

Laven<sup>+</sup>

**Komplementarne ubezpieczenie zdrowotne  
dla Pracowników administracyjnych,  
Funkcjonariuszek i Funkcjonariuszy  
Państwowej Straży Pożarnej**

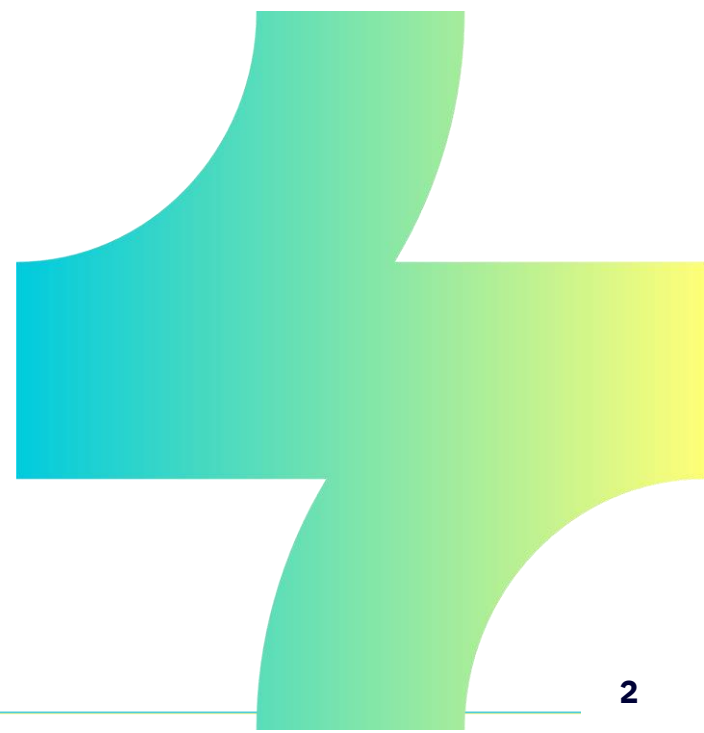


*Oferta z dnia 28.03.2023 nr L/K/2023/00000504-507 i L/K/2023/00000510-517 kierowana do Pracowników administracji i funkcjonariuszek Państwowej Straży Pożarnej i Strażaków Państwowej Straży Pożarnej . Oferta przygotowana dla Związku Zawodowego Strażaków Florian, zgodnie z OWU Komplementarnych Ubezpieczeń Zdrowotnych nr 016/2022 z dnia 29.08.2022.*

# O nas

**Laven to pierwsze w Polsce  
Komplementarne  
Ubezpieczenia Zdrowotne.**

**Zapewniając naszym Klientom  
bezpieczeństwo zdrowotne  
spełniamy najwyższe standardy,  
dlatego współpracujemy tylko  
z renomowanymi firmami, które  
cieszą się nieskazitelną opinią na  
światowym rynku ubezpieczeń.**



# Dlaczego warto?



W Laven suma ubezpieczenia to aż 4 000 000 złotych na Uczestnika.



Ubezpieczenia to także dostęp do **Drugiej Opinii Medycznej** z jednej z ponad 100 najlepszych klinik na świecie.



Zapewniamy pokrycie kosztów **całej terapii** – zakup leku, podanie, operacja/zabieg i pobyt w szpitalu oraz leczenie zdarzeń niepożądanych.



Jeżeli w wyniku choroby lub wypadku Ubezpieczony straci kończynę, zapewnimy wykonanie nowoczesnej protezy, rehabilitację oraz proces adaptacyjny. Pokryjemy **koszt protezy do 500 000 zł.**



Ubezpieczenia zapewniają innowacyjne terapie leczenia chorób onkologicznych i nieonkologicznych.



Jeden telefon uruchomi wsparcie i pełną koordynację całego procesu leczenia.

# Produkt – oferta dedykowana dla Państwowej Straży Pożarnej

- ⚡ Laven\_PRACOWNICY ADMINISTRACYJNI PSP i FUNKCJONARIUSZKI PSP
- ⚡ Laven\_STRAŻACY PSP

Do startu programu wymagana partycypacja – 100 osób w skali całej Polski łącznie w całym programie

\*Zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wszelkie wyłączenia i ograniczenia znajdują się w OWU Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego i dostępne jest na stronie [www.laven.pl](http://www.laven.pl).

# Laven

## PRACOWNICY ADMINISTRACYJNI PSP i FUNKCJONARIUSZKI PSP

30 zł /mc  
Uczestnik  
18 – 30 lat

45 zł /mc  
Uczestnik  
31 – 40 lat

90 zł /mc  
Uczestnik  
41 – 50 lat

170 zł /mc  
Uczestnik  
51 – 60 lat

## Zakres polisy:

### + 32 technologie medyczne

- 24 technologie lekowe onkologiczne
- 3 technologie lekowe nieonkologiczne
- 5 technologii nielekowych (operacja, zabieg)

### + Ubezpieczenia dodatkowe

- Druga Opinia Medyczna
- Proteza kończyny po amputacji
- E-konsultacja

## Leczone schorzenia

- Rak piersi
- Rak nerkowokomórkowy
- Rak jajowodu
- Rak jajnika
- Rak otrzewnej
- Chłoniak Hodgkina
- Rak jelita grubego
- Rak tarczycy
- Rak podstawnokomórkowy
- Rak trzustki
- Chłoniak z komórek płaszczka
- Chłoniak grudkowy
- Choroba Parkinsona
- Stwardnienie rozsiane
- Rak prostaty (robot da Vinci)
- Niedomykalność zastawki mitralnej - degeneracyjna i czynnościowa (MitraClip)
- Niedomykalność zastawki mitralnej - degeneracyjna i czynnościowa (CarnaLife Holo)

# Laven

## STRAŻACY PSP

30 zł /mc  
Uczestnik  
18 – 30 lat

45 zł /mc  
Uczestnik  
31 – 40 lat

90 zł /mc  
Uczestnik  
41 – 50 lat

170 zł /mc  
Uczestnik  
51 – 60 lat

## Zakres polisy:

### ➤ 24 technologie medyczne

- 16 technologii lekowych onkologicznych
- 3 technologie lekowe onkologiczne
- 5 technologii nielekowych (operacja, zabieg)

### ➤ Ubezpieczenia dodatkowe

- Druga Opinia Medyczna
- Proteza kończyny po amputacji
- E-konsultacja

## Leczone schorzenia

- Rak nerkowokomórkowy
- Chłoniak Hodgkina
- Rak jelita grubego
- Rak tarczycy
- Rak podstawnokomórkowy
- Rak trzustki
- Chłoniak z komórek płaszczka
- Chłoniak grudkowy
- Choroba Parkinsona
- Stwardnienie rozsiane
- Rak prostaty (robot da Vinci)
- Niedomykalność zastawki mitralnej - degeneracyjna i czynnościowa (MitraClip)
- Niedomykalność zastawki mitralnej - degeneracyjna i czynnościowa (CarnaLife Holo)

# Koordynator leczenia

Podczas całego procesu leczenia Ubezpieczonemu przypisany jest **Koordynator leczenia**.

- ⚡ Jest to osoba uzgadniająca z Lekarzem prowadzącym czas rozpoczęcia leczenia Ubezpieczonego z wykorzystaniem technologii medycznej.
- ⚡ Osoba ta kontaktuje się z Ubezpieczonym we wszelkich sprawach z nim związanych i przekazuje wszelkie konieczne informacje związane z organizacją procesu, koordynuje plan leczenia i dba o kompletność dokumentacji medycznej.



# Realizacja świadczenia

**01**

## DIAGNOZA

Choroba diagnozowana w publicznym lub prywatnym ośrodku leczniczym.

**03**

## POTWIERDZENIE

Diagnoza potwierdzona na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej.

**05**

## TERAPIA

Terapia pod stałym nadzorem wykwalifikowanego personelu ośrodka medycznego.

**02**

## ZGŁOSZENIE

Zgłoszenie do towarzystwa ubezpieczeniowego przez infolinię **+48 22 563 12 04**.  
Niezbędny jest nr polisy.

**04**

## PROCES LECZENIA

Leczenie w całości zorganizowane przez ubezpieczyciela we współpracy z koordynatorem leczenia.

**06**

## ZAKOŃCZENIE TERAPII

Zakończenie terapii z wykorzystaniem dostępu do danej technologii medycznej.



# Jak dołączyć do polisy?

---

- ⚡ Na stronie <http://www.zzsflorian.pl/>
- ⚡ Wejdź na link dedykowane Twojej dla Twojego wieku
  - 18-30
  - 31-40
  - 41-50
  - 51-60
- ⚡ Wypełnij wszystkie pola po kolei (imię nazwisko, pesel, nr dowodu etc.)
- ⚡ Zaznacz zgody
- ⚡ Kliknij wyślij – jeśli są jakiegokolwiek błędy system poda ten komunikat
- ⚡ Po poprawnym wypełnieniu zobaczysz komunikat o wystaniu e-deklaracji
- ⚡ Wypełnij dokument o zgodzie na potrącenie składki, podpisz i dostarcz do działu personalnego
  
- ⚡ W razie jakichkolwiek pytań – proszę o kontakt : Krzysztof Powązka / 722 181 891 / @ :  
krzysztof.powazka@laven.pl

*Przedstawiona oferta cenowa ma charakter informacyjny i nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu Art.66 par.1 Kodeksu Cywilnego. Propozycja wstępna jest ważna przez 30 dni. Ostateczne warunki wymagają uzgodnienia stron.*

**KROK 1 - na stronie internetowej związku są umieszczone linki w 4 przedziałach wiekowych do wypełnienia deklaracji . Po wejściu w dany link wyświetli się e-deklaracja:**

**Laven**      Oferta      Agenci i Brokerzy      Ubezpieczeni      O nas      Kontakt      [Logowanie Partnerów](#)


## Edeklaracja

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY GRUPOWEGO KOMPLEMENTARNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

regulowanej Ogólnymi Warunkami Grupowego Komplementarnego Ubezpieczenia Zdrowotnego przyjętymi uchwałą Ubezpieczyciela nr 062/2021 z dnia 08.11.2021 r.

UBEZPIECZAJĄCY	
Nazwa firmy	ZWIĄZEK ZAWODOWY STRAŻAKÓW "FLORIAN"
NIP	5361107093
REGON	010232398
Adres e-mail	krzysztofpowazka@wp.pl
Nr telefonu	225233100
Adres	Warszawa, 00-914 ul. Podchorążych 38
UCZESTNIK	
Imię	

**KROK 2 : Należy uzupełnić wszystkie pola , jak również zmienić niektóre pola np. „obcokrajowiec”, „płeć”(jeśli dotyczy mężczyzny)**

UCZESTNIK	
Imię	
Nazwisko	
Obcokrajowiec	Tak ▼
Płeć	Kobieta ▼
Data urodzenia	dzień.miesiąc.rok 
PESEL	
Rodzaj dokumentu tożsamości	Dowód osobisty ▼
Nr dokumentu tożsamości	
Adres e-mail	
Nr telefonu	
Miasto	
Kod pocztowy	
Ulica	
Nr domu	
Nr mieszkania	
Rodzaj zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego	Umowa o pracę ▼

## Krok 2 – przykład wypełnienia


UCZESTNIK	
Imię	Jan
Nazwisko	Nowak
Obcokrajowiec	Nie
Płeć	Mężczyzna
Data urodzenia	07.04.1985
PESEL	85040741676
Rodzaj dokumentu tożsamości	Dowód osobisty
Nr dokumentu tożsamości	CHE789543
Adres e-mail	J1985N@o2.pl
Nr telefonu	500500500
Miasto	Warszawa
Kod pocztowy	00-950
Ulica	Wołoska
Nr domu	90
Nr mieszkania	2
Rodzaj zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego	Członkostwo w związku zawodowym

### KROK 3: należy zmienić rodzaj zatrudnienia z umowy o pracę na członkostwo w związku zawodowym

Nr mieszkania	
Rodzaj zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego	Umowa o pracę



Rodzaj zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego	Członkostwo w związku zawodowym
---	---------------------------------



## KROK 4 – zaznaczamy wszystkie zgody

### OSWIADCZENIA

WSZYSTKIE  ZWIŃ/ROZWIŃ

1. \*  nie przebywałam na zwolnieniu lekarskim (nie dotyczy: ciąży, porodu, złamań kończyn górnych i dolnych – pojedynczych, zamkniętych)
2. \*  nie przebywałam w szpitalu, hospicjum lub innym zakładzie leczniczym lub opiekuńczym
3. \*  nie pobieram świadczeń rehabilitacyjnych ani się o takie nie ubiegam
4. \*  nie jestem niezdolny do pracy decyzją właściwego organu
5. \*  nie byłem nieobecny w pracy z powodu choroby (nie dotyczy COVID-19) lub uszkodzenia ciała co najmniej 21 kolejnych dni w
6. \*  byłem objęty ubezpieczeniem Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy poprzedzających dzień

### OSWIADCZENIA DOTYCZĄCE CHOROÓB ZASTANYCH I OKRESU KARENCJI

WSZYSTKIE  ZWIŃ/ROZWIŃ

1. \*  Przyjmuję do wiadomości, że udzielona mi Ochrona ubezpieczeniowa nie będzie dotyczyła zdarzeń, które zostaną spowodowane
2. \*  Zdarzenia, o których mowa w pkt. 1 a–d powyżej nie są przedmiotem odpowiedzialności Ubezpieczyciela, chyba że w okresie
3. \*  Przyjmuję również do wiadomości, że Ubezpieczyciel przeprowadzi ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie analizy danych

## KROK 5 – zaznaczamy zgody w oświadczeniach i zgody marketingowe

### INNE OŚWIADCZENIA

WSZYSTKIE  ZWIŃ/ROZWIŃ

1. \* Przyjmuję do wiadomości przetwarzanie przez Ubezpieczyciela moich danych osobowych podanych w niniejszej Deklaracji przy
2. \* Oświadczam, iż otrzymałem(-łam) informację na temat przetwarzania danych osobowych przez Ubezpieczyciela w celu m.in. na
3. \* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia przez Ubezpieczyciela w zakresie niezbędnym do: o
4. \* Upoważniam Ubezpieczyciela do zasięgania od innych zakładów ubezpieczeń oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą
5. \* Wyrażam także zgodę na uzyskiwanie przez Ubezpieczyciela od NFZ danych o nazwach i adresach Świadczeniodawców, którzy ud
6. \* Przyjmuję do wiadomości, że świadczeń ubezpieczeniowych od Ubezpieczyciela z tytułu tego samego zdarzenia ubezpieczeniow
7. \* Przyjmuję do wiadomości, że przerwanie Terapii w związku z wygaśnięciem Ochrony ubezpieczeniowej może prowadzić do negat
8. \* Przyjmuję do wiadomości, że Ubezpieczyciel przeprowadzi ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie analizy podanych prz
9. \* Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na: a. modyfikację warunków Umowy grupowego komplementarne
10. \* Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej Deklaracji przystąpienia i załącznikach do ni

### ZGODY MARKETINGOWE

WSZYSTKIE  ZWIŃ/ROZWIŃ

1. \* Wyrażam zgodę, żeby Ubezpieczyciel przysyłał wszelkie informacje, które dotyczą wszystkich Umów ubezpieczenia zawartych
2. \* Wyrażam zgodę na kierowanie do mnie treści marketingowych, w tym za pośrednictwem komunikacji telefonicznej oraz mailowe

## KROK 6 : należy zaznaczyć oświadczenie i przycisk „Zapisz i wyślij”

**OŚWADCZENIE POPRAWNOŚCI DANYCH**

WSZYSTKIE

1. \*  Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są poprawne, zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

**POLITYKA PRYWATNOŚCI AWP**

\* <https://mondial-assistance.pl/polityka-prywatnosci-awp>

Zapisz i wyślij

Po wystaniu na górze pojawi się komunikat

### Edeklaracja

Dziękujemy za potwierdzenie deklaracji.



# Laven<sup>+</sup>

Komplementarne Ubezpieczenia Zdrowotne