

**WOJEWÓDZKA KOMISJA
FUNDUSZU PREWENCYJNEGO PZU ŻYCIE S.A.
WOJ. ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**

25-372 Kielce, ul. Seminaryjska 12

Kielce, dn. 16 stycznia 2018 r.

WKFP-01/2018

KOMUNIKAT

W dniach 5, 9 oraz 16 stycznia 2018 roku odbyły się posiedzenia Komisji do rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy finansowej z Funduszu Prewencyjnego PZU Życie S.A., podczas których została przeanalizowana Instrukcja realizacji umowy prewencyjnej z założeniami finansowania i niefinansowania, wypracowana przez zespół w skład której wchodziłi przedstawiciele stron umowy. Komisja została powołana w miesiącu październiku 2017 roku.

Nadmieniam, iż prace Wojewódzkiej Komisji Funduszu Prewencyjnego PZU woj. świętokrzyskiego zostały zawieszona w miesiącu czerwcu 2017 roku po nie przyjęciu rozliczenia za 2016 roku oraz skierowanymi przez PZU uwagami co do kwalifikowania faktur za które przyznawana była pomoc finansowa. Niestety na zapytania do PZU dot. realizacji postanowień umowy prewencyjnej komisja nie otrzymywała wiążących odpowiedzi.

W dniu 03 stycznia 2018 roku ze strony zespołu została przesłana Instrukcja realizacji umowy prewencyjnej z wytycznymi, która dotyczy również 2017 roku.

Środki z Funduszu Prewencyjnego mogą być przeznaczone wyłącznie na działalność mającą na celu zapobieganie powstawaniu lub zmniejszaniu skutków wypadków ubezpieczeniowych tylko i wyłącznie w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej.

Ustalono następujące kryteria oceny wniosków:

Refundacja kosztów:

1. **Zakupu leków i szczepień dot. chorób przewlekłych** - max. do 70% poniesionych kosztów.
2. **Rehabilitacji, turnusów rehabilitacyjnych i sanatorium z wyłączeniem dopłaty do pokoju w sanatorium** - max. do 30% poniesionych kosztów.
3. **Leczenia stomatologicznego i ortodontycznego dot. względów zdrowotnych z wyłączeniem estetyki** - max. do 50% (max. kwota

- jednorazowego świadczenia nie wyższa niż 1000 złotych) poniesionych kosztów.
4. **Diagnostyki i wizyt lekarskich objętych warunkami ubezpieczenia** - max. do 50% poniesionych kosztów.
 5. **Operacji i zabiegów medycznych, leczenie bezpłodności** - max. do 50% (max. kwota jednorazowego świadczenia nie wyższa niż 2000 złotych) poniesionych kosztów.
 6. **Zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego stosowanego po urazach lub wypadkach** - max. do 50% poniesionych kosztów.
 7. **Zakupu szkieł okularów korekcyjnych** (z wyłączeniem oprawek okularów korekcyjnych) - max. do 100% (max. kwota jednorazowego świadczenia nie wyższa niż 1500 złotych) poniesionych kosztów.
 8. Przypadki nadzwyczajne dot. **ratowania zdrowia i życia** będą rozpatrywane indywidualnie.
 9. Profilaktyka zdrowotna zgodnie z Umową Prewencyjną oraz wytycznymi do umowy prewencyjnej.

Zasady stosowane przez Wojewódzką Komisję do rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy finansowej z Funduszu Prewencyjnego PZU Życie S.A. woj. świętokrzyskiego:

1. Osoba wnioskująca o przyznanie pomocy składając wniosek potwierdza zapoznanie się z Umową Prewencyjną oraz Regulaminem Funduszu Prewencyjnego zamieszczonych na stronie www.nszpkielce.pl.
2. Osobami uprawnionymi do ubiegania się o przyznania pomocy finansowej są osoby wymienione w § 6 Regulaminu Funduszu Prewencyjnego z zachowaniem okresu karencji, tj.:
 - a. policjanci i pracownicy policji ubezpieczeni w ramach programu ubezpieczeniowego "Policja 2015",
 - b. współubezpieczeni małżonkowie lub partnerzy, pełnoletnie dzieci przy ww.,
 - c. dzieci małoletnie doubezpieczone w wariacie partnerskim lub rodzinnym rozszerzającym ubezpieczenie zdrowotne - Opieka Medyczna S (OMS),
 - d. nieubezpieczone dzieci małoletnie dla policjantów i pracowników policji ubezpieczonych w wariacie socjalnym.
3. Do wniosku należy dołączyć dokumentację medyczną zgodną z § 11 ust. 2 Regulaminu Funduszu Prewencyjnego:

- a. zaświadczenie lekarskie określające jednostkę chorobową z kodem ICD-10 oraz wykaz leków zleconych wnioskodawcy do leczenia,
 - b. w przypadku zaświadczenia lekarskiego od lekarza ortodonta lub stomatologa zapis stwierdzający leczenie zdrowotne, a nie estetyczne,
 - c. kartę leczenia szpitalnego wraz z zaleceniami,
 - d. w przypadku braku dokumentacji wymienionej w pkt. 3 lit a - c dokumenty potwierdzające przewlekłą chorobę oraz stosowane leki, przeprowadzone zabiegi oraz badania specjalistyczne.
4. Do wniosku dołącza się:
- a. oryginały imienne faktur lub rachunków potwierdzających poniesione koszty,
 - b. faktury lub rachunki muszą zawierać oświadczenie wnioskodawcy o treści:
"Oświadczam, że leki/sprzęt rehabilitacyjny/sprzęt medyczny/szklą okularów z niniejszej faktury z poz. (tutaj należy wpisać numer z pozycji faktury jeżeli jest wiele zakupów, np. 1,2 i 6) zostały zakupione zgodnie z zaleceniem lekarza dot. choroby - (tutaj należy przypisać lek/sprzęt rehabilitacyjny/sprzęt medyczny/szklą okularów do danej choroby wskazanej w zaświadczeniu). Oświadczenie należy zakończyć czytelnym podpisem wnioskodawcy."
np.: *„Oświadczam, że leki z niniejszej faktury z poz. 2, 3, 8 zostały zakupione zgodnie z zaleceniem lekarza dot. choroby – wady serca. Jan Kowalski”*,
 - c. faktury lub rachunki dotyczące wizyty lekarskiej, usługi medycznej, usługi ortodontycznej lub stomatologicznej muszą wskazywać konkretne badanie / zabieg / czynność wykonaną przez lekarza,
 - d. faktury lub rachunki dotyczące wizyty lekarskiej mają mieć opis specjalności lekarza, jeśli nie wynika to z samej faktury lub rachunku,
 - e. faktury lub rachunki dotyczące witamin i suplementów diety zleconych przez lekarza będą rozpatrywane tylko w stosunku do wspomaganie leczenia chorób objętych w umowie ubezpieczenia tj. poważne zachorowania ubezpieczonego - katalog 38 stanów chorobowych, małżonka ubezpieczonego - katalog 26 stanów chorobowych oraz małego dziecka - katalog 20 stanów chorobowych wraz z dokumentem potwierdzającym zalecenie lekarza,
 - f. faktury lub rachunki dotyczące okularów muszą zawierać informację o kosztach dotyczących szkieł okularów korekcyjnych,

- g. ksero każdej złożonej oryginalnej imiennej faktury lub imiennego rachunku po wpisaniu oświadczenia wymienionego w pkt. 4 lit. b.,
 - h. tabelę z wykazem faktur stanowiącą załącznik do wniosku,
 - i. rozliczenie faktur lub rachunków z datą zakupu max. do 12 miesięcy wstecz od daty złożenia wniosku,
 - j. rozliczenie faktur lub rachunków po okresie 6-cio miesięcznej karencji od daty ubezpieczenia dla osób nowo ubezpieczonych,
 - k. istnieje możliwość zwrotu oryginałów faktur lub rachunków złożonych z wnioskiem po rozpatrzeniu ich przez Komisję i złożeniu oświadczenia oraz wykonaniu dodatkowej ich kserokopii przez zainteresowanego.
5. Poświadczenie zawartego ubezpieczenia w Programie Ubezpieczeniowym "Policja 2015" ma zawierać:
- a. datę przystąpienia do ubezpieczenia do ww. programu z wskazanym wariantem ubezpieczenia grupowego oraz wariantem rozszerzającym ubezpieczenie zdrowotne - Opieka Medyczna S (OMS),
 - b. czytelny podpis lub imienna pieczęć osoby potwierdzającej.
6. Wniosek, który nie spełnia wymienionych zasad oraz postanowień Regulaminu Funduszu Prewencyjnego nie będzie rozpatrzony i zostanie odesłany do nadawcy.
7. Wniosek bez podpisanego czytelnie imieniem i nazwiskiem Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy nie będzie rozpatrzony i zostanie odesłany do nadawcy.
8. Druk wniosku, załącznik - Wykaz faktur można pobrać ze strony internetowej www.nszzpkielce.pl zakładka FP PZU.
9. Załącznik - Wykaz faktur nie podpisujemy. Podpisaniu podlega tylko wniosek i wskazane w nim oświadczenia.

*Przewodniczący
Wojewódzkiej Komisji
Funduszu Prewencyjnego PZU
woj. świętokrzyskiego*

Jerzy Kaniewski