapalenie wsierdzia;
3) bąblowiec mózgu;
4) całkowita utrata mowy;
5) całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu;
6) całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku;
7) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej;
8) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej;
9) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass);
10)chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca;
11) choroba Alzheimera;
12) choroba Creutzfeldta-Jakoba;
13) choroba Huntingtona;
14) choroba Leśniewskiego-Crohna;
15) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne);
16) choroba Parkinsona;
17) ciężkie oparzenie;
18) gruźlica;
19) kleszczowe zapalenie mózgu;
20) neuroborelioza;
21) niedokrwistość aplastyczna (anemia aplastyczna);
22) niezłośliwy guz mózgu;
23) nowotwór złośliwy;
24) paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego;
25) przewlekła niewydolność nerek;
26) reumatoidalne zapalenie stawów;
27) ropień mózgu;
28) schyłkowa niewydolność wątroby;
29) sepsa (posocznica);
30) stwardnienie rozsiane;
31) śpiączka;
32) tężec;
33) toczeń rumieniowaty układowy;
34) transplantacja;
35) udar mózgu;
36) uraz czaszkowo-mózgowy;
37) utrata kończyny;
38) wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
39) wścieklizna;
40) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji;
41) zakażenie wirusem HIV zawodowe;
42) zakażona martwica trzustki;
43) zator tętnicy płucnej;
44) zawał serca;
45) zgorzel gazowa.

Po wystąpieniu ciężkiej choroby, za którą ponosimy odpowiedzialność, nasza ochrona wygasa w zakresie tej ciężkiej choroby.
Wypłacimy tylko jedno świadczenie za nowotwór złośliwy, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzaju nowotworów złośliwych.

Wyłączenia zgodnie z OWU

Leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego spowodowane NW lub chorobą (MLIP60)

Zakres i świadczenie	Pobyt w szpitalu w okresie ochrony: • spowodowany NW (min. 1 doba) => wskazany w polisie % SU za każdy dzień pobytu • spowodowany chorobą (min. 1 doba) => wskazany w polisie % SU za każdy dzień pobytu **Dobę liczymy jako 24 godziny.** Przykład: 1. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 12.00. Czas pobytu w szpitalu poniżej 1 doby (krócej niż 24 godziny). Świadczenie nie będzie należne. 2. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 14.00. Czas pobytu w szpitalu powyżej 1 doby (dłużej niż 24 godziny). Świadczenie będzie należne za 2 dni pobytu (pierwszy dzień pobytu to dzień przyjęcia do szpitalu, drugi dzień pobytu to dzień wypisu ze szpitala).
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Limit świadczeń	Świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu w szpitalu w roku polisowym
Zakres terytorialny	Cały świat

Wyłączenia zgodnie z OWU

Zdarzenia w życiu ubezpieczonego, które dotyczą dzieci

Śmierć dziecka
(ZDIP60)

→ Śmierć dziecka w okresie ochrony

Śmierć dziecka
spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
(ZNIP60)

→ Śmierć dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
→ Śmierć i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje muszą wystąpić w okresie naszej ochrony

Wyłączenia zgodnie z OWU

Świadczenie to 100% SU aktualnej w dniu śmierci.

Urodzenie dziecka (UDIP60)

Wyłączenia zgodnie z OWU

Zakres	Wystąpienie w okresie naszej ochrony: • urodzenia dziecka żywego • przysposobienia dziecka • urodzenia dziecka martwego – jeśli urodzenie zostało zarejestrowane
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Wysokość świadczenia	• 100% SU aktualnej w dniu urodzenia dziecka żywego albo przysposobienia dziecka • 200% SU aktualnej w dniu urodzenia dziecka martwego

Leczenie szpitalne dziecka spowodowane NW lub chorobą (DLIP60) - BMB, BSW, BZS

Zakres i świadczenie	Pobyt w szpitalu w okresie ochrony: • spowodowany NW (min. 1 doba) => wskazany w polisie % SU za każdy dzień pobytu • spowodowany chorobą (min. 1 dobę) => wskazany w polisie % SU za każdy dzień pobytu
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Limit świadczeń	Świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu w szpitalu w roku polisowym
Zakres terytorialny	Cały świat

Dobę liczymy jako 24 godziny.
Przykład:
1. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 12.00. Czas pobytu w szpitalu poniżej 1 doby (krócej niż 24 godziny). Świadczenie nie będzie należne.
2. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 14.00. Czas pobytu w szpitalu powyżej 1 doby (dłużej niż 24 godziny). Świadczenie będzie należne za 2 dni pobytu (pierwszy dzień pobytu to dzień przyjęcia do szpitalu, drugi dzień pobytu to dzień wypisu ze szpitala).

Ciężkie choroby dziecka (DCIP60)

Zakres	Wystąpienie u dziecka w okresie ochrony ciężkiej choroby zdefiniowanej w OWU
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia aktualna w dniu wystąpienia ciężkiej choroby

Wyłączenia zgodnie z OWU

Po wystąpieniu ciężkiej choroby, za którą ponosimy odpowiedzialność, nasza ochrona wygasa w zakresie tej ciężkiej choroby u tego samego dziecka.

Wypłacimy tylko jedno świadczenie za nowotwór złośliwy, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzaju nowotworów złośliwych u tego samego dziecka.

Ciężkie choroby zdefiniowane w OWU

1) bakteryjne zapalenie wsierdzia;
2) całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu;
3) całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku;
4) choroba Leśniowskiego-Crohna;
5) ciężkie oparzenie;
6) cukrzyca typu 1;
7) dystrofia mięśniowa;
8) nagminne porażenie dziecięce (choroba Heinego-Medina);
9) neuroborelioza;
10) niedokrwistość aplastyczna (anemia aplastyczna);
11) niedokrwistość hemolityczna (anemia hemolityczna);
12) niezłośliwy guz mózgu;
13) nowotwór złośliwy;
15) przewlekła niewydolność nerek;
16) schyłkowa niewydolność wątroby;
17) sepsa (posocznica);
18) śpiączka;
19) tężec;
20) toczeń rumieniowaty układowy;
21) transplantacja;
22) utrata kończyny;
23) wścieklizna;
24) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji;
25) zapalenie mózgu;
26) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Zdarzenia w życiu ubezpieczonego, które dotyczą rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka albo partnera ubezpieczonego

Śmierć rodzica ubezpieczonego
lub rodzica małżonka
albo partnera życiowego ubezpieczonego
(ZRIP60)

→ Śmierć rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego

Śmierć rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
(NRIP60)

→ Śmierć rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem
→ Śmierć i nieszczęśliwy wypadek, który ją spowoduje muszą wystąpić w okresie naszej ochrony

Świadczenie to 100% SU aktualnej dla danego zdarzenia w dniu śmierci

Wyłączenia zgodnie z OWU

Fakultatywne umowy dodatkowe dla wariantu III – dożywotniego

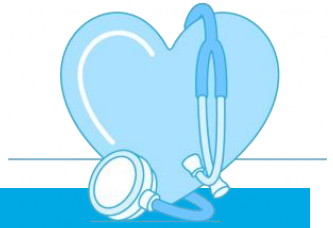
Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu
(ZZIP70)

- Śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udaru mózgu
- Śmierć i zawał serca lub udar mózgu, który ją spowoduje muszą wystąpić w okresie naszej ochrony
- Wiek wejścia: 60-70 lat (wiek polisowy)
- Czas trwania: umowa roczna, zawierana na kolejne okresy roczne na podstawie oferty PZU, zakończy się w rocznicę polisy, w której wiek polisowy ubezpieczonego wyniesie 71 lat

Świadczenie to 100% SU aktualnej w dniu śmierci

Wyłączenia zgodnie z OWU

Dodatkowe ubezpieczenie ciężkie choroby ubezpieczonego (CCIP70)



Wiek wejścia: **Czas trwania:**	60-70 lat (wiek polisowy) umowa roczna, zawierana na kolejne okresy roczne na podstawie oferty PZU, zakończy się w rocznicę polisy, w której wiek polisowy ubezpieczonego wyniesie 71 lat
Zakres	Wystąpienie u ubezpieczonego w okresie ochrony nowotworu lub innej ciężkiej choroby zdefiniowanej w OWU
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Wysokość świadczenia	Nowotwór złośliwy – 100% SU aktualnej w dniu wystąpienia nowotworu wskazanej w polisie Pozostałe ciężkie choroby – suma ubezpieczenia aktualna w dniu wystąpienia ciężkiej choroby

Wyłączenia zgodnie z OWU

Ciężkie choroby zdefiniowane w OWU

1) bakteryjne zapalenie mózgu oraz opon mózgowo-rdzeniowych;
2) bakteryjne zapalenie wsierdzia;
3) bąblowiec mózgu;
4) całkowita utrata mowy;
5) całkowita utrata słuchu w co najmniej jednym uchu;
6) całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku;
7) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej;
8) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej;
9) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass);
10)chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca;
11) choroba Alzheimera;
12) choroba Creutzfeldta-Jakoba;
13) choroba Huntingtona;
14) choroba Leśniewskiego-Crohna;
15) choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne);
16) choroba Parkinsona;
17) ciężkie oparzenie;
18) gruźlica;
19) kleszczowe zapalenie mózgu;
20) neuroborelioza;
21) niedokrwistość aplastyczna (anemia aplastyczna);
22) niezłośliwy guz mózgu;
23) nowotwór złośliwy;
24) paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego;
25) przewlekła niewydolność nerek;
26) reumatoidalne zapalenie stawów;
27) ropień mózgu;
28) schyłkowa niewydolność wątroby;
29) sepsa (posocznica);
30) stwardnienie rozsiane;
31) śpiączka;
32) tężec;
33) toczeń rumieniowaty układowy;
34) transplantacja;
35) udar mózgu;
36) uraz czaszkowo-mózgowy;
37) utrata kończyny;
38) wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
39) wścieklizna;
40) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji;
41) zakażenie wirusem HIV zawodowe;
42) zakażona martwica trzustki;
43) zator tętnicy płucnej;
44) zawał serca;
45) zgorzel gazowa.

Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (LNIP70)

Wiek wejścia: **Czas trwania:**	60-70 lat (wiek polisowy) umowa roczna, zawierana na kolejne okresy roczne na podstawie oferty PZU, zakończy się w rocznicę polisy, w której wiek polisowy ubezpieczonego wyniesie 71 lat
Zakres i świadczenie	Pobyt w szpitalu w okresie ochrony: • spowodowany NW (min. 1 doba) -> wskazany w polisie % SU za każdy dzień pobytu • spowodowany NW – na OIT (min. 48 godzin) -> wskazany w polisie % SU (świadczenie jednorazowe) • spowodowany NW – na oddziale rehabilitacyjnym (min. 1 doba) -> wskazany w polisie % SU za każdy dzień pobytu
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Limit świadczeń	Świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu w szpitalu w roku polisowym (w tym maks. za 21 dni pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym spowodowanym jednym NW)
Zakres terytorialny	Cały świat

Wyłączenia zgodnie z OWU

Dobę liczymy jako 24 godziny.

Przykład:
1. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 12.00.
Czas pobytu w szpitalu poniżej 1 doby (krócej niż 24 godziny). Świadczenie nie będzie należne.
2. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 14.00. Czas pobytu w szpitalu powyżej 1 doby (dłużej niż 24 godziny). Świadczenie będzie należne za 2 dni pobytu (pierwszy dzień pobytu to dzień przyjęcia do szpitalu, drugi dzień pobytu to dzień wypisu ze szpitala).

Dodatkowe ubezpieczenie leczenia szpitalnego zawału serca, udaru mózgu lub nowotworu złośliwego u ubezpieczonego (LKIP70)

Wiek wejścia: **Czas trwania:**	60-70 lat (wiek polisowy) umowa roczna, zawierana na kolejne okresy roczne na podstawie oferty PZU, zakończy się w rocznicę polisy, w której wiek polisowy ubezpieczonego wyniesie 71 lat
Zakres	Leczenie szpitalne zawału serca, udaru mózgu lub nowotworu złośliwego Zawał serca, udar mózgu, nowotwór złośliwy oraz leczenie szpitalne muszą wystąpić w okresie ochrony Odpowiadamy za leczenie szpitalne, które będzie trwało co najmniej 3 kolejne dni Za pierwszy dzień leczenia szpitalnego przyjmuje się dzień przyjęcia do szpitala, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala. **Przykład** 1. Klient został przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 17.11.2023 o godz. 12.00. Czas pobytu w szpitalu wynosi 3 kolejne dni. Świadczenie będzie należne. 2. Klient przyjęty do szpitala 15.11.2023 o godz. 13.00, wypisany 16.11.2023 o godz. 14.00. Czas pobytu w szpitalu poniżej 3 dni. Świadczenie nie będzie należne.
Świadczenie	Wskazany w polisie % SU za każdy dzień pobytu
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Limit świadczeń	Świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w roku polisowym
Zakres terytorialny	Cały świat

Wyłączenia zgodnie z OWU

Dodatkowe ubezpieczenie z kartą apteczną (APIP70)

Wiek wejścia: **Czas trwania:**	60-70 lat (wiek polisowy) umowa roczna, zawierana na kolejne okresy roczne na podstawie oferty PZU, zakończy się w rocznicę polisy, w której wiek polisowy ubezpieczonego wyniesie 71 lat
Zakres	Pobyt w szpitalu w okresie ochrony spowodowany NW - zdarzenie LNIP70
Świadczenie	Karta apteczna o wartości 100% SU aktualnej w pierwszym dniu pobytu w szpitalu. Karta apteczna umożliwia odbiór produktów w aptece. Zasady aktywacji oraz korzystania z karty aptecznej określa Regulamin karty aptecznej (załącznik do OWU) .
Suma ubezpieczenia	Zgodnie z wybranym pakietem
Limit świadczeń	Ubezpieczony może otrzymać kartę apteczną maksymalnie za 3 pobyty w szpitalu rozpoczęte w każdym roku polisowym
Zakres terytorialny	Cały świat

Wyłączenia zgodnie z OWU

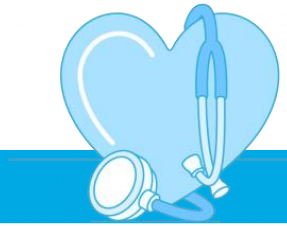
Dodatkowe ubezpieczenie Asystent ubezpieczonego w razie utraty zdrowia (AUIP70)

Wiek wejścia: **Czas trwania:**	60-70 lat (wiek polisowy) umowa roczna, zawierana na kolejne okresy roczne na podstawie oferty PZU, zakończy się w rocznicę polisy, w której wiek polisowy ubezpieczonego wyniesie 71 lat
Zakres	Wystąpienie u ubezpieczonego w okresie naszej ochrony: • pobytu w szpitalu NW (min. 1 doba) • uszczerbku na zdrowiu NW (min. 10%) • uszkodzenia ciała NW Wyłączenia zgodnie z OWU
Świadczenia	**W przypadku <u>pobytu w szpitalu NW lub uszczerbku na zdrowiu NW</u> możliwość skorzystania z:** 1) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego 2) Dostarczenia leków 3) Opieki nad dziećmi 4) Opieki nad osobą niesamodzielną 5) Transportu medycznego 6) Organizacji transportu oraz zwrotu kosztów wypożyczenia bądź zakupu sprzętu rehabilitacyjnego 7) Drobnych napraw domowych 8) Opieki domowej pielęgniarki 9) Opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi 10) Pomocy w prowadzeniu domu 11) Przekazania do naprawy przedmiotów użytku osobistego 12) Transportu na rehabilitację 13) Pomocy psychologa 14) Wizyt domowych fizjoterapeuty lub masażysty 15) Pomocy osobie, którą wskaże ubezpieczony **W przypadku <u>uszkodzenia ciała NW</u> możliwość skorzystania z:** 1) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego 2) Pomocy medycznej a) wizyta lekarza w Twoim domu albo Twoja wizyta u lekarza w placówce medycznej b) wizyta pielęgniarki w Twoim domu c) transport 3) Pomocy rehabilitacyjnej i pielęgnacyjnej: a) organizacja procesu rehabilitacji b) organizacja transportu oraz zwrot kosztów wypożyczenia bądź zakupu sprzętu rehabilitacyjnego c) dostarczenie leków **Szczegółowy opis świadczeń, w tym obowiązujące limity, określone są w OWU.**

Dodatkowe ubezpieczenie Twoje Zdrowie usługi medyczne

Czyli Opieka Medyczna dla ubezpieczonego albo ubezpieczonego i małżonka/partnera

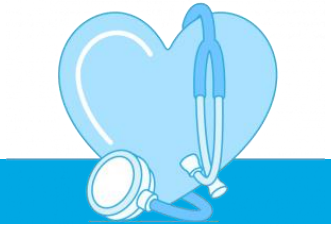
TWOJE ZDROWIE – usługi medyczne (UZIP70)



Wiek wejścia i czas trwania umowy:	TWOJE ZDROWIE – usługi medyczne (UZIP70) jako umowa dodatkowa do Wariantu I: • ubezpieczony: 18-59 • współubezpieczony: 18-59 umowa roczna, zawierana na kolejne okresy roczne na podstawie oferty PZU, zakończy się w rocznicę polisy, w której wiek polisowy ubezpieczonego wyniesie 60 lat. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do współubezpieczonego trwa do rocznicy polisy, w której wiek polisowy współubezpieczonego wyniesie 60 lat. TWOJE ZDROWIE – usługi medyczne (UZIP70) jako umowa dodatkowa do Wariantu II: • ubezpieczony: 60-69 • współubezpieczony: 18-69 umowa roczna, zawierana na kolejne okresy roczne na podstawie oferty PZU, zakończy się w rocznicę polisy, w której wiek polisowy ubezpieczonego wyniesie 70 lat. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do współubezpieczonego trwa do rocznicy polisy, w której wiek polisowy współubezpieczonego wyniesie 70 lat. TWOJE ZDROWIE – usługi medyczne (UZIP70) jako umowa dodatkowa do Wariantu III: • ubezpieczony: 60-70 • współubezpieczony: 18-69 umowa roczna, zawierana na kolejne okresy roczne na podstawie oferty PZU, zakończy się w rocznicę polisy, w której wiek polisowy ubezpieczonego wyniesie 71 lat. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do współubezpieczonego trwa do rocznicy polisy, w której wiek polisowy współubezpieczonego wyniesie 70 lat.
Zakres usług medycznych:	zakres usług medycznych, który ubezpieczony wybiera dla siebie, jest taki sam dla współubezpieczonego.
Zmiana zakresu usług medycznych:	• możliwa w ramach wariantu I, od płatnicy składki • skutkuje ,,automatyczną'' zmianą zakresu dla współubezpieczonego
Współubezpieczony – dodanie, zmiana, rezygnacja	• dodanie lub zmiana współubezpieczonego - możliwe od płatnicy składki • rezygnacja współubezpieczonego – możliwa z końcem miesiąca polisowego

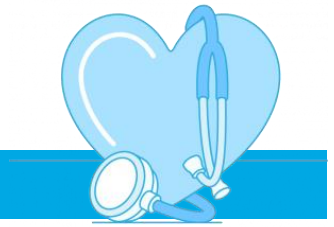
Wyłączenia zgodnie z OWU

TWOJE ZDROWIE – usługi medyczne (UZIP70)
Zakres Zdrowie Start – dla wariantu I



Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	• 16 specjalizacji
• alergologii, chirurgii ogólnej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, kardiologii, nefrologii, neurologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologii, pulmonologii, reumatologii, urologii, wenerologii	• bez limitu, bezpłatnie
• ginekologii i położnictwa	• 2 konsultacje w roku polisowym, bezpłatnie
Porady telemedyczne z zakresu	• 12 specjalizacji
• alergologii, chirurgii ogólnej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, ginekologii i położnictwa, kardiologii, nefrologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pulmonologii, urologii	• bez limitu, bezpłatnie
Tomografia komputerowa/rezonans	• 48 badań – bez limitu, 15% zniżki
Badania diagnostyczne i laboratoryjne	• 23 – bez limitu, bezpłatnie • 80 – bez limitu, 15% zniżki
Zabiegi ambulatoryjne	• 41 –bez limitu, bezpłatnie
Stomatologia	• przegląd oraz stomatologia zachowawcza: bez limitu, 20% zniżki
Refundacja – zwrot kosztów za wizyty lekarskie i badania objęte zakresem (w kwocie nie wyższej niż wskazana na fakturze i nie wyższej niż określona dla danej usługi w cenniku załączonym do umowy)	• TAK

TWOJE ZDROWIE – usługi medyczne (UZIP70)
Zakres Zdrowie Medium – dla wariantu I



Konsultacje ambulatoryjne z zakresu	• 24 specjalizacji
• chorób wewnętrznych (interny), medycyny rodzinnej, alergologii, anestezjologii, audiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, hematologii, hepatologii, kardiologii, nefrologii, neurologii, okulistyki, onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologii, pulmonologii, reumatologii, urologii, wenerologii	• bez limitu, bezpłatnie
• ginekologii i położnictwa	• 2 konsultacje w roku polisowym, bezpłatnie
Porady telemedyczne z zakresu	• 15 specjalizacji
• chorób wewnętrznych (interny), alergologii, chirurgii ogólnej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, ginekologii i położnictwa, hematologii, kardiologii, nefrologii, neurologii, onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pulmonologii, urologii	• bez limitu, bezpłatnie
Tomografia komputerowa/rezonans	• 51 badania – bez limitu, zniżka 15%
Badania diagnostyczne i laboratoryjne	• 215 –bez limitu, bezpłatnie • 74 – bez limitu, 15% zniżki
Zabiegi ambulatoryjne	• 42 – bez limitu, bezpłatnie
Stomatologia	• przegląd oraz stomatologia zachowawcza: 20% zniżki
Szczepienia ochronne	• tężec – bez limitu, bezpłatnie • grypa – raz w roku polisowym, bezpłatnie
Wizyty domowe	• 2 wizyty w roku polisowym, bezpłatnie (interna i medycyna rodzinna)
Refundacja – zwrot kosztów za wizyty lekarskie i badania objęte zakresem (w kwocie nie wyższej niż wskazana na fakturze i nie wyższej niż określona dla danej usługi w cenniku załączonym do umowy)	• TAK

TWOJE ZDROWIE – usługi medyczne (UZIP70)
Zakres Zdrowie Profilaktyka Plus – dla wariantu II i III

Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:	• 18 specjalizacji
• chorób wewnętrznych (interny), medycyny rodzinnej	• 2 konsultacje w roku polisowym bezpłatnie • kolejne 50% zniżki
• alergologii, chirurgii ogólnej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, ginekologii, kardiologii, nefrologii, neurologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologii, pulmonologii, reumatologii, urologii	• bez limitu, 50% zniżki
Porady telemedyczne z zakresu:	• 17 specjalizacji
• chorób wewnętrznych (interny), alergologii, chirurgii ogólnej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, ginekologii, kardiologii, nefrologii, neurologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologii, pulmonologii, reumatologii, urologii	• 2 konsultacje w roku polisowym bezpłatnie • kolejne 50% zniżki
Badania diagnostyczne i laboratoryjne	• badania profilaktyczne – raz w roku polisowym, bezpłatnie: → dla kobiet: 16 rodzajów badań → dla mężczyzn: 16 rodzajów badań • 50% zniżki na kilkadziesiąt badań diagnostycznych
Stomatologia	• przegląd oraz stomatologia zachowawcza: bez limitu, 20% zniżki
Refundacja zwrot kosztów za wizyty lekarskie i badania objęte zakresem (w kwocie nie wyższej niż wskazana na fakturze i nie wyższej niż określona dla danej usługi w cenniku załączonym do umowy)	• TAK

Mechanizm indeksacji składki w wariancie III

Podstawowe informacje

Mechanizm indeksacji składki w wariancie III (dożywotnim)

Ubezpieczający może:

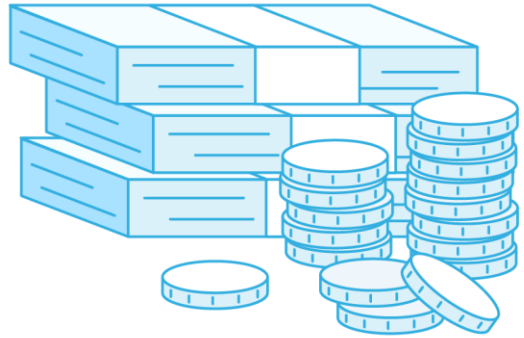
- wybrać podwyższenie składki o zaproponowany wskaźnik indeksacji albo
- wybrać podwyższenie składki o indywidualny wskaźnik indeksacji, nie niższy niż 5% i nie wyższy niż zaproponowany wskaźnik indeksacji albo
- zrezygnować z indeksacji składki.

Jeśli ubezpieczający nie poinformuje nas najpóźniej 14 dni przed rocznicą polisy, że:

- chce podwyższyć składkę o indywidualny wskaźnik indeksacji albo
- chce zrezygnować z indeksacji składki
- to podwyższymy składkę o zaproponowany wskaźnik indeksacji.

Po indeksacji składki dotychczasowa SU dla poszczególnych zdarzeń wzrasta o dodatkową kwotę (dodatkową SU), którą obliczamy na podstawie:

- kwoty, o którą wzrosła składka w wyniku indeksacji w danym roku polisowym;
- składek taryfowych, które obowiązują w dniu indeksacji;
- wieku polisowego ubezpieczonego w dniu indeksacji;
- częstotliwości opłacania składki.



Mechanizm indeksacji składki w wariancie III (dożywotnim)

Indeksacja składki:

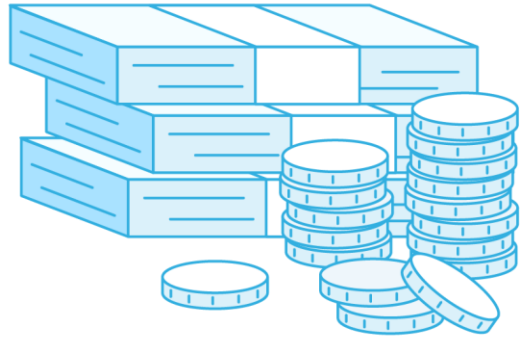
To podwyższenie składki o wybrany wskaźnik indeksacji, powoduje podwyższenie SU dla poszczególnych zdarzeń.

Propozycja indeksacji

Najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy możemy zaproponować ubezpieczającemu indeksację składki. W propozycji indeksacji składki wskażemy jak wpłynie ona na wysokość składki i SU dla poszczególnych zdarzeń.

Wskaźnik indeksacji

Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy **wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych**, **który publikuje Główny Urząd Statystyczny na koniec września danego roku kalendarzowego za ostatnie 12 miesięcy**. Jeżeli ten wskaźnik **jest niższy niż 5%,** proponowany wskaźnik indeksacji wynosi **5%.** Wskaźniki indeksacji stosujemy do wszystkich umów, których rocznica polisy przypada w następnym roku kalendarzowym.



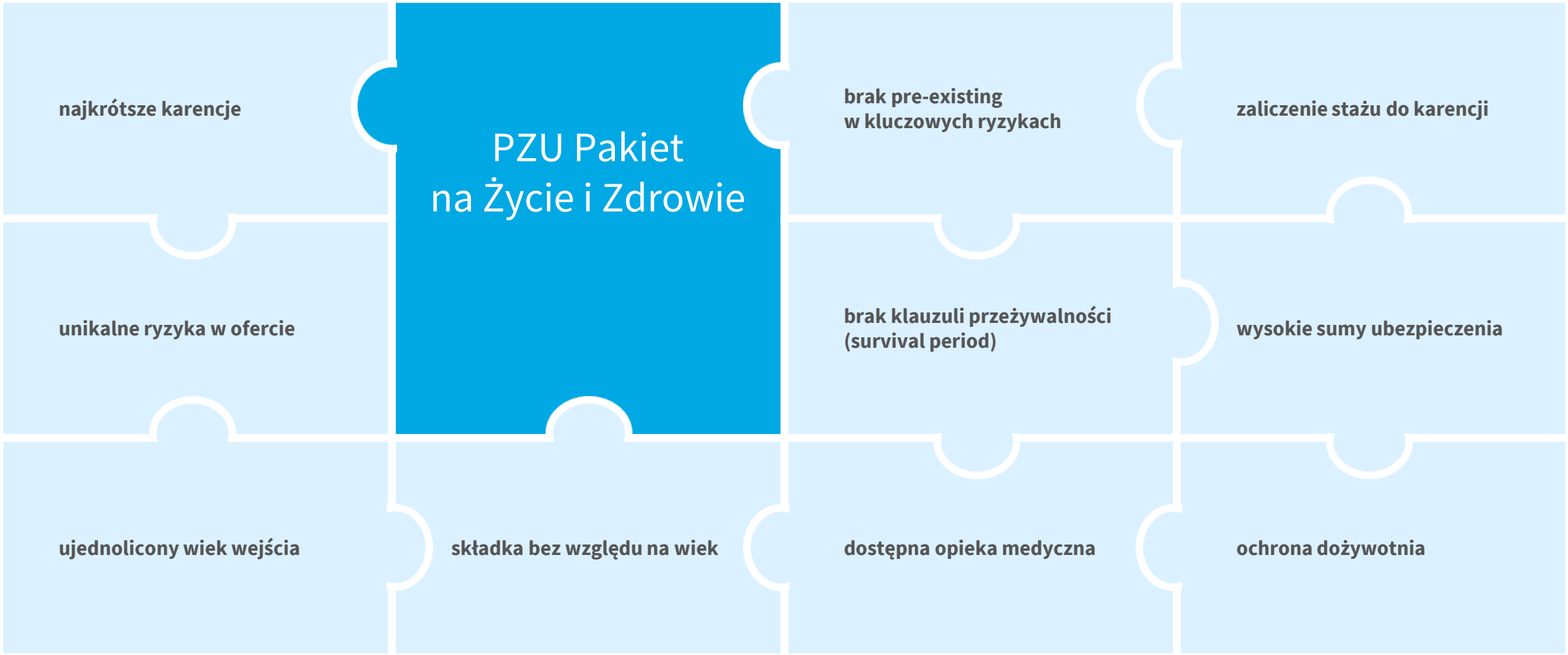
Kiedy nie zaproponujemy indeksacji składki?

Nie zaproponujemy indeksacji składki od rocznicy polisy, która przypada po ukończeniu przez ubezpieczonego 90 lat.

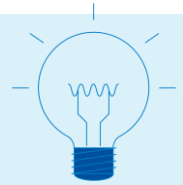
Przewagi konkurencyjne

analiza rynku na dzień 17 stycznia 2024 r.

Dlaczego warto oferować PZU Pakiet na Życie i Zdrowie



Przewagi oferty vs. konkurencja



Zaliczanie stażu do karencji

Najkrótsze karencje w kluczowych ryzykach (dane w miesiącach)

Ryzyka:	PZU	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5	TU6
śmierć	5	6	6 0 (dla UB)	6 (Małżonek) 0 (dla UB) 3 (dla Rodzica/Teścia/Dziecka)	6 0 (UB)	6	6
ciężkie choroby	3 6 (dla Małżonka/Partnera)	6	3	3	3	3	6
operacje	6	6	6	3	6	3	6
leczenie szpitalne	1	3	2	3	1	3	6

Brak pre-existing w kluczowych ryzykach dla ubezpieczonego oraz brak klauzuli przeżywalności w Ciężkich chorobach

- **pre-existing** to brak odpowiedzialności za zdarzenia będące wynikiem choroby zdiagnozowanej przed zawarciem umowy albo rozpoczętego procesu diagnostyczno-leczniczego
- **klauzula przeżywalności** to wymagany okres przeżycia, aby mogło być wypłacone świadczenie

Czy występuje:	PZU	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5	TU6
pre-existing: CC, lecz.spec. OP.	nie	nie (poza nowotworem w CC) OP – tak	tak	tak	nie	nie	tak
klauzula przeżywalności dla ub. i rodziny	nie	nie	tak – 1	nie	tak – 1m	tak – 1m	tak – 6m

Przewagi oferty vs. konkurencja

Ujednolicony wiek wejścia do umowy (wariant I)

	PZU	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5	TU6
warianty singlowe	do 59 r.ż. ochrona do 70 r.ż.	do 56 r.ż. ochrona do 70 r.ż.	do 54 r.ż. i po 54 r.ż. (powyżej 54 lat ograniczony zakres) ochrona do 70 r.ż.	do 65 r.ż. ochrona do 67 r.ż.	do 59 r.ż. ochrona do 59 r.ż.	do 69 r.ż. ochrona do 69 r.ż.	do 55 r.ż. ochrona do 69 r.ż.
warianty rodzinne		do 66 r.ż. ochrona do 70 r.ż.					

Jedna składka bez względu na wiek

(na rynku występują dwa modele: stała składki i „schodek” sumy ubezpieczenia albo stała suma ubezpieczenia i rosnąca składka)

	PZU		TU1		TU2*		TU3			TU4			TU6*	
band wiekowy	do 50	51-70	do 50	51-70	do 54	55-70	do 40	41-55	56-67	40-49	50-54	55-59	do 55	56-72
czy stała składka?	tak		tak		nie		nie			nie			nie	

***TU2** po ukończeniu 54 r.ż. znaczne ogranicza zakres, np. mniej chorób w ramach CC, wymagany dłuższy minimalny pobyt w ramach LS
***TU6** po 65 r.ż., wygasza większość umów chorobowych, np.: CC, Leczenie specjalistyczne, LS, OP z choroby

Przewagi oferty vs. Konkurencja

Dostępna opieka medyczna dla ubezpieczonego oraz małżonka/partnera życiowego

	PZU	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5	TU6
wariant I	**tak, dwa zakresy: 17 i 25 specjalizacji**	brak	brak	brak	brak	brak	brak
wariant II i III Senior	**tak, 1 zakres**	brak	brak	brak	brak	brak	brak

Na rynku brak opieki medycznej dedykowanej do tego rodzaju produktu

Ochrona dożywotnia (gwarancja składki) dla ubezpieczonego oraz małżonka/partnera życiowego

	PZU	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5	TU6
ochrona dożywotnia	**tak**	brak	brak	brak	brak	brak	brak

Przewagi oferty vs. Konkurencja

Unikalne ryzyka w ofercie PZU

	PZU	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5	TU6
nowotwór złośliwy* (ponad 100% SU z tytułu CC)	✓	×	×	×	×	×	×
nowotwór in -situ	✓	w cegiełce, za dopłatą	×	✓ (poza standardem)	✓ (niska SU)	×	×
uszczerbek z bólowym	✓	w cegiełce, za dopłatą	×	katalog zamknięty	✓	×	×
LS Plus – CC (45 chorób)	✓	zawał/udar	zawał/krwotok śródmózgowy	zawał/udar	zawał/udar	zawał/udar	zawał/udar
LS Plus – za pierwsze 14 dni	✓	✓ (brak NW)	×	✓ (brak NW)	✓ (brak NW)	×	×
złamanie kości	✓	×	×	×	×	×	×
MAŁŻONEK/PARTNER							
operacje	✓	×	×	×	×	bez partnera	×
uszczerbek z bólowym	✓	×	×	bez bólowego	bez bólowego	bez bólowego	×
śmierć spowodowana WK	✓	✓	×	✓	✓	×	✓
śmierć spowodowana zawałem/udarem	✓	✓	×	×	✓	×	×

*rynek nowotwór złośliwy ma w zakresie CC, za który płaci max 100% SU. PZU płaci za nowotwór złośliwy ponad 100% SU z tytułu CC (podwyższone świadczenie)

UWAGA: Konkurencja ma ryzyka, których nie ma w ofercie PZU, np.:

- niezdolność do jakiejkolwiek pracy/samodzielnej egzystencji(TU1/TU2/TU3/TU6) – niska wartość dla klienta (obostrzenia definicyjne)
- refundacja kosztów leczenia NW z limitem kwotowym (TU3/TU4)
- sanatorium, powikłania pooperacyjne, chirurgia jednego dnia (TU4)
- assistance w razie NW i choroby/ MediPomoc – świadczenia medyczne i opiekuńcze z NW (TU1/TU2/TU3/TU4/TU5/TU6)
- zdarzenia dla M/P w ramach leczenia szpitalnego jak dla UB LS Plus (TU1)
- renta miesięczna (500-1000 zł) w przypadku osierocenia dziecka, płatna przez 60 miesięcy (TU1/TU4)

Przewagi oferty vs. konkurencja

Wysokie sumy ubezpieczenia – pakiety rodzinne Premium (podobne zależności na ryzykach UB w pakiecie singiel), dane w zł

Pakiety rodzinne – składka ok. 200 zł	PZU*	TU1*	TU2	TU3	TU4	TU5*	TU6*
śmierć	**do 80 000 P+ 130 000**	do 80 000	do 30 000	do 50 000	do 30 000	do 70 000	do 100 000
śmierć NW/WK	**do 500 000 P+ 600 000**	do 247 000	do 90 000	do 160 000	do 230 000	do 350 000	do 240 000
nowotwór złośliwy	**do 30 000**	do 4 000 w ramach CC	do 5 000 w ramach CC	do 4 000 w ramach CC	do 10 000 w ramach CC	do 10 000 w ramach CC	do 10 000 w ramach CC
nowotwór in–situ	**do 10 000**	brak	brak	poza standardem	2000	brak	brak
śmierć M/P	do 15 000	do 15 000	do 10 000	do 8 000	**do 17 500**	do 7 000	do 15 000
śmierć NW M/P	**do 130 000**	do 30 000	do 20 000	do 28 000	do 35 000	do 27 000	do 30 000
ciężkie choroby M/P	do 5 000	4 000	3 000	4 000	do 4 000	**do 7 000**	brak ryzyka
ciężkie choroby dziecka	do 8 000	4 000	3 000	4 000	do 8 000	**do 18 000**	**do 10 000**

*wysokości SU na podstawie pakietów przygotowanych na start sprzedaży. W zależności od potrzeb i po spełnieniu określonych parametrów wysokości SU można kształtować dowolnie.

***TU6** po ukończeniu 65 r.ż. wygasa CC ubezpieczonego i jego dziecka, w przypadku śmierci małżonka w tym samym dniu co ubezpieczonego – świadczenie nie przysługuje
***TU5** po ukończeniu 65 r.ż. wygasa śmierć zawał/udar; uszczerbek zawał/udar; pobyt w szpitalu, operacja medyczna; śmierć rodziców i teściów/urodzenie dziecka/CC dziecka
***TU1** – w pakietach VIP z wysoką składką i mocniejszym oświadczeniem wyższe SU (np. zgon 175 000 zł)

Przewagi oferty vs. konkurencja

Unikalne ryzyka w ofercie PZU dla seniora z wiekiem wejścia od 60 r.ż. (wariant II – ochrona do 70 r.ż., wariant III – ochrona dożywotnia)

Pakiety senioralne*	PZU*	TU1	TU2	TU3	TU4	TU6
wiek wejścia	od 60 do 69 r.ż.	od 55 do 70 r.ż.	od 54 r.ż.	od 67 r.ż.	od 60 do 70 r.ż.	od 56 -72 r.ż.
ciężkie choroby	✓	×	✓	×	✓	✓
nowotwór złośliwy	✓	×	w ramach CC	×	w ramach CC	w ramach CC
leczenie szpitalne w wyniku zawału serca, udaru mózgu lub nowotworu	✓	×	×	×	×	×
śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu	✓	×	✓	×	✓	×
śmierć M/P spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu	✓	×	×	×	✓	×
złamanie kości	✓	×	×	×	×	×
uszczerbek z bólowym	✓	bez bólowego	×	bez bólowego	✓	×
opieka medyczna dla tego rodzaju produktu	✓	×	×	×	×	×

*zakres w ramach pakietów senioralnych przygotowanych na start sprzedaży. W kafeterii ryzyk w produkcie elastycznym dostępne są też inne ryzyka.
W zależności od potrzeb i po spełnieniu określonych parametrów można budować pakiety z innym zakresem.

UWAGA

Konkurencja ma ryzyka, których nie ma w ofercie PZU, np. urodzenie wnuka (wypłata 500 zł za 1-go i 2-go wnuka/250 zł za 3-go i 4-go wnuka, 50 zł za każdego kolejnego wnuka)

Diabeł tkwi
w szczegółach

Dlaczego warto oferować PZU Pakiet na Życie i Zdrowie

Przewagi oferty vs. konkurencja

1. Pobyt w szpitalu

pobyt w szpitalu		PZU	TU1*	TU2*	TU3	TU4	TU5	TU6
min. l. dni /max. l. dni	ubezpieczony	NW – doba CH – doba LS CC – doba max. 180	NW - 1dzień CH - 1 dzień Z/U- 4 dni max 360	NW/CH – 2 dni do 54 r.ż. 4 dni pow. 54 r.ż. max 180	NW – 1 dzień CH – 1 dzień max 200	NW – 1 dzień CH – b.d. max 180/360	NW – 1 dzień CH – 4 dni max 180	NW – 2 dni CH – 2 dni max 92
	małżonek /partner		NW – 1 dzień CH - 4 dni	Brak ryzyka	NW – 2 dni CH – brak ryzyka	NW – 1 dzień CH- b.d.	NW – 1 dzień CH – 4 dni	NW – 4 dni CH – 4 dni
	dziecko		NW – 1 dzień CH - 6 dni	NW –7 dni CH - 7 dni	NW – 2 dni CH – 2 dni	NW – 1 dzień CH- b.d.	NW – 1 dzień CH – 4 dni	NW – 4 dni CH – 4 dni
pomniejszanie świadczeń od 15. dnia pobytu		nie	tak	tak	tak (M/P i D)	nie	nie	nie
definicja dziecka w ramach LS		od 3 miesięcy do 25 lat jeśli się uczy	od 1 roku do 25 r.ż.	od 1 roku do 25 r.ż., bez dzieci przysposobionych	od urodzenia do 26 lat, bez limitu gdy SE	do 25 r.ż.	od 1 roku do 18 r.ż.	od 6 m do 18 r.ż.

* TU1 i TU2 wykluczony SOR nieskutkujący dalszą hospitalizacją

*TU2 po ukończeniu 54 r.ż. dłuższy wymagany min pobyt w ramach Leczenia Szpitalnego
*TU6 wygasza Leczenie szpitalne w wyniku choroby

Przewagi oferty vs. konkurencja

2. Ciężkie choroby, leczenie specjalistyczne, operacje

Ciężkie choroby		PZU	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5	TU6
liczba chorób	ubezpieczony	45	44	34 do 54 r.ż. 18 pow. 54 r.ż.	40	65 do 59 r.ż. 27 pow. 59 r.ż.	51	26, max. do 65 r.ż.
	małżonek/ partner życiowy	45	44	12	13	26	29 (brak partnera)	brak ryzyka
	dziecko	26	22	18	10	24	16	14
Leczenie specjalistyczne								
liczba metod		10	8	7	50 brak chemio-radioterapii	7	brak ryzyka	7
wysokość świadczenia za metodę		100%	100%	3 metody – 50% SU	od 10 do 50%	4 metody – 50% SU		100%, ochrona max do 65 r.ż.
Operacje								
liczba operacji w katalogu		610	550	540	432	64 kategorie zabiegów	533	541
klasy operacji niższa klasa operacji pozwala na włączenie lżejszych kategorii operacji		5 klas od 5%	5 klas od 10%, max 3 OP w roku	3 klasy od 20%	5 klas od 20%	4 klasy	3 klasy od 20%	5 klas, ochrona max. do 65 r.ż. z tytułu choroby

Przewagi oferty vs. konkurencja

3. Zdarzenia wypadkowe oraz inne kluczowe – warunkowa wypłata świadczenia (wymagane wystąpienie śmierci w określonym czasie, aby mogło być wypłacone świadczenie z danego zdarzenia.

	PZU	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5	TU6
śmierć zawał/udar – czy jest warunek?	**brak**	brak	do 180 dni od Z/U	do 90 dni od Z/U	do 90 dni od Z/U	do 1 m od Z/U	do 6 m-cy od Z/U
śmierć NW/WK – czy jest warunek?	**brak**	brak	do 180 dni od wypadku	do 210 dni od wypadku	do 12 m-cy od wypadku	do 12 m-cy od wypadku	do 6 m-cy od wypadku
uszczerbek	**brak**	do 180 dni od wypadku	do 180 dni od wypadku	do 180 dni od wypadku	do 180 dni od wypadku	brak	do 180 dni od wypadku

4. Śmierć bliskich

	PZU	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5	TU6
wiek dziecka w ryzyku śmierci dziecka	**bez limitu**	uk. 1 rok – bez górnego limitu	do 25 r.ż.	od urodzenia do 26 r.ż. (bez limitu jeśli SE)	bez limitu	do 18 r.ż.	do 25 r.ż.
limit wypłat dot. śmierci rodzic/teść	**bez limitu**	bez limitu	bez limitu	maks. 2 wypłaty	maks. 2 wypłaty	maks. 2 wypłaty	brak wypłaty gdy śmierć tego samego dnia co ub.

7 powodów dlaczego warto oferować nasz produkt
1/2

1 Konkurencyjny zakres ochrony i wysokość świadczeń

- → Śmierć Ubezpieczonego do 130 000 zł → *najczęściej SU na rynku do 30 000 zł*
- → Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku do 350 000 zł → *najczęściej na rynku to podwójna SU z tytułu śmierci czyli 60 000 zł*
- → Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego do 600 000 zł → *najczęściej na rynku to potrójna SU z tytułu śmierci 90 000 zł*
- → Śmierć Małżonka/Partnera w wyniku wypadku do 130 000 → *max 50 000 na rynku*
- → Pobyt w szpitalu Plus – podwyższone świadczenie w przypadku pobytu w wyniku wypadku → *na rynku nie występuje „podbicie" SU na pobyt NW*
- → Pobyt w szpitalu Plus - podwyższone świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wyniku 45 chorób → *na rynku występuje „podbicie" tylko na wypadek dwóch chorób: zawał serca i udar mózgu*
- → Ciężkie choroby: 45 chorób do 70 r.ż., konkurencyjne wysokości świadczeń → *na rynku (TU1) znacznie niższe SU – 6 000 zł i 4 000 zł; Tylko TU5 z wyższą liczbą chorób (51) do 69 r.ż.*
- → Leczenie specjalistyczne: 10 metod leczenia – płatne 100% SU za metodę → *na rynku najczęściej 7 metod , wypłata 50% SU za wybrane metody*

2 Dodatki, które wyróżniają nas na rynku

- → Nowotwór złośliwy ze świadczeniem ponad 100% SU z tytułu CC → *na rynku brak podbicia SU na nowotwór złośliwy do takiego poziomu*
- → Nowotwór we wczesnym stadium do 10 000 zł → *brak u konkurencji ryzyka albo takiego poziomu sumy ubezpieczenia (TU 4 z SU 2000 zł* w najdroższych pakietach)

3 Dodatki dostosowane do potrzeb klienta

- → Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego i jego rodziny: min 1 doba w przypadku choroby albo wypadku czy też ciężkiej choroby; wypłata od 15 dnia 100% dziennego świadczenia → *rynek bardzo często ogranicza wypłatę do 50% od 15 dnia pobytu w szpitalu, ma też wyższe wymagane min pobytu np. od 4 dnia ubezpieczony (TU5), od 4 dnia pobyt w szpitalu małżonka/partnera z tytułu choroby (TU1); od 6 dnia pobyt dziecka (TU1)*
- → Pobyt w szpitalu Plus w wyniku CC - dodatkowe świadczenie jeżeli pobyt w szpitalu był wynikiem jednej z 45 wymienionych chorób (wymagany pobyt min. 1 doba*)* → *rynek zazwyczaj płaci tylko za pobyt w szpitalu z tytułu zawału/udaru i wymaga aż 4 dniowego pobytu (TU1)*
- → Uszczerbek – tabela w punkt zamiast zakresu świadczenia „ od –do" to jednolitość orzekania, mniej reklamacji i zarzutu uznaniowości o poziomie uszczerbku → *rynek jeszcze stosuje tabele z zakresami świadczeń „od –do" np. TU1, TU3*
- → Nowość: "bólowe" czyli uraz niepowodujący uszczerbku dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera oraz dziecka → *tylko niektórzy konkurenci mają w zakresie „bólowe": TU3, TU4*

Otoczenie konkurencyjne: warta. GENERALI COMPENSA VIENNA INSURANCE GROUP UNIQA ERGO HESTIA Allianz PZU

7 powodów dlaczego warto oferować nasz produkt 2/2

4 Opieka medyczna

- → w ramach wariantu I – oferujemy dwa zakres: Zdrowie START, Zdrowie MEDIUM → *na rynku brak opieki medycznej dedykowanej do tego rodzaju produktu*
- → dla seniora w ramach wariantu II i III – jeden zakres za 24 zł → *na rynku brak opieki medycznej dedykowanej do tego rodzaju produktu*

5 Niższe okresy karencji

- → Śmierć ubezpieczonego albo członka rodziny – 5 miesięcy → *na rynku najczęściej 6 miesięcy lub brak karencji i restrykcyjne oświadczenie o stanie zdrowia i ankieta zawodowa przy zawarciu umowy*
- → Ciężkie choroby ubezpieczonego albo dziecka – 3 miesiące → *na rynku najczęściej 6 miesięcy*
- → Leczenie szpitalne – 1 miesiąc → *na rynku najczęściej 3 miesiące*
- → Urodzenie dziecka – 9 miesięcy → *na rynku najczęściej 10 miesięcy*

6 Szeroki zakres ochrony dla klienta 60-70 lat

- → Ciężkie choroby do 70 roku życia (45 chorób) → *na rynku tylko TU5 z wyższą liczbą chorób (51)*
- → Złamanie kości → *na rynku brak ryzyka*
- → Pobyt w szpitalu od 15. dnia płatne 100% dziennego świadczenia – na rynku TU1 z 50% dziennego świadczenia od 15 dnia pobytu
- → Wyższe SU na śmierć ubezpieczonego z wypadku, wypadku komunikacyjnym
- → Śmierć małżonka/partnera w każdym wariancie z wysokim świadczeniem - na rynku TU1 tylko 2000 zł w jednym wariancie, w pozostałych wariantach tylko zdarzenia wypadkowe
- → Inne ryzyka dostępne w kafeterii ryzyk w produkcie elastycznym do budowania zakresów, których rynek nie oferuje dla tej grupy wiekowej

7 Zakres dożywotni – jedyni na rynku!

- → wysokość składki gwarantowana dożywotnio
- → indeksacja składki o wskaźnik inflacji w celu urealnienia sumy ubezpieczenia
- → szeroki zakres dodatków niespotykany na rynku dla tej grupy wiekowej np. nowotwór złośliwy, leczenie szpitalne w wyniku zawału serca, udaru mózgu lub nowotworu.

Odczarowujemy
Asystenta w razie utraty zdrowia
– usługi assistance

Dlaczego warto oferować Asystenta w razie utraty zdrowia

NOWOŚĆ!

1. **Pomoc rehabilitacyjna i pielęgnacyjna**
2. **Pomoc medyczna po nieszczęśliwym wypadku**

Usługi assistance w PZU

Doba w szpitalu
uruchamia usługę assistance

Unikalne usługi medyczne w ofercie

Brak łącznego limitu kwotowego na zdarzenie

Nawet 140 h opieki!
Najwyższe limity w świadczeniach wspierające ubezpieczonego w najtrudniejszych sytuacjach życiowych

10 h z psychologiem!
Pomoc psychologa dla zdarzeń innych niż trudna sytuacja życiowa

Dodatkowe świadczenia assistance wspierające proces rehabilitacyjny

Świadczenia assistance również po pobycie w szpitalu, operacji, doznanym uszczerbku

Choroba - jedna z przyczyn pobytu w szpitalu - szeroki zakres odpowiedzialności vs. nagłe zachorowanie stosowane przez rynek

10 h na wizyty domowe
z fizjoterapeutą lub masażystą

Asystent w razie utraty zdrowia – świadczenia assistance po wypadku*

1. Nowe świadczenia assistance i limit łączny na zdarzenie

		PZU (AU)	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5
Łączny limit kwotowy na zdarzenie w ramach wszystkich świadczonych usług		brak	brak	3000 zł na wszystkie zdarzenia w roku	brak	10 000 zł	3000 zł albo 6000 zł
PZU pomoc medyczna	**wizyta lekarza**	limit 2000 zł na 3 usługi (brak podlimitu na wizytę lekarza)	400 zł	500 zł, do limitu	500 zł	tylko z NW, 500 zł	tylko z NW, do limitu
	wizyta pielęgniarki		500 zł	1000 zł; do limitu	400 zł (szpital min. 4 dni)	brak usługi	tylko z NW; do limitu
	transport medyczny a) miejsce pobytu → szpital b) szpital → szpital c) szpital →miejsce pobytu		1000 zł	tylko trasa, a) do limitu	2000 zł ; trasa c) szpital 5 dni	1200 zł na trasę	w ramach głównego limitu
PZU pomoc rehabilitacyjna i pielęgnacyjna	**proces rehabilitacyjny – w tym pokrycie kosztu rehabilitacji**	500 zł	700 zł	500 zł, do limitu	2000 zł	NW - limit 2000 zł CH - limit 1000 zł	
	zakup/wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego + dostawa	1000 zł	700 zł + 500 dostawa	tylko dostawa po NW, do limitu	2000 zł+ 500 dostawa	transport 500 zł wypożycz./zakup: 500 zł	
	dostarczenie leków	300 zł	250 zł	300 zł, do limitu	500 zł	500 zł	do głównego limitu

*wypadek, który spowoduje uszkodzenie ciała

TU1, TU2, TU3 powyższe usługi oferują również po nagłym zachorowaniu, gdzie realna pomoc po nagłym zachorowaniu dotyczy zazwyczaj usługi: wizyta lekarza, pielęgniarki - usługi te oferowane przez Wartę i Hestię i są namiastką usług zdrowotnych, których Ci konkurenci nie mają w swojej ofercie.

TU3,TU4,TU5 oferują usługi związane z rehabilitacją po nagłym zachorowaniu - takim nagłym zachorowaniem jest choroba, która powstała nagle, nie jest chorobą przewlekłą i nie jest powiązana z wcześniejszymi chorobami oraz wymaga rehabilitacji – nie są to często występujące zdarzenia, przykładem może być tutaj np. zmiany zapalne ścięgna Achillesa albo pozapalne uszkodzenia nerwów. np. nerwu trójdzielnego itp.

TU1, TU2, TU3, TU4,TU5 zakresem usług obejmują też często rodzinę ubezpieczonego.

Asystent w razie utraty zdrowia – po pobycie w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,* operacji, uszczerbku pow. 10%

3. Tylko doba w szpitalu, wysokie limity w usługach wspierających ubezpieczonego w najtrudniejszych sytuacjach życiowych

		PZU (AU)*	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5
Łączny limit kwotowy na zdarzenie w ramach wszystkich świadczonych usług		brak	brak	3000 zł na wszystkie zdarzenia w roku	brak	10 000 zł	3000 zł albo 6000 zł
PZU wsparcie po pobycie w szpitalu, operacji, uszczerbku	**Opieka domowa pielęgniarki**	min doba; max 30h średnio 15 dni po 2h	min 6 dni; max 5 dni opieki do kwoty 1500 zł	min. 7 dni; max 400 zł	brak usługi	min 6 dni; max 5 dni opieki	Min. 6 dni; chory musi leżeć
	Opieka nad osobą niesamodzielną	min doba; max 30h średnio 15 dni po 2h + na transport 1500 zł	min 4 dni; max 5 dni opieki i max 150/dzień	tylko po NW; min 4 dni; max 450 zł + 200 zł dojazd	warunek pobytu w szpitalu – max 500 zł	min 6 dni; max 5 dni opieki	min. 4 dni;
	Opieka nad dziećmi	min doba; max 30h średnio 15 dni po 2h + na transport 1500 zł					
	Opieka nad zwierzętami domowym (np. koty, psy)	min doba;max 28h średnio 14 dni po 2h	brak usługi	tylko po NW; min 4 dni; max 300 zł	tylko po NW; min 4 dni;	pobyt w szpitalu; max 6 dni opieki	brak usługi
	Pomoc w prowadzeniu domu (np. sprzątanie, gotowanie, zakupy)	min doba; max 30h średnio 15 dni po 2h +	min 7 dni; limit: max 5 dni do kwoty 500 zł	brak usługi	min. 6 dni; do kwoty 500 zł	min. 6 dni; max 5 dni opieki	min. 6 dni; chory musi leżeć; max 5 dni po 4 h

***PZU** oferuje usługi assistance po pobycie w szpitalu w następstwie **choroby. Choroba** będąca przyczyną pobytu w szpitalu ma szeroki zakres odpowiedzialności, ponieważ obejmuje również przypadki np. zawału/udaru, gdy ubezpieczony miał wcześniej np. nadciśnienie tętnicze, cukrzycę czy chorobę wieńcową – takie zdarzenie nie jest objęte odpowiedzialnością, gdy przyczyną pobytu w szpitalu jest **nagłe zachorowanie** stosowane przez rynek w usługach assistance.
TU1, TU2, TU3, TU5 oferuje powyższe usługi assistance po nagłym zachorowaniu, dodatkowo konkurencja wprost wyklucza choroby przewlekłe – brak takiego wykluczenia w PZU.
PZU dodatkowo oferuje powyższe usługi opiekuńcze również w przypadku przebytej **operacji** wymienionej w katalogu albo w wyniku wypadku, który skutkuje **uszczerbkiem** pow.10%.

Asystent w razie utraty zdrowia – po pobycie w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,* operacji, uszczerbku pow.10%

2. Dodatkowe świadczenia assistance wspierające proces rehabilitacyjny, których nie oferuje konkurencja

	po pobycie w szpitalu, operacji albo powstaniu uszczerbku	PZU (AU)	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5
PZU wsparcie procesu rehabilitacyjnego	**Transport na rehabilitację**	10 przejazdów tam i 10 z powrotem. Łącznie max 1500 zł	brak usługi	brak usługi	brak usługi	brak usługi	brak usługi
	Wizyty domowe fizjoterapeuty lub masażysty	limit: 5 wizyt max po 2h	brak usługi	brak usługi	brak usługi	brak usługi	brak usługi
	Zakup/wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego + dostawa sprzętu	limit – łącznie max 1000 zł	tylko NW i NZ	tylko dostawa po NW	tylko NW i NZ	tylko NW i choroba	tylko NW i NZ

***PZU** oferuje powyższe świadczenia assistance po pobycie w szpitalu z wyniku wypadku lub choroby (wymagana tylko doba pobytu w szpitalu! do uruchomienia usługi), operacji wymienionej w katalogu albo doznanego uszczerbku pow.10%. Rynek nie oferuje takich usług.
Zakup i wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego z dostawą rynek oferuje tylko po wypadku albo nagłym zachorowaniu.

Asystent w razie utraty zdrowia – po pobycie w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby, operacji, uszczerbku pow.10%

4. Świadczenia assistance – których nie ma konkurencja

	po pobycie w szpitalu, operacji albo uszczerbku	PZU (AU)	TU1	TU2	TU3	TU4	TU5
wsparcie po pobycie w szpitalu, operacji, uszczerbku	**Pokrycie kosztów pomocy w życiu codziennym osobie, którą wskaże ubezpieczony –** gdy sam nie może wywiązać się ze zobowiązań	limit z usługami: transport, pomoc w domu	brak usługi	brak usługi	brak usługi	brak usługi	brak usługi
	Drobne naprawy domowe – pokrycie kosztów robocizny szklarza, hydraulika, elektryka	maks. 3 wizyty do limitu 2000 zł	brak usługi	brak usługi	brak usługi	brak usługi	brak usługi
	Przekazanie do naprawy przedmiotów użytku osobistego np. aparat słuchowy, pompa insulinowa, okulary i inne (26 przedmiotów)	Brak limitu	brak usługi	brak usługi	brak usługi	brak usługi	brak usługi
	Transport medyczny (3 trasy)	limit 1500 zł - 2x na zdarzenie	NW i NZ	NW i NZ , transport tylko 1 trasa	NW i NZ; (tylko jedna trasa) po pobycie min 5 dni	NW i CH	NW i NZ
	Dostarczenie leków	300 zł					
	Pomoc psychologa	limit: 5 wizyt, maks. po 2h	w razie trudnej sytuacji życiowej 500 zł	w razie inwalidztwa 1000 zł	w razie trudnej sytuacji życiowej		

Konkurencja oferuje inne usługi assistance po NW albo NZ (nagłe zachorowanie), których nie ma w ofercie PZU, np.:

- pobyt opiekuna w razie hospitalizacji dziecka/korepetycje dla dziecka (**TU1, TU4, TU5**)
- trener fitness po urodzeniu dziecka albo po 30 dniach w szpitalu; wizyta położnej; wypadek rowerowy **(TU1)**
- wizyta lekarza POZ, wizyta lub organizacja wizyty lek. specjalisty (**TU1, TU2, TU3**)
- pomoc medyczna po 5 dniowym pobycie rodzica/teścia w szpitalu w wyniku wypadku albo choroby (wykluczone choroby przewlekłe) **(TU5).**

Asystent w razie utraty zdrowia (assistance) – przewagi/komunikowane korzyści

Nowe usługi assistance po wypadku

- Pomoc rehabilitacyjna i pielęgnacyjna → organizacja i pokrycie kosztów rehabilitanta, wypożyczenia albo zakupu sprzętu
- Pomoc medyczna → wizyty lekarza, pielęgniarki i transport medyczny

Dodatkowe usługi assistance wspierające proces rehabilitacyjny po pobycie w szpitalu operacji, uszczerbku: Unikalne na rynku!

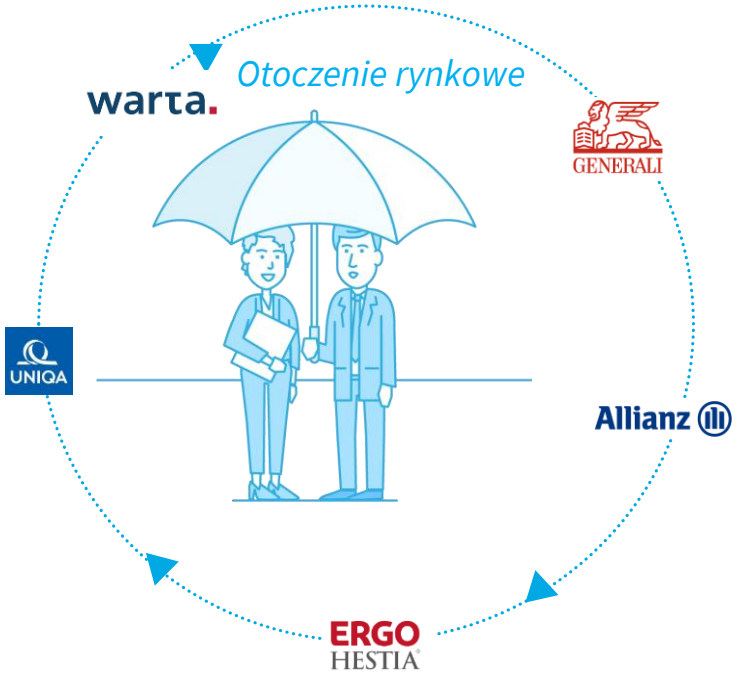
- Wizyty domowe fizjoterapeuty lub masażysty → limit: 5 wizyt max po 2h
- Transport na rehabilitację → 10 przejazdów tam i 10 z powrotem. Łącznie max 1500 zł
- Zakup/wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego + dostawa sprzętu → organizacja i pokrycie kosztów

Unikalne usługi assistance:

- Pokrycie kosztów pomocy w życiu codziennym osobie, którą wskaże ubezpieczony – gdy sam nie może wywiązać się ze zobowiązań → do limitu 30h w ramach pomocy w prowadzeniu domu
- Drobne naprawy domowe – pokrycie kosztów robocizny szklarza, hydraulika, elektryka → max 3 wizyty do limitu 2000 zł na zdarzenie
- Przekazanie do naprawy przedmiotów użytku osobistego np. Aparat słuchowy, pompa insulinowa, okulary (28 przedmiotów)

Usługi assistance w ramach wariantu senioralnego (60 +):

- po wypadku
- po pobycie w szpitalu w wyniku wypadku – doba!!
- po doznanym uszczerbku pow.10% w wyniku wypadku
- → limity usług jak w wariancie I



- 10 h z psychologiem w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego w związku ze stanem zdrowia → konkurencja oferuje z limitem 500 zł np. w przypadku śmierci lub choroby członka rodziny (1h z psychologiem to średnio 200 zł)

Usługi medyczne po dobie pobytu w szpitalu - jedyni na rynku!

- Opieka domowa pielęgniarki
- Pomoc w prowadzeniu domu
- Opieka nad dziećmi/ osobą niesamodzielną
- Opieka nad zwierzętami → konkurencja zazwyczaj świadczy takie usługi po 4-7 dniach hospitalizacji ubezpieczonego

Nawet 140 godzin opieki po pobycie w szpitalu - najwyższe limity na rynku!

w ramach usług:
Wizyty domowe fizjoterapeuty lub masażysty 10h

- Pomoc psychologa 10 h
- Opieka domowa pielęgniarki 30h
- Pomoc w prowadzeniu domu 30h
- Opieka nad dziećmi/ osobą niesamodzielną po 30h
- Opieka nad zwierzętami 28h → konkurencja zazwyczaj limituje swoje usługi do max 5 dni do kwoty średnio 500 zł. (1h opieki pielęgniarskiej to koszt od 100 do 250 zł)

Wyzwalacze uruchamiające usługi medyczne z wysokim limitem do 140 godzin opieki, które wyróżniają nas na rynku:

- po pobycie w szpitalu w wyniku wypadku i choroby → konkurencja (oprócz Allianz) zazwyczaj świadczy usługi po nagłym zachorowaniu co skutkuje ograniczeniem odpowiedzialności np. wyklucza zawał/udar w związku z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą czy chorobą wieńcową
- po przebytej operacji wymienionej w katalogu operacji → 610 pozycji.
- powstanie uszczerbku pow.10% w wyniku wypadku

Komunikacja marketingowa

Motyw graficzny
i hasła przewodnie

PZU Pakiet na Życie i Zdrowie.
Prosty wybór

PZU PAKIET NA ŻYCIE I ZDROWIE

Szukasz ubezpieczenia na życie i lubisz proste rozwiązania?

Poznaj naszą propozycję. Zabezpiecz finansowo swoich bliskich na wypadek, gdyby Ciebie zabrakło, a sobie zapewnij cenne wsparcie w razie choroby lub następstw wypadku. W ramach ubezpieczenia oferujemy **pakiety, które uwzględniają różne potrzeby – singli, par i rodzin**.

Twoje ubezpieczenie może obejmować też **opiekę medyczną**.

Prosty wybór, pełna wygoda.

Materiały marketingowe

BMB

Materiały drukowane

- → **ulotka 18-59 lat**
  z wybranymi pakietami
- → **ulotka 60-70 lat**
  z wybranymi pakietami
- → **ulotka o opiece medycznej**
- → **podkładka na biurko**
  (przeformatowana ulotka 18-59)
- → **plakat**

Materiały elektroniczne

- → **stopka mailowa**
- → **posty** na social media
- → **animacja o produkcie** (z lektorem i napisami)
- → **prezentacja interaktywna**

Proces sprzedażowy

Proces sprzedażowy – podstawowe założenia produktowo-procesowe

Rodzaj ubezpieczenia	Ubezpieczenie indywidualne na życie zawierane z ubezpieczającym (osobą fizyczną) (ubezpieczający = ubezpieczonemu)
Warianty ubezpieczenia / Wiek wstępu /Okres ubezpieczenia	**Wariant 1**: 18 - 59 lat (czas określony/ roczne zawierane na kolejne okresy roczne) **Wariant 2**: 60 - 69 lat (czas określony/ roczne zawierane na kolejne okresy roczne) **Wariant 3**: 60 - 70 lat (czas nieokreślony – dożywotnio) **Wiek polisowy** - różnica lat między aktualnym rokiem kalendarzowym, a rokiem urodzenia ubezpieczonego, liczony na dzień wnioskowanej daty początku ochrony.
Umowy dodatkowe	Możliwość zawarcia: → umowy dodatkowej „Twoje Zdrowie – usługi medyczne”, dostępnej dla każdego wariantu → pozostałych umów dodatkowych – tylko dla wariantu 3 tylko wraz z zawarciem umowy podstawowej/ pakietu.
Data początku ochrony (DPO)	Dowolny dzień miesiąca; przypada nie wcześniej niż następnego dnia po dniu opłacenia składki.
Warunki rozpoczęcia odpowiedzialności	→ złożenie wniosku – polisy o ubezpieczenie przez ubezpieczającego oraz → wpłacenie pierwszej składki w wymaganym terminie – w okresie ważności wniosku
Prolongata	1 miesiąc; rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego, za który należna składka nie została opłacona i kończy się w dzień poprzedzający pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisowego (składka musi zostać opłacona do końca okresu prolongaty)

Proces sprzedażowy – podstawowe założenia produktowo-procesowe

Częstotliwość	miesięczna, kwartalna, półroczna, roczna
Ankieta medyczna	brak ankiety medycznej; obowiązkowe oświadczenie o stanie zdrowia dla ubezpieczonego obowiązkowe oświadczenie o stanie zdrowia dla współubezpieczonego (umowa dodatkowa Twoje Zdrowie – usługi medyczne)
Partner życiowy	możliwość wskazania przy zawarciu ubezpieczenia albo w trakcie trwania umowy
Współubezpieczony	→ możliwość wskazania w ub. dodatkowym „Twoje zdrowie – usługi medyczne” → jedynie współmałżonek albo partner życiowy → objęty takim samym zakresem usług jak ubezpieczony
Systemy/ Numer polisy	Dingo – sekcja: Pakiety indywidualne/ Kojot – system obsługowy Jeden numer polisy w ramach pakietu per Klient np.nr wniosku - polisy rozpoczyna się od "4" np: 412001897. **1 ubezpieczony może posiadać 1 umowę**
Karencja	1 mies., 3 mies., 5 mies., 6 mies., 9 mies. – w zależności od rodzaju zdarzenia
Dokumentacja ubezpieczeniowa	Zakres dokumentacji przekazywanej klientowi uzależniony od: → trybu rejestracji: • Standardowy (zgoda/ brak zgody na komunikację elektroniczną) • Zdalny – przekazywanie dokumentacji z wykorzystaniem OPOSa → etapu procesu

Proces sprzedażowy – perspektywa sprzedawcy

Przekazanie wniosku – polisy do obsługi i wpłata 1. składki przez klienta w wymaganym terminie gwarantują spolisowanie wniosku.

Przeprowadzenie analizy potrzeb klienta

- Pozyskanie od klienta informacji dotyczących jego potrzeb i wymagań w zakresie ubezpieczenia
- Uzupełnienie odpowiedzi klienta w systemie Dingo

Przedstawienie klientowi rekomendacji po APK

- Przekazanie klientowi informacji szczegółowych o rekomendowanych pakietach i dodatkowo o pakietach spoza rekomendacji (jeżeli jest taka potrzeba)

Przygotowanie i przekazanie klientowi wstępnej propozycji

- Oznaczenie w systemie Dingo max 3 pakietów wybranych przez klienta
- Przekazanie klientowi wstępnej propozycji ubezpieczenia

Przygotowanie i przekazanie klientowi finalnej propozycji

- Oznaczenie w systemie Dingo ostatecznego pakietu wybranego przez klienta
- Przekazanie klientowi finalnej propozycji ubezpieczenia oraz pozostałej dokumentacji ubezpieczeniowej

Przygotowanie wniosku – polisy oraz dokumentacji ubezpieczeniowej

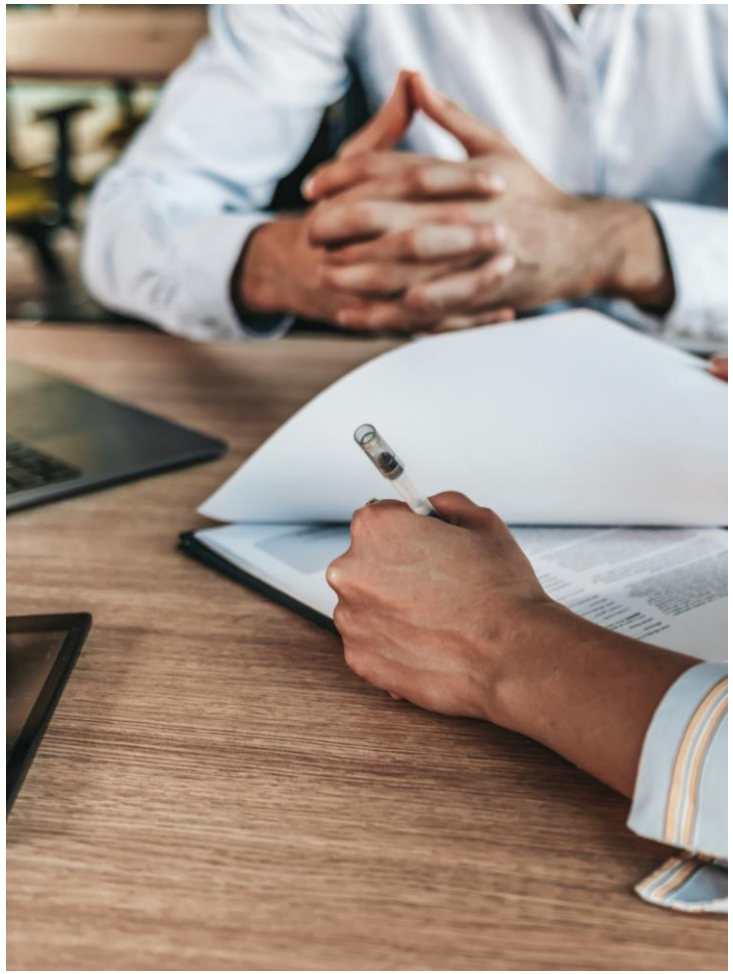
- Uzupełnienie w systemie Dingo poszczególnych sekcji wniosku – polisy na podstawie informacji od klienta
- Wydruk wniosku – polisy i przekazanie klientowi do podpisu
- Załączenie skanu podpisanego wniosku – polisy w systemie (oryginał dla klienta)
- Przekazanie klientowi dokumentacji ubezpieczeniowej

Przekazanie wniosku – polisy do obsługi

Sprzedawca ma możliwość określenia w systemie trybu rejestracji procesu: Standardowy/ Zdalny (OPOS).
Jeżeli klient chce otrzymywać dokumentację na adres mailowy, musi wyrazić zgodę na komunikację elektroniczną.

Proces zdalny OPOS zostanie wdrożony w terminie późniejszym.

Proces sprzedażowy – etap analizy potrzeb klienta



Ankieta Potrzeb Klienta – dowiedz się, jakiego rodzaju ochrony oczekuje Klient.

Potrzeby klienta są różne – tak jak różni są nasi klienci. To co było dobre dla jednej osoby, nie musi być odpowiednie dla kogoś innego...

Analiza Potrzeb Klienta powstała z myślą zarówno o klientach, jak i o sprzedawcach, aby jednym i drugim pomóc dopasować ochronę ubezpieczeniową odpowiednią i optymalną do potrzeb – zarówno tych uświadomionych, jak i tych o których Klient do tej pory nie myślał.

Ubezpieczenie może spełniać wiele potrzeb.

PZU PAKIET NA ŻYCIE I ZDROWIE może być zabezpieczeniem dla ubezpieczonego i jego rodziny.

Rozmowa z klientem o jego potrzebach to najlepsze źródło informacji i pozwala na przygotowanie rekomendacji oferty dla klienta.

Proces sprzedażowy – etap analizy potrzeb klienta

We wstępnej rozmowie z klientem **pozyskaj informacje** na temat jego oczekiwań i wymagań dotyczących ochrony ubezpieczeniowej.

Pomoże Ci to w lepszym zrozumieniu czego oczekuje klient.

Nasze produkty mogą spełniać wiele różnych potrzeb, a to samo ubezpieczenie może dla każdego z klientów oznaczać coś innego!

Dodatkowo każde z ubezpieczeń może spełnić wszystkie potrzeby klientów, **każde z nich różni się od siebie konstrukcją oraz zakresem świadczeń**.

Od klienta zależy która z opcji jest najlepsza dla niego.

Uzyskana odpowiedź **pozwoli Tobie na wybranie odpowiedniej ścieżki APK oraz procesu zawarcia**.

Proces sprzedażowy – etap analizy potrzeb klienta

Głównym celem badania potrzeb jest pozyskanie od klienta informacji na temat jego potrzeb i wymagań dotyczących zabezpieczenia życia, życia i zdrowia.

Zebranie powyższych informacji umożliwia przedstawienie klientowi propozycji rozwiązań, które w części lub w całości zabezpieczą wskazane potrzeby i wymagania.

- Ankietę potrzeb przeprowadź z klientem **zawsze przed zawarciem umowy**.
- W trakcie analizy zapytaj klienta o jego potrzeby i zbierz informacje dotyczące między innymi:
  - jego wieku,
  - rodzaju wsparcia, jakim jest zainteresowany
  - zakresu oczekiwanej ochrony,
  - jeżeli klient jest zainteresowany usługami medycznymi – zapytaj klienta o chęć objęcia ochroną dodatkowej osoby i poproś o podanie jej danych.
- Dzięki odpowiedziom dowiesz się, jakie są oczekiwania klienta w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
- W celu wypełnienia ankiety zaznacz w systemie odpowiedzi we wszystkich pytaniach.
- W sytuacji odmowy przeprowadzenia ankiety poinformuj klienta, że **nie będzie można** przygotować oferty.
- Wypełniona ankieta ważna jest **30 dni od daty utworzenia**.

Ankieta potrzeb klienta zbiera podstawowe informacje o kliencie.

Proces sprzedażowy – etap analizy potrzeb klienta

- Pytania w ankiecie mają pomóc w określeniu potrzeb i wymagań klienta związanych z propozycją zawarcia umowy ubezpieczenia.

- Zwróć szczególną uwagę na potwierdzenie jakiego rozwiązania tj. formy ubezpieczenia klient oczekuje.

Jakie rozwiązania wspierające ochronę życia i zdrowia <Pana/Panią> interesują?

☐ Ubezpieczenie pakietowe zawierające określony zestaw świadczeń na wypadek utraty zdrowia lub życia

☐ Ubezpieczenie indywidulane wraz z umowami dodatkowymi

- Odnieś się do wstępnej rozmowy z klientem, w której poruszałeś kwestię dotyczące różnic pomiędzy dostępnymi rozwiązaniami w PZU oraz charakterystyką wynikającą z definicji produktu.

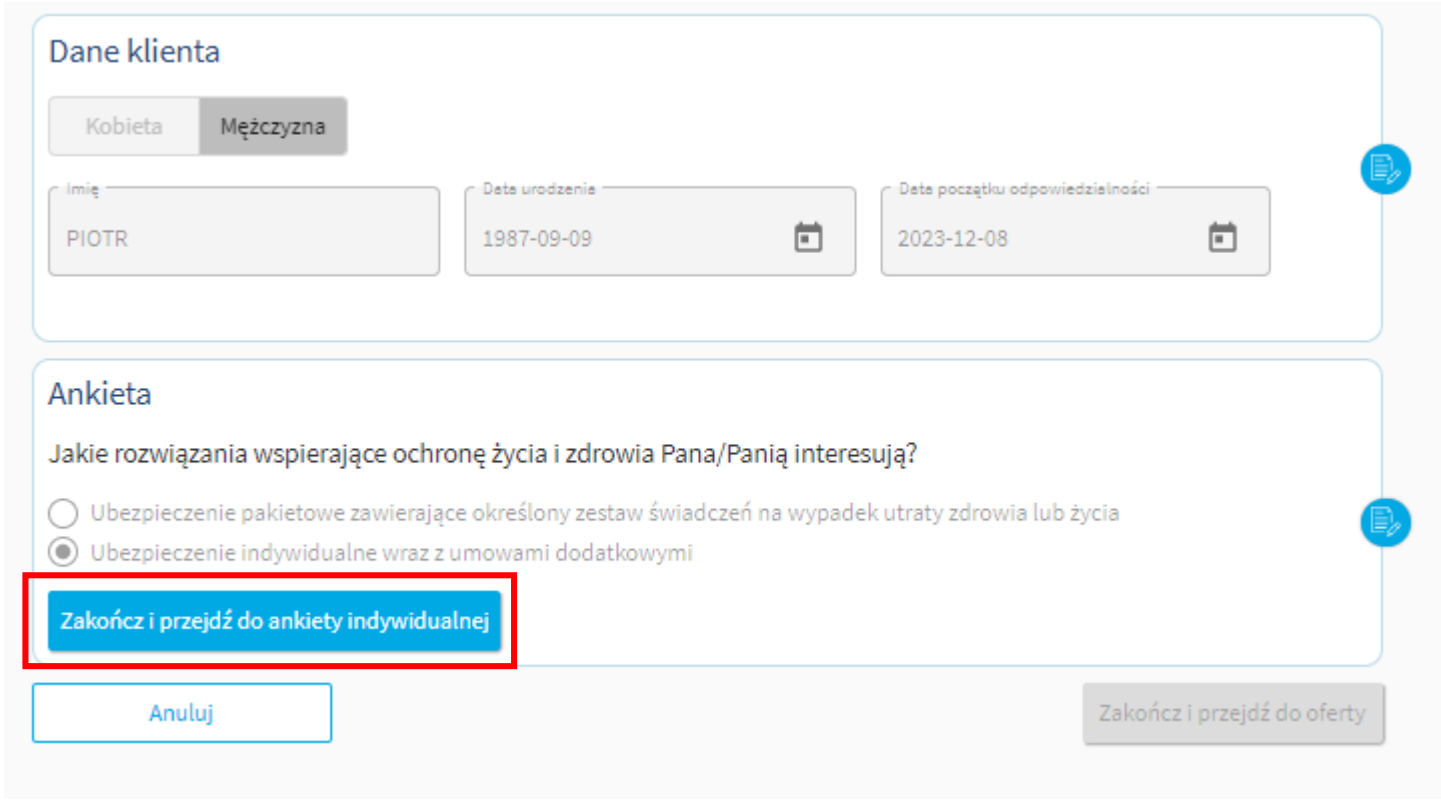
- Skorzystaj z przygotowanej podpowiedzi w ikonce

- W zależności od udzielonej odpowiedzi na powyższe pytanie, kontynuuj proces analizy potrzeb w systemie Dingo dla Ubezpieczenia pakietowego albo przejdź do kalkulacji w Dingo IND, jeżeli klient jest zainteresowany Ubezpieczeniem indywidualnym z umowami dodatkowymi.

Ankieta potrzeb klienta zbiera podstawowe informacje o kliencie.

Proces sprzedażowy – etap analizy potrzeb klienta

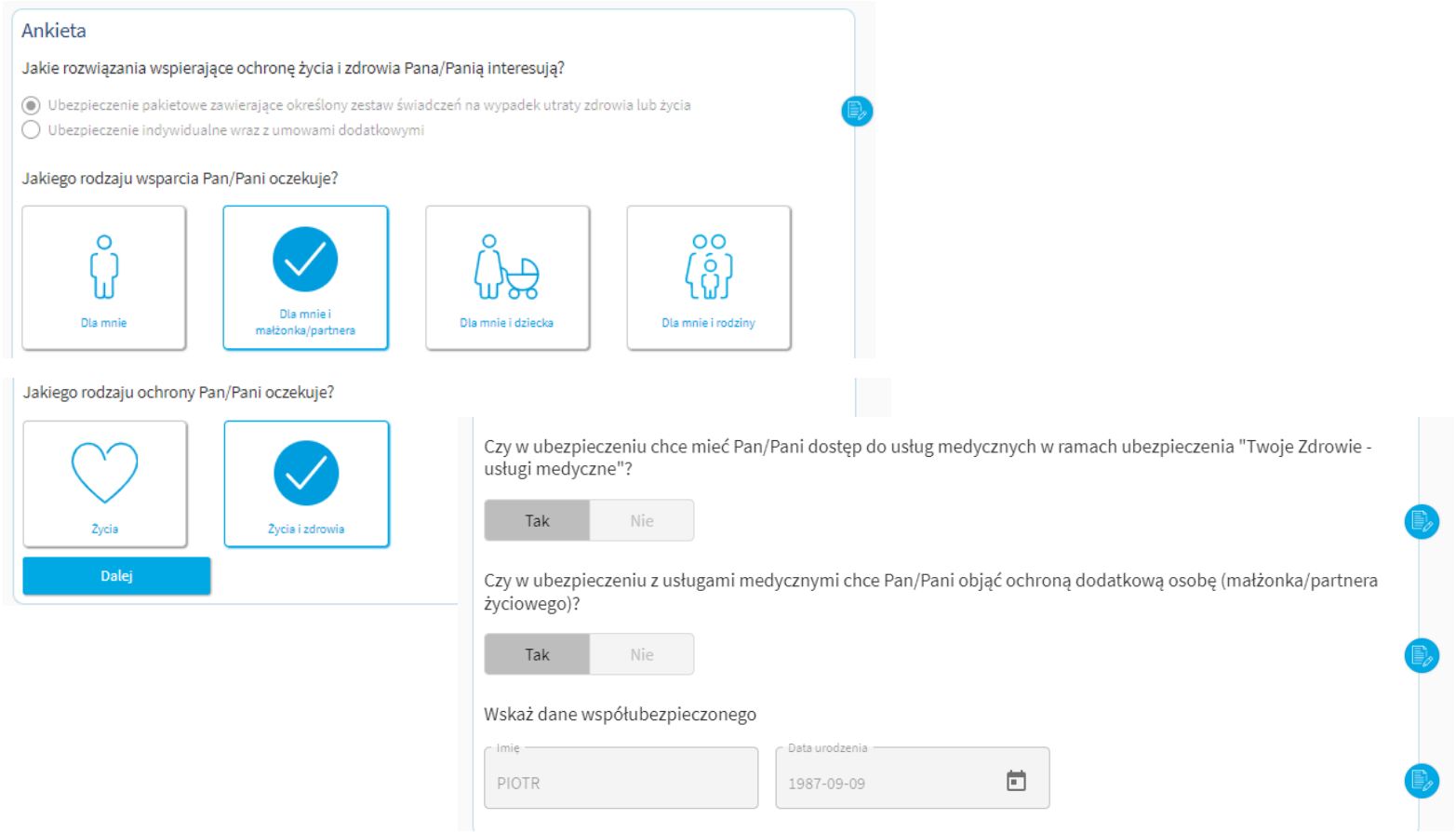
W przypadku, gdy klient jest zainteresowany rozwiązaniem, w którym zakres świadczeń oraz wysokości sum ubezpieczenia określa indywidualnie, zakończ i przejdź do kalkulacji w Dingo IND.



Ankieta potrzeb klienta zbiera podstawowe informacje o kliencie.

Proces sprzedażowy – etap analizy potrzeb klienta

W kolejnym kroku określ potrzeby klienta dotyczące ochrony ubezpieczeniowej oraz rodzaju wsparcia.

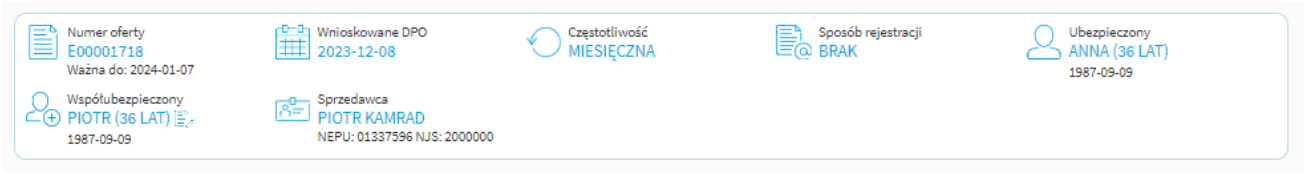


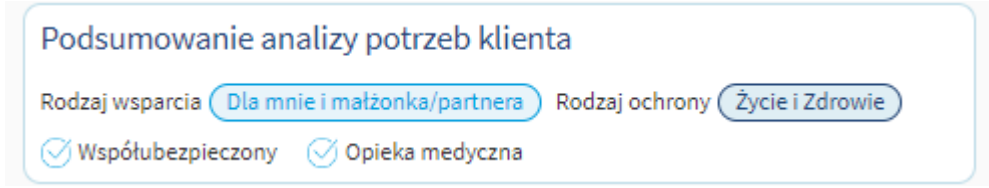
Zakończ ankietę i przejdź do kolejnego etapu.

Zakończ i przejdź do oferty

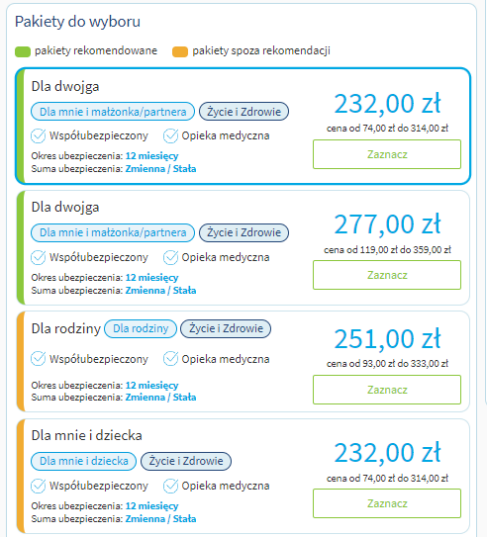
Proces sprzedażowy – etap ofertowania

1 **Podsumuj uzupełnioną ankietę wskazując pozyskane najważniejsze informacje.**





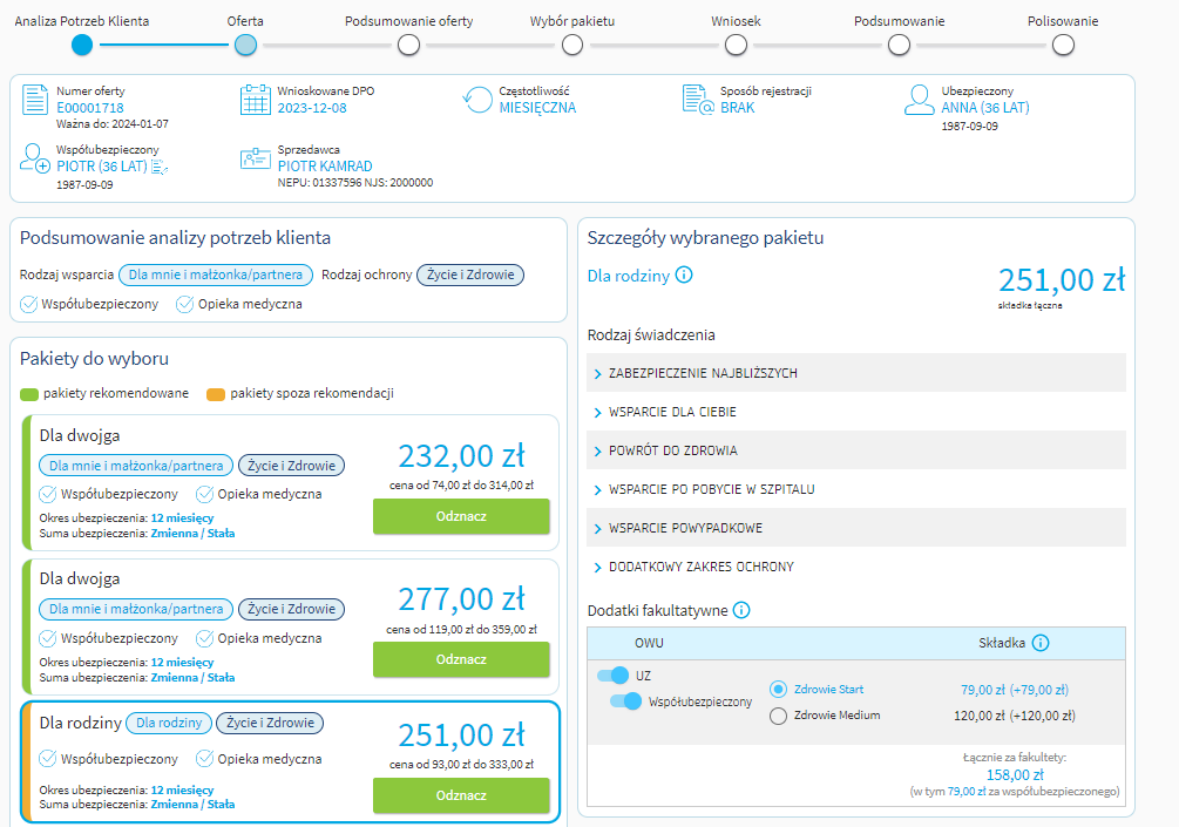
Przedstaw rekomendacje pakietów odpowiadających wskazanym przez klienta potrzebom oraz omów różnice w zakresie świadczeń.



Proces sprzedażowy – etap ofertowania

2

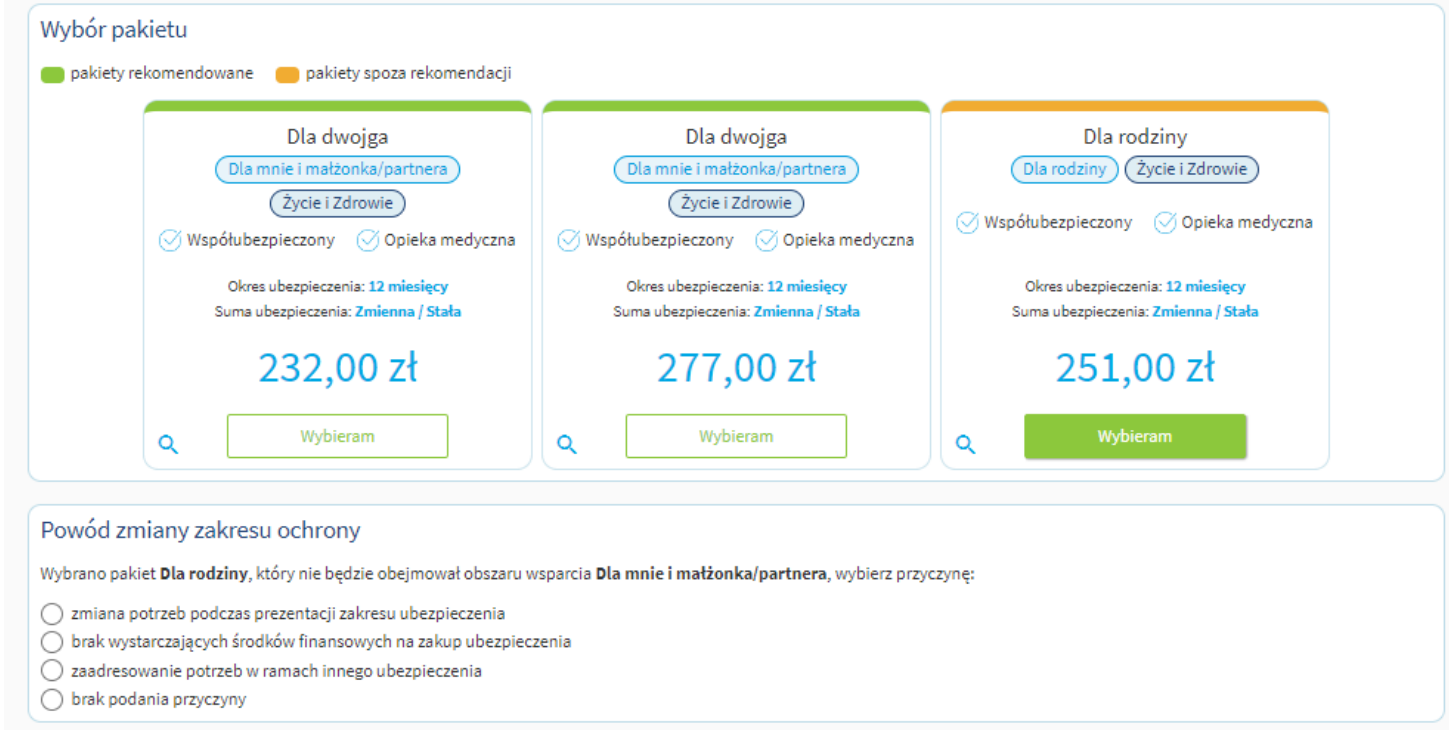
Po omówieniu rekomendowanych pakietów i przedstawieniu ich szczegółów, w tym różnic dotyczących zakresu, zaznacz wybrane pakiety (max. 3) i przejdź do podsumowania oferty. Podczas przedstawiania szczegółów pakietów odnoś się do potrzeb i wymagań zgłaszanych przez klienta w trakcie rozmowy.



Proces sprzedażowy – etap ofertowania

3

Oznacz ostateczny wybór klienta w systemie i przekaż klientowi dokumentację ubezpieczeniową.



Ważne! W przypadku gdy klient wybierze pakiet spoza rekomendacji, obejmujący inny zakres świadczeń w stosunku to wskazywanych potrzeb, poproś klienta o wskazanie powodu zmiany decyzji. Wyjaśnij dlaczego wskazany pakiet został określony jako spoza rekomendacji. Informacja o zmianie decyzji w zakresie ochrony, znajdzie się na przygotowanej pozycji dla klienta.

Proces sprzedażowy – etap ofertowania – **PODSUMOWANIE**

1 Przedstawienie klientowi rekomendacji po APK

- Przedstaw i omów z klientem szczegóły **pakietów rekomendowanych** po APK.
- Zapoznaj klienta ze szczegółami pakietów **spoza rekomendacji**, jeżeli klient nie zdecydował się na wybór wśród pakietów rekomendowanych.
- Jeżeli klient wyraził taką chęć dokonaj zmiany parametrów pakietu w zakresie dostępnych do zmiany opcji (np. DPO, częstotliwość).
- Zaproponuj klientowi rozszerzenie zakresu o dodatkowe ubezpieczenia, jeżeli dla wieku klienta dostępna jest taka możliwość.

2 Przygotowanie i przekazanie klientowi wstępnej propozycji

- Przed przekazaniem wstępnej propozycji ubezpieczenia oznacz tryb rejestracji procesu: Standardowy/ Zdalny (OPOS). Oznaczony tryb będzie dotyczył sposobu przekazywania dokumentacji w całym procesie.
- Po wyrażeniu przez klienta chęci zapoznania z ofertą wybranych pakietów i ubezpieczeń dodatkowych (jeżeli jest taka możliwość) oznacz w systemie wybór klienta i przekaż dokument **wstępnej propozycji ubezpieczenia**.
- W przypadku mailowego przekazania dokumentów oznacz w systemie zgodę na komunikację elektroniczną. Brak zgody oznacza konieczność przekazania klientowi papierowej wersji dokumentu.

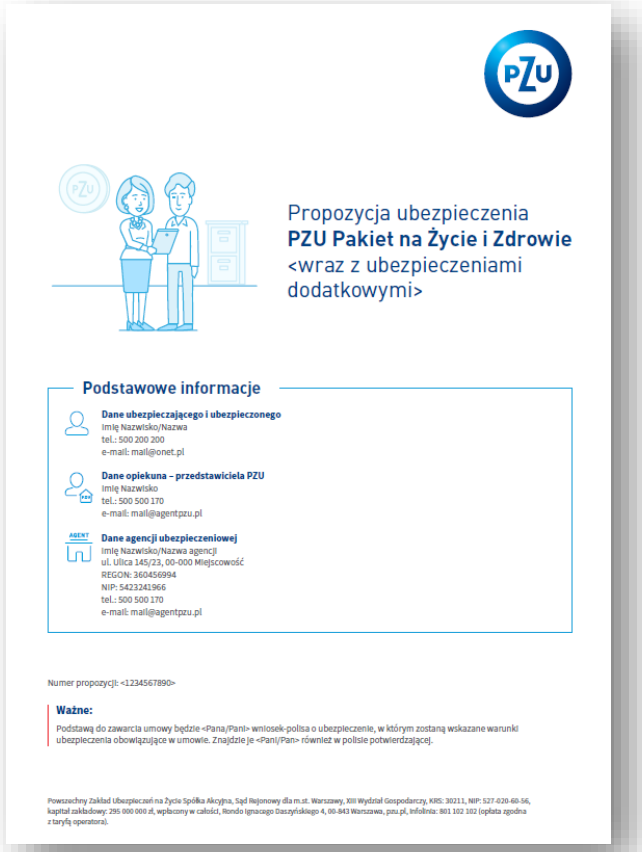
3 Przygotowanie i przekazanie klientowi finalnej propozycji

- Po zapoznaniu klienta ze wstępną propozycją ubezpieczenia, poproś o informację w zakresie wyboru ostatecznego pakietu i umów dodatkowych (jeżeli jest taka możliwość).
- Jeżeli klient jest nadal nie zdecydowany i chce poznać inne oferty – **wróć do ponownego wyboru pakietu/ pakietów**.
- Ostatecznie wybrany przez klienta pakiet oznacz w systemie.
- Przekaż klientowi dokumenty: APK, finalną propozycję ubezp., informację o produkcie ubezp., OWU, klauzulę ofertową – sposób przekazania zależy od tego czy jest zgoda/ brak zgody na komunikację elektroniczną.

Ważne! W trakcie omawiania pakietów poinformuj klienta, że do zawarcia umowy konieczne jest podpisanie oświadczenia o stanie zdrowia (na dalszym etapie procesu). Treść oświadczenia może się różnić w zależności od pakietu. **Oznacz** w systemie pole potwierdzające, że poinformowałeś klienta o konieczności podpisania oświadczenia.

Propozycja ubezpieczenia – ofertówka

W ofertówce prezentujemy kwoty do wypłaty za poszczególne zdarzenia lub – w przypadku Opieki Medycznej – zakres usług.
Kwota świadczenia jest **skumulowaną wysokością świadczeń**, które zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (OWU) wypłacamy w razie zajścia danego zdarzenia.



Propozycja ubezpieczenia
PZU Pakiet na Życie i Zdrowie
<wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi>

Podstawowe informacje

Dane ubezpieczającego i ubezpieczonego
Imię Nazwisko/Nazwa
tel.: 500 200 200
e-mail: mail@onet.pl

Dane opiekuna – przedstawiciela PZU
Imię Nazwisko
tel.: 500 500 170
e-mail: mail@agentpzu.pl

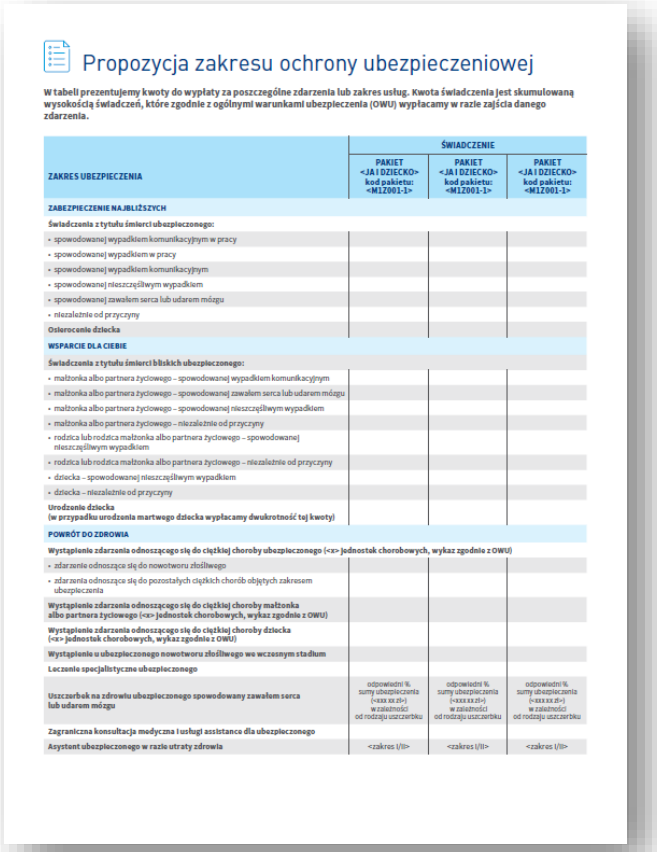
Dane agencji ubezpieczeniowej
Imię Nazwisko/Nazwa agencji
ul. Ulica 145/23, 00-000 Miejscowość
REGON: 360456994
NIP: 5423241966
tel.: 500 500 170
e-mail: mail@agentpzu.pl

Numer propozycji: <1234567890>

Ważne:
Podstawą do zawarcia umowy będzie <Pana/Pani> wniosek-polisa o ubezpieczenie, w którym zostaną wskazane warunki ubezpieczenia obowiązujące w umowie. Znajdzie je <Pan/Pan> również w polisie potwierdzającej.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS: 30211, NIP: 527-020-60-56, kapitał zakładowy: 295 000 000 zł, wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, Infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora).

odświeżony układ i szata graficzna

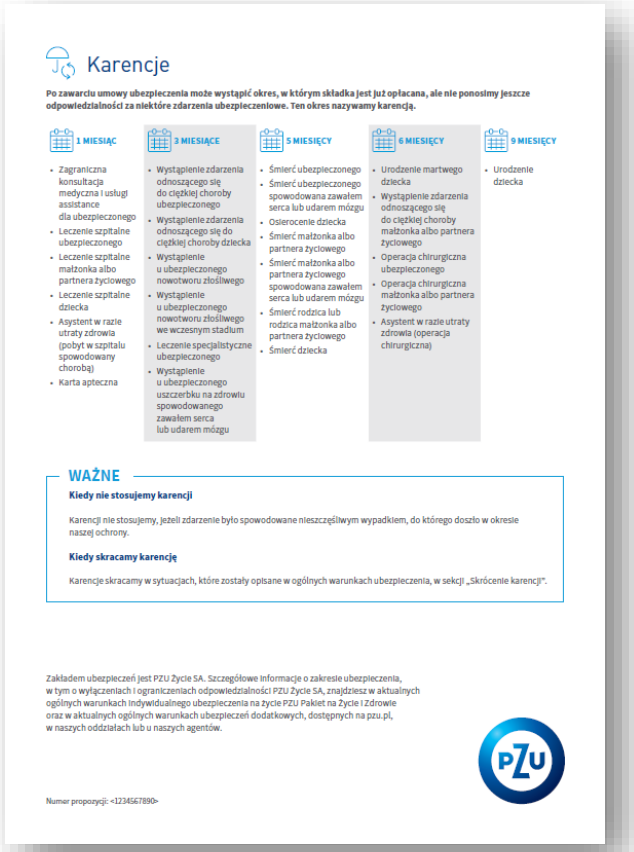


Propozycja zakresu ochrony ubezpieczeniowej

W tabeli prezentujemy kwoty do wypłaty za poszczególne zdarzenia lub zakres usług. Kwota świadczenia jest skumulowaną wysokością świadczeń, które zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (OWU) wypłacamy w razie zajścia danego zdarzenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA	ŚWIADCZENIE		
	PAKIET <JA I DZIECKO> kod pakietu: <M1Z001-1>	PAKIET <JA I DZIECKO> kod pakietu: <M1Z001-1>	PAKIET <JA I DZIECKO> kod pakietu: <M1Z001-1>
ZABEZPIECZENIE NAJBLIŻSZYCH			
Świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego:			
• spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym w pracy			
• spowodowanej wypadkiem w pracy			
• spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym			
• spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem			
• spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu			
• niezależnie od przyczyny			
Osierocenie dziecka			
WSPARCIE DLA CIEBIE			
Świadczenia z tytułu śmierci bliskich ubezpieczonego:			
• małżonka albo partnera życiowego – spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym			
• małżonka albo partnera życiowego – spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu			
• małżonka albo partnera życiowego – spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem			
• małżonka albo partnera życiowego – niezależnie od przyczyny			
• rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego – spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem			
• rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego – niezależnie od przyczyny			
• dziecka – spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem			
• dziecka – niezależnie od przyczyny			
Urodzenie dziecka (w przypadku urodzenia martwego dziecka wypłacamy dwukrotność tej kwoty)			
POWRÓT DO ZDROWIA			
Wystąpienie zdarzenia odnoszącego się do ciężkiej choroby ubezpieczonego (<x> jednostek chorobowych, wykaz zgodnie z OWU)			
• zdarzenie odnoszące się do nowotworu złośliwego			
• zdarzenia odnoszące się do pozostałych ciężkich chorób objętych zakresem ubezpieczenia			
Wystąpienie zdarzenia odnoszącego się do ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego (<x> jednostek chorobowych, wykaz zgodnie z OWU)			
Wystąpienie zdarzenia odnoszącego się do ciężkiej choroby dziecka (<x> jednostek chorobowych, wykaz zgodnie z OWU)			
Wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium			
Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego			
Uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu	odpowiednio % sumy ubezpieczenia (<xxx.xx.zł>) w zależności od rodzaju uszczerbku	odpowiednio % sumy ubezpieczenia (<xxx.xx.zł>) w zależności od rodzaju uszczerbku	odpowiednio % sumy ubezpieczenia (<xxx.xx.zł>) w zależności od rodzaju uszczerbku
Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance dla ubezpieczonego			
Asystent ubezpieczonego w razie utraty zdrowia	<zakres I/II>	<zakres I/II>	<zakres I/II>

oddzielne tabele z ryzykami obligatoryjnymi i fakultatywnymi, z informacją o składce za każdy dodatek



Karencje

Po zawarciu umowy ubezpieczenia może wystąpić okres, w którym składka jest już opłacana, ale nie ponosimy jeszcze odpowiedzialności za niektóre zdarzenia ubezpieczeniowe. Ten okres nazywamy karencją.

1 MIESIĄC
- Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance dla ubezpieczonego
- Leczenie szpitalne ubezpieczonego
- Leczenie szpitalne małżonka albo partnera życiowego
- Leczenie szpitalne dziecka
- Asystent w razie utraty zdrowia (pobyt w szpitalu spowodowany chorobą)
- Karta apteczna

3 MIESIĄCE
- Wystąpienie zdarzenia odnoszącego się do ciężkiej choroby ubezpieczonego
- Wystąpienie zdarzenia odnoszącego się do ciężkiej choroby dziecka
- Wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego
- Wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium
- Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego
- Wystąpienie u ubezpieczonego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu

5 MIESIĘCY
- Śmierć ubezpieczonego
- Śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu
- Osierocenie dziecka
- Śmierć małżonka albo partnera życiowego
- Śmierć małżonka albo partnera życiowego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu
- Śmierć rodzica lub rodzica małżonka albo partnera życiowego
- Śmierć dziecka

6 MIESIĘCY
- Urodzenie martwego dziecka
- Wystąpienie zdarzenia odnoszącego się do ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego
- Operacja chirurgiczna ubezpieczonego
- Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera życiowego
- Asystent w razie utraty zdrowia (operacja chirurgiczna)

9 MIESIĘCY
- Urodzenie dziecka

WAŻNE

Kiedy nie stosujemy karencji

Karencji nie stosujemy, jeżeli zdarzenie było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, do którego doszło w okresie naszej ochrony.

Kiedy skracamy karencję

Karencje skracamy w sytuacjach, które zostały opisane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, w sekcji „Skrócenie karencji".

Zakładem ubezpieczeń jest PZU Życie SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności PZU Życie SA, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia na życie PZU Pakiet na Życie i Zdrowie oraz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych, dostępnych na pzu.pl, w naszych oddziałach lub u naszych agentów.

Numer propozycji: <1234567890>

informacje o karencjach dla poszczególnych zdarzeń

Proces sprzedażowy – etap ofertowania

Pakiety rekomendowane i spoza rekomendacji – najważniejsze informacje

Pakiety rekomendowane, **to pakiety najbardziej zbliżone do potrzeb i oczekiwań klienta po przeprowadzonej analizie potrzeb.**

Najbardziej rekomendowane z pakietów znajdują się na ekranie w Dingo w dedykowanej tym pakietom sekcji **„Pakiety rekomendowane”**.

Pakiety rekomendowane i spoza rekomendacji

Mimo rekomendacji pakietów, klient może zapoznać się z innymi pakietami zgodnie ze swoimi potrzebami – pakiety **spoza rekomendacji**.

Jeżeli klient finalnie wybrał pakiet **spoza rekomendacji**, wówczas należy oznaczyć w systemie powód zmiany zakresu ochrony.

Za pomocą dedykowanych funkcji systemowych można zmienić parametry pakietu/ pakietów i rozszerzyć pakiet:

- można dodać ub. dodatkowe (jeśli jest taka możliwość);
- jest możliwość zmiany parametrów pakietu, takich jak np. częstotliwość opłacania składki, wnioskowaną DPO;
- można dodać albo zmienić współubezpieczonego – dla dodatku z usługami medycznymi.

Ważność oferty 30 dni.

Na ekranach w Dingo znajdują się **szczegółowe informacje** na temat zakresu każdego z pakietów takie jak: rodzaj wsparcia, rodzaj ochrony, ubezpieczenia dodatkowe w pakiecie, jeżeli są dostępne, okres ubezpieczenia, suma ubezpieczenia, wysokość składki, rodzaj świadczeń.

Można zaznaczyć **maksymalnie trzy pakiety**, którymi zainteresowany jest klient w jednym procesie sprzedażowym.

Dla wybranych przez klienta pakietów (max 3) można wygenerować dokument propozycji ubezpieczenia z porównaniem pakietów.

Proces sprzedażowy – etap przygotowania wniosku - polisy

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku – polisy o ubezpieczenie – przygotowany dokument przekaż klientowi.

Przygotowanie wniosku - polisy

1. Uzupełnij w systemie Dingo wszystkie niezbędne sekcje wniosku, w tym. dot. AML. Dotyczą one przede wszystkim danych osób, które występują w umowie w różnych rolach: ubezpieczonego, pełnomocnika lub jego przedstawiciela, partnera życiowego, uposażonych, współubezpieczonego - jeżeli został wskazany w ubezpieczeniu z usługami medycznymi.

2. Oznacz w systemie zgody i oświadczenia ubezpieczonego/ współubezpieczonego zgodnie z jego/ ich preferencjami i walidacjami systemowymi. W systemie Dingo znajdziesz informacje o zgodach i oświadczeniach, które są wymagane - bez ich oznaczenia nie jest możliwe dalsze procesowanie wniosku.

3. Po uzupełnieniu wszystkich sekcji i ich zapisaniu, wydrukuj wniosek - polisę do podpisu ubezpieczającego (ubezpieczonego) oraz współubezpieczonego – jeżeli został wskazany w ubezpieczeniu z usługami medycznymi. Skan podpisanego dokumentu załącz w systemie, a oryginał przekaż klientowi.
Ważność wniosku – 60 dni od daty podpisania.

4. Przekaż wniosek – polisę do obsługi Back Office. W przypadku zgody na komunikację elektroniczną przekazanie wniosku do BO spowoduje mailowe wysłanie na adres klienta dokumentacji związanej z zawarciem umowy. W przypadku braku zgody – papierową wersję dokumentów pobierz przed przekazaniem wniosku do BO. Pobrane dokumenty przekaż klientowi i współubezpieczonemu - jeśli został wskazany w dodatku „Twoje zdrowie - usługi medyczne”.

Zakres przekazywanej dokumentacji:

- finalna propozycja ubezpieczenia (zaktualizowana) – gdy na etapie wniosku współubezpieczony „wyłączony” został z zakresu
- podpisany skan wniosku - polisy – dołączany do systemu; oryginał przekazywany klientowi
- informacja o produkcie ubezpieczeniowym (dla każdego OWU)
- ogólne warunki ubezpieczenia (dla pakietu i dodatków)
- klauzula sprzedażowa (Informacja o administratorze danych osobowych)
- blankiet pierwszej wpłaty (opcjonalnie)
- potwierdzenie złożenia wniosku – mail (gdy zgoda na komunikację elektroniczną)

W systemie Dingo, w sekcji „Dokumenty” znajdziesz informacje na temat dokumentacji występującej w ramach poszczególnych kroków procesu sprzedażowego.

Proces sprzedażowy – etap polisowania

Przekaż klientowi informacje na temat warunków rozpoczęcia ochrony.

Dokumenty przekazywane klientowi po spolisowaniu:

- gdy jest zgoda na komunikację elektroniczną: mail z polisą potwierdzającą zawarcie, blankiet do umowy (opcjonalnie)
- gdy brak zgody na komunikację: pismo przewodnie z polisą potwierdzającą zawarcie, blankiet do umowy (opcjonalnie)

INFO

W systemie Dingo w sekcji „Polisowanie” znajdziesz informacje na temat statusu wniosku. Będziesz mógł sprawdzić, czy klient wpłacił pierwszą składkę.

Obsługa umowy ubezpieczenia

- **Ponowne zawarcie umowy na czas określony (przedłużenie)**
  – najpóźniej 30 dni przed zakończeniem umowy, zaproponujemy zawarcie kolejnej umowy i wskażemy warunki (wysokość składki i sumy ubezpieczenia).
  Ubezpieczający potwierdza przyjęcie zawarcia umowy na kolejny okres poprzez wpłatę składki lub podpisanie oświadczenia woli o zawarciu kolejnej umowy. Przy zawarciu na kolejny okres ubezpieczenia, **nie wymagamy ponownego oświadczenia o stanie zdrowia**.

- **Indeksacja składki (dotyczy wariantu III)** – 30 dni przed rocznicą polisy możemy zaproponować indeksację składki (podwyższenie wysokości składki):
  - → powoduje wzrost SU w poszczególnych zdarzeniach objętych ochroną w ramach umowy dożywotniej
  - → jeżeli klient nie przyjmuje indeksacji powinien odesłać do PZU wypełnioną deklarację załączoną do listu rocznicowego.

  Szczegóły dot. indeksacji zostały przedstawione w sekcji Mechanizm indeksacji składki w wariancie III

- **Zmiana częstotliwości składki** – nie później niż 30 dni przed datą rocznicy polisy; wymagane przesłanie papierowego formularza do PZU CO.

- **Zmiana pakietu** – możliwa poprzez rezygnację z dotychczasowej umowy i zawarcie nowej (pismo Klienta wysłane do PZU CO)
  Zmiana pakietu lub zmiana pakietu wynikająca z konieczności zmiany wariantu, powoduje ponowne przejście przez klienta "całej ścieżki" sprzedażowej (APK, oświadczenie o stanie zdrowia itd.).

- **Wznowienie umowy** – brak możliwości wznowienia umowy z tytułu storna na umowie.

Obsługa umowy ubezpieczenia – najważniejsze funkcjonalności systemu Kojot

Wyszukiwarka polis
wraz z dostępem do:
- ✓ szczegółów polisy
- ✓ wydruku blankietów wpłat i karty kontowej

Dostęp do systemu poza siecią PZU,
np. prywatny laptop, tablet

Aktualizacja danych
(dane osobowe,
dane adresowe,
dane kontaktowe), np.:
- ✓ ubezpieczający = ubezpieczony
- ✓ partner życiowy

Rejestracja operacji, np.:
- ✓ wypowiedzenie/ odstąpienie od umowy podstawowej i dodatkowej, pakietu
- ✓ dodanie/odwołanie partnera życiowego

Podgląd wysyłanej korespondencji do klienta, np.:
- ✓ list rocznicowy
- ✓ pismo o zaległości

Obsługa świadczeń

Uprawnieni do świadczenia

Prawo do świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego przysługuje uposażonym. Prawo do świadczenia w razie osierocenia dziecka przysługuje każdemu osieroconemu przez ubezpieczonego dziecku.

Jeżeli ubezpieczony nie wskaże uposażonego albo wszyscy uposażeni umrą przed ubezpieczonym lub utracą prawo do wypłaty świadczenia, przysługuje ono członkom rodziny ubezpieczonego – według kolejności:

1. małżonek – w całości;
2. dzieci – w równych częściach;
3. rodzice – w równych częściach;
4. inni spadkobiercy ubezpieczonego – osoby fizyczne powołane do dziedziczenia w częściach określonych w postanowieniu o stwierdzeniu nabycia spadku lub sporządzonym przez notariusza akcie poświadczenia dziedziczenia.

Prawo do świadczenia w przypadku zdarzeń innych niż śmierć ubezpieczonego przysługuje ubezpieczonemu.

Jakie dokumenty musi dostarczyć nam osoba wnioskująca o wypłatę świadczenia

W przypadku śmierci ubezpieczonego:

- wniosek o wypłatę świadczenia;
- akt zgonu;
- kartę zgonu albo dokumentację medyczną, która potwierdza przyczynę śmierci;
- dokument, który potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku albo wypadku komunikacyjnego – w razie śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku albo wypadku komunikacyjnego;
- dokument, który potwierdza okoliczności wypadku w pracy - w razie śmierci w wyniku wypadku w pracy.

W przypadku śmierci bliskiego ubezpieczonego:

- wniosek o wypłatę świadczenia;
- akt zgonu;
- kartę zgonu albo dokumentację medyczną, która potwierdza przyczynę śmierci;
- dokument, który potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku – w razie śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- akt małżeństwa – w razie śmierci małżonka lub w razie śmierci rodzica małżonka albo jego ojczyma lub macochy.

W przypadku urodzenia dziecka:

- wniosek o wypłatę świadczenia;
- akt urodzenia dziecka. W przypadku przysposobienia dziecka akt urodzenia, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka, lub prawomocne orzeczenie sądu stwierdzające przysposobienie.

Jakie dokumenty musi dostarczyć nam osoba wnioskująca o wypłatę świadczenia

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego lub jego bliskiego zdarzenia związanego z ciężką chorobą:

- wniosek o wypłatę świadczenia;
- zgodę na przetwarzanie danych osobowych:
  - małżonka albo partnera życiowego – w przypadku zdarzenia związanego z ciężką chorobą małżonka albo partnera życiowego;
  - dziecka, jeśli ukończyło 18 lat lub opiekuna prawnego dziecka, jeśli nie ukończyło 18 lat – w przypadku zdarzenia związanego z ciężką chorobą dziecka;
- akt małżeństwa – w przypadku zdarzenia związanego z ciężką chorobą małżonka;
- akt urodzenia dziecka, a przypadku przysposobienia dziecka, akt urodzenia, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka, lub prawomocne orzeczenie sądu stwierdzające przysposobienie – w przypadku zdarzenia związanego z ciężką chorobą dziecka;
- dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie zdarzenia związanego z ciężką chorobą;
- dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku zdarzenia związanego z ciężką chorobą spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem.

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium:

- wniosek o wypłatę świadczenia;
- dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium - w szczególności wyniki badania histopatologicznego lub cytologicznego.

W przypadku leczenia specjalistycznego ubezpieczonego:

- wniosek o wypłatę świadczenia;
- dokumentację medyczną, która potwierdza specjalistyczne leczenie.

Jakie dokumenty musi dostarczyć nam osoba wnioskująca o wypłatę świadczenia

W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo pobytu w szpitalu bliskiego ubezpieczonego:

- → wniosek o wypłatę świadczenia;
- → kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy pobyt w szpitalu zakończył się;
- → dokument, który potwierdza pobyt w szpitalu, wydany przez lekarza prowadzącego – gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył;
- → dokumentację, która potwierdza okoliczności nieszczęśliwego wypadku – w razie pobytu w szpitalu lub rehabilitacji szpitalnej spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem;
- → akt małżeństwa – w razie pobytu w szpitalu małżonka;
- → akt urodzenia, a przypadku przysposobienia dziecka, akt urodzenia, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka, lub prawomocne orzeczenie sądu stwierdzające przysposobienie – w razie pobytu w szpitalu dziecka;
- → zgodę na przetwarzanie danych osobowych:
- małżonka albo partnera życiowego – w razie pobytu w szpitalu małżonka albo partnera życiowego;
- dziecka, jeśli ukończyło 18 lat lub opiekuna prawnego dziecka, jeśli nie ukończyło 18 lat - w razie pobytu w szpitalu dziecka;
- → w przypadku rekonwalescencji – dodatkowo kopię lub wydruk zwolnienia lekarskiego.

W przypadku leczenia szpitalnego zawału serca, udaru mózgu lub nowotworu złośliwego ubezpieczonego:

- → wniosek o wypłatę świadczenia;
- → kartę informacyjną leczenia szpitalnego - gdy leczenie szpitalne się zakończy;
- → dokument, który potwierdza zdiagnozowanie zawału serca, udaru mózgu lub nowotworu złośliwego oraz termin leczenia szpitalnego, wydany przez lekarza prowadzącego – jeśli wniosek o wypłatę świadczenia składany jest w trakcie leczenia szpitalnego

W przypadku operacji chirurgicznej ubezpieczonego lub jego bliskiego:

- → wniosek o wypłatę świadczenia,
- → kartę informacyjną z placówki medycznej, która potwierdza wykonanie operacji chirurgicznej,
- → akt małżeństwa – w razie operacji chirurgicznej małżonka;
- → zgodę udzieloną przez małżonka albo partnera życiowego na przetwarzanie jego danych osobowych – w razie operacji chirurgicznej małżonka albo partnera życiowego.

Dziękujemy za uwagę