SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Zamówienie dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin.

2. Szacowana liczba osób, które mogą skorzystać z ubezpieczenia to **1030 osób** i jest to liczba aktualnie ubezpieczonych pracowników wg stanu na dzień 30.06.2019r.
(informację o strukturze wiekowo-płciowej aktualnie zatrudnionych pracowników Ubezpieczającego zawiera Załącznik nr 2.

3. Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy oraz ich współmałżonkowie i pełnoletnie dzieci przystąpią do ubezpieczenia z uwagi na fakt, iż jest to ubezpieczenie dobrowolne i Zamawiający nie może zobowiązać pracowników i członków ich rodzin, aby do niego przystąpili.

4. Niniejszy dokument określa zakres oraz minimalne warunki świadczenia usług grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin, których spełnienia wymaga pod rygorem odrzucenia oferty, a także określa warunki fakultatywne, stanowiące kryterium oceny ofert, szczegółowo określone w niniejszym dokumencie oraz Rozdziale XIV SIWZ. W celu uniknięcia wątpliwości, niniejszy dokument definiuje także pojęcia, które będą wiążące dla stron umowy o zamówienie publiczne.

ZAKRES I WARUNKI MINIMALNE

1. Do ubezpieczenia będą mogli przystąpić pracownicy oraz współmałżonkowie, którzy ukończyli 16 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia, a także pełnoletnie dzieci, które ukończyły 18 rok życia.

2. Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do Ubezpieczonego w pełnym zakresie ubezpieczenia kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat. W przypadku osób przekraczających ten wiek i będących nadal pracownikami następuje wydłużenie odpowiedzialności dla całego zakresu ubezpieczenia do czasu trwania stosunku prawnego łączącego go z Ubezpieczającym.

3. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia będzie przysługiwać współmałżonkom oraz pełnoletnim dzieciom pracowników. Wykonawca nie może wymagać minimalnego poziomu partycypacji dla współmałżonków i pełnoletnich dzieci.

4. Wykonawca nie będzie wymagał żadnych ankiet medycznych w przypadku pracowników (zarówno ubezpieczonych jak i nieubezpieczonych) oraz w przypadku dotychczas ubezpieczonych współmałżonków i pełnoletnich dzieci. Oznacza to, że nie będzie konieczności przedstawienia żadnych informacji dotyczących stanu ich zdrowia oraz przeprowadzania badań lekarskich. W przypadku dotychczas nieubezpieczonych współmałżonków i pełnoletnich dzieci dopuszcza się zastosowanie oświadczenia o stanie zdrowia.

5. Osoby dotychczas ubezpieczone (pracownicy, współmałżonkowie oraz pełnoletnie dzieci) przebywający na zwolnieniu lekarskim, na urlopie bezpłatnym, macierzyńskim, tacierzyńskim,

rodzicielskim bądź w szpitalu, w dacie początku ubezpieczenia - mają prawo przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości odpowiedzialności pomiędzy dotychczasowym a nowym ubezpieczeniem.

6. Zamawiający zastrzega, że w ramach zamówienia będzie funkcjonować jeden Wariant zgodnie z przyjętą w postępowaniu ofertą. O wyborze oferty decydować będą, poza ceną oferty ustalonej na podstawie wysokości składki dla określonego Wariantu i przewidywanej liczby ubezpieczonych klauzule, o których mowa w dalszej części niniejszego dokumentu.

7. Po zawarciu umowy Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia i doręczenia certyfikatów ubezpieczenia dla każdego pracownika/osoby objętego/ej ochroną ubezpieczeniową na adres korespondencyjny lub adres mailowy wskazany w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego lub na adres korespondencyjny Zamawiającego.

8. Maksymalny akceptowalny przez pracowników poziom miesięcznej składki jednostkowej wynosi 70,00 zł.

9. Wykonawca gwarantuje niezmienność warunków, zakresu ubezpieczenia oraz składki miesięcznej jednostkowej przez cały okres ubezpieczenia.

10. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem pracowników oraz współmałżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci (również dotychczas nieubezpieczonych, z wyłączeniem partnerów zyciowych) bez okresu karencji w pełnym zakresie, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 2 miesięcy liczonych od daty:
    - początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia (dotyczy pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci),
    - nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z ubezpieczającym powstał po początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej (dotyczy wyłącznie pracowników)
    - zawarcia związku małżeńskiego - dotyczy współmałżonków
    - ukończenia 18 roku życia – w przypadku dzieci pracowników.

W przypadku partnerów życiowych dotychczas nieubezpieczonych możliwe jest zastosowanie karencji zgodnie z OWU Wykonawcy.

11. W przypadku pracowników, współmałżonków/partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci, którzy przystąpią do ubezpieczenia po 2 miesiącach od daty:
    - początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia (dotyczy pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci),
    - nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczonego z ubezpieczającym powstał po początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej (dotyczy wyłącznie pracowników)
    - zawarcia związku małżeńskiego - dotyczy współmałżonków
    - ukończenia 18 roku życia – w przypadku dzieci pracowników,

    będą obowiązywały okresy karencji zgodnie z OWU Wykonawcy.
    Karencja, w każdym czasie, nie dotyczy zdarzeń, które nastąpiły w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

12. Wykonawca dopuszcza również możliwość opłacania składek poprzez Zamawiającego w okresie korzystania z urlopu macierzyńskiego, wychowawczego lub bezpłatnego.

13. Zakres terytorialny ubezpieczenia – ubezpieczenie obowiązuje na terenie całego świata, całodobowo, z wyjątkiem:
    - pobytu ubezpieczonego w szpitalu - odpowiedzialność może być ograniczona do RP i pozostałych krajów Unii Europejskiej oraz na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu.
    - przeprowadzenia operacji chirurgicznej - odpowiedzialność może być ograniczona do RP, z zastrzeżeniem, że stanowi kryterium podlegające ocenie.

14. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia za skutki, następstwa oraz kolejne etapy leczenia stanów chorobowych oraz nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły lub wydarzyły się przed datą objęcia odpowiedzialnością przez Wykonawcę, a których skutki, następstwa lub kolejne etapy leczenia ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego. Zapis ten dotyczy osób obecnie ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia pod warunkiem, iż wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmowała swoim zakresem wymienione w tym punkcie świadczenia i ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się oraz osób nowozatrudnionych pod warunkiem, iż przystąpią do ubezpieczenia w pierwszym miesiącu zatrudnienia.

15. W przypadku, gdy zajście zdarzenia powoduje powstanie odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego z więcej niż jednego zdarzenia objętego ubezpieczeniem, świadczenie ze wszystkich ryzyk zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania jakichkolwiek potrąceń.

16. Do obowiązków pracowników Zamawiającego należeć będzie zebranie deklaracji / wniosków przystąpienia do ubezpieczenia, a następnie ich przekazywanie ubezpieczycielowi oraz doręczanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia obowiązujących w umowie osobom zainteresowanym przystąpieniem przed ich wyrażeniem zgody na objęcie ochroną lub na finansowanie składki. Ponadto do obowiązków pracowników Zamawiającego należeć będzie również aktualizacja listy ubezpieczonych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia (dane dotyczące ubezpieczonego, uposażonego), przekazywanie składek za ubezpieczenie oraz rozliczenia tych składek wraz z wykazem ubezpieczonych osób oraz ewentualnie inne czynności uzgodnione z Zamawiającym.

17. Wykonawca zapewni system informatyczny do obsługi ubezpieczenia lub umożliwi przesyłanie dokumentów za pomocą poczty elektronicznej. Oczekiwany zakres funkcji systemu informatycznego będzie w szczególności obejmować:
    - prowadzenie ewidencji osób objętych ubezpieczeniem,
    - ewidencjonowanie osób przystępujących do ubezpieczenia
    - ewidencjonowanie osób występujących z ubezpieczenia
    - rozliczanie składek miesięcznych.

18. Wykonawca gwarantuje możliwość zgłaszania przynajmniej świadczeń bezspornych (z tytułu urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, śmierci rodziców i teściów, śmierci dziecka) drogą elektroniczną (poczta e-mail, faks) bez konieczności potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem oraz wypłatę tych świadczeń w ciągu 3 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia. Wykonawca w uzasadnionych przypadkach może zawnioskować o wgląd w oryginały dokumentacji.

19. W przypadku zgłoszenia roszczeń z innych ryzyk niż wymienione w pkt. 20 Wykonawca zobowiązuje się do wypłaty świadczenia najpóźniej w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia świadczenia, a w przypadku braku kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia, zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia wszystkich okoliczności niezbędnych do ustalenia jego odpowiedzialności. Ponadto w ciągu 7 dni od daty wpływu roszczenia do osoby składającej roszczenie Wykonawca wyśle pismo z prośbą o uzupełnienie dokumentacji oraz listą informacji niezbędnych do zakończenia procesu likwidacji roszczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

20. Wypłata świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu na podstawie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia bez konieczności wykonania badania lekarskiego. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z uzasadnionym wnioskiem o przeprowadzenie badania lekarskiego Wykonawca gwarantuje możliwość zorganizowania komisji lekarskiej i pokryje jej koszty.

21. Wykonawca będzie ustalał wysokość należnego świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu na podstawie tabeli norm oceny procentowej uszczerbku obowiązującej u Wykonawcy i tylko w przypadku uszczerbku skatalogowanego w OWU Wykonawcy i po spełnieniu pozostałych warunków Umowy ubezpieczenia, o ile nie będą sprzeczne z postanowieniami SIWZ.

22. Wykonawca zapewni obsługę grupowego ubezpieczenia na życie na terenie miasta Wrocławia, co oznacza, że gwarantuje co najmniej:
    - przyjmowanie i weryfikację dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia,
    - przyjmowanie wniosków o zawarcie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego,
    - przeprowadzenie badań lekarskich.

23. Wykonawca zagwarantuje ubezpieczonemu, tj. pracownikowi, współmałżonkowi i pełnoletniemu dziecku, indywidualną kontynuację ubezpieczenia, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego pracownika Ubezpieczającego z Ubezpieczającym przy maksymalnej składce 7,00 zł od każdego 1 000,00 zł sumy ubezpieczenia za jednego ubezpieczonego. Minimalny zakres ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego powinien obejmować następujące ryzyka: śmierć ubezpieczonego, śmierć ubezpieczonego wskutek NW, trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW, śmierć małżonka, śmierć dziecka, śmierć rodziców lub teściów.
    Prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu, pod warunkiem, że przekazano za niego składkę za okres co najmniej 6 miesięcy, natomiast w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego pracownika Ubezpieczającego z Ubezpieczającym z powodu reorganizacji lub likwidacji Ubezpieczającego bez względu na okres przekazywania składek za Ubezpieczonego. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego ubezpieczyciela – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.

24. Wykonawca winien złożyć ofertę zgodnie z zakresem i wysokością świadczeń, które podane zostały w tabeli:

Lp	Zakres ubezpieczenia	Wariant I
1.	Śmierć ubezpieczonego	70 000,00 zł
2.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu*	165 000,00 zł
3.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	165 000,00 zł
4.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*	235 000,00 zł
5.	Śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy*	235 000,00 zł
6.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:	
	- za 1% trwałego uszczerbku	500,00 zł
	- za 100% trwałego uszczerbku	50 000,00 zł
7.	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	

	- za 1% trwałego uszczerbku	450,00 zł
	- za 100% trwałego uszczerbku	45 000,00 zł
8.	Śmierć małżonka	26 000,00 zł
9.	Śmierć małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	66 000,00 zł
10.	Śmierć rodziców lub teściów ubezpieczonego	3 000,00 zł
11.	Śmierć rodziców lub teściów ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	6 000,00 zł
12.	Śmierć dziecka	4 000,00 zł
13.	Śmierć dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku*	8 000,00 zł
14.	Urodzenie się dziecka	1 600,00 zł
15.	Urodzenie martwego dziecka	3 200,00 zł
16.	Osierocenie dziecka	4 500,00 zł
17.	Poważne zachorowania ubezpieczonego – suma ubezpieczenia	5 000,00 zł
18.	Operacje chirurgiczne – suma ubezpieczenia	Klasa I - 4 000,00 zł Klasa II – 3 000 zł Klasa III – 2 000 zł Klasa IV – 1 000 z ł Klasa V – 800 zł
19.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby do 14 dni	75,00 zł
20.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby powyżej14 dni	75,00 zł
21.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku do 14 dni*	300,00 zł
22.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego do 14 dni*	400,00 zł
23.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy do 14 dni*	400,00 zł
24.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu do 14 dni*	150,00 zł
25.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu powyżej 14 dni	75,00 zł
26.	Pobyt Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, nieszczęśliwego wypadku przy pracy nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy – powyżej 14 dni	75,00 zł
27.	Pobyt Ubezpieczonego na OIOM/OIT - jednorazowo	750,00 zł
28.	Rekonwalescencja Ubezpieczonego	37,50 zł
29.	Leczenie specjalistyczne	3 000 zł

*** Uwaga! Podane w tabeli wysokości świadczeń są wartościami skumulowanymi**

Definicje:

- **ubezpieczony** - pracownik Ubezpieczającego, współmałżonek i pełnoletnie dziecko pracownika, pod warunkiem że przystąpią do ubezpieczenia;

- **pracownik** - osoba fizyczna pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym na podstawie ważnej umowy o pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu, umowy zlecenia, umowy o dzieło bądź w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Wykonawcę;

- **współmałżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Wykonawca uzna za współmałżonka również **partnera życiowego**, tj. osobę nie będącą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą z pracownikiem – również nie będącym w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu, która jednocześnie nie jest spokrewniona z pracownikiem w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej z pracownikiem. Partner życiowy może przystąpić do ubezpieczenia albo pracownik może wskazać w deklaracji przystąpienia partnera życiowego i w przypadku jego zgonu jest on traktowany tak, jak współmałżonek, zaś w przypadku zgonu rodziców partnera życiowego są oni traktowani tak, jak teściowie. Zmiana oświadczenia może nastąpić najwcześniej po upływie roku od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia lub od daty ostatniego oświadczenia.

- **pełnoletnie dziecko** - dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego pracownika (pod warunkiem, że nie żyje matka lub ojciec pasierba), które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyło 18 rok życia;

- **dziecko**:
  a. własne, przysposobione lub pasierb (pod warunkiem, że nie żyje matka lub ojciec pasierba), do 25 roku życia dziecka - (dotyczy świadczenia z tytułu śmierci dziecka oraz śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku);
  b. własne, przysposobione lub pasierb (pod warunkiem, że nie żyje matka lub ojciec pasierba) do 18 roku życia lub do 25 roku życia pod warunkiem, że uczęszcza do szkoły lub bez względu na wiek w przypadku jego całkowitej niezdolności do pracy (dotyczy świadczenia z tytułu osierocenia dziecka);

- **rodzic** – matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Ubezpieczonego. (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów),

- **teść** – matka lub ojciec aktualnego Współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym aktualnego Współmałżonka Ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Współmałżonka Ubezpieczonego (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów);

- **nieszczęśliwy wypadek -** nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną mające miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte umową ubezpieczenia;

- **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka transportu, i w którym uległ wypadkowi w związku z ruchem:
  a) lądowym pojazdów silnikowych, w tym motorowerzystów oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
  b) wodnym pojazdów pływających,
  c) lotniczym statków pasażerskich koncesjonowanych linii lotniczych.

  Za uczestników wypadku komunikacyjnego uznaje się również ubezpieczonego występującego w charakterze rowerzysty lub pieszego.

- **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, z tytułu którego opłacana jest składka na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Wypadek przy pracy musi być potwierdzony protokołem BHP lub odpowiadającą mu stosowną dokumentacją ZUS lub KRUS;

- **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji;

- **urodzenie się dziecka** – urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu potwierdzone aktem urodzenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się również przysposobienie dziecka do 5 roku życia;

- **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu, które zmarło w trakcie porodu lub urodziło się martwe po upływie 22. tygodnia ciąży lub później i zostało zarejestrowane w rozumieniu przepisów prawa dotyczących porodów i urodzeń;

- **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielenia świadczeń zdrowotnych chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko – pielęgniarskiej,

- **świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu** – świadczenie za pobyt w szpitalu winno być wypłacone od pierwszego dnia pobytu w szpitalu z tym, że świadczenie będzie wypłacone za **pobyt trwający co najmniej 3 dni** w przypadku choroby i **co najmniej 2 dni** w przypadku nieszczęśliwego wypadku. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się każdy dzień wg daty kalendarzowej, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, w tym dzień przyjęcia i dzień wypisu ze szpitalu. Maksymalna ilość dni pobytu w szpitalu, za które przysługuje świadczenie nie może być mniejsza niż 180 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt ubezpieczonego w szpitalu, co najmniej w krajach należących do Unii Europejskiej oraz na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu.

- **OIOM/OIT** – specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. Za OIOM uznaje się także oddział intensywnej opieki kardiologicznej oraz pododdział udarowy. Świadczenie wypłacane jednorazowo lub za każdy dzień pobytu (minimalnie za 5 dni).

- **rekonwalescencja** – pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne, bezpośrednio po pobycie w szpitalu (wymagany czas pobytu w szpitalu to minimum 14 dni). Maksymalna ilość dni, za które przysługuje świadczenie nie może być mniejsza niż 120 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po jednorazowym pobycie w szpitalu maksymalnie za 30 dni. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji będzie należne, o ile świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu poprzedzające rekonwalescencje też było należne.

- **operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny wykonany w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej metodą endoskopową, laparoskopową, otwartą lub zamkniętą przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu. Ustalenie wysokości świadczenia dotyczącego konkretnej operacji będzie odbywało się zgodnie z postanowieniami OWU Wykonawcy. Zakres katalogu operacji chirurgicznych obejmował będzie co najmniej 500 przypadków operacji. Wysokość świadczeń za poszczególne klasy operacji została określona w pkt. 24 w Tabeli poz. 21 z podziałem na 5 klas operacji. Wykonawca nie może wymagać do wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych minimalnego okresu pobytu w szpitalu w związku z przebytą operacją.

- **poważne zachorowanie Ubezpieczonego** - zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie co najmniej następujących chorób:
  - chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by – pass, choroba Creutzfelda-Jakoba, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, sepsa, tężec, udar, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi lub podczas

wykonywania obowiązków służbowych, zawał serca, borelioza, gruźlica, utrata kończyn wskutek choroby, utrata słuchu, stwardnienie rozsiane, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C (inaczej przewlekłe zapalenie wątroby), paraliż, choroba Alzheimera, śpiączka,
za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń. Zamawiający dopuszcza definicje w/w chorób zgodnie z OWU Wykonawcy.

- **leczenie specjalistyczne -** przedmiotem ubezpieczenia jest przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy przynajmniej następujących zabiegów: chemioterapii albo radioterapii, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera / defibrylatora, wszczepienia rozrusznika serca, ablacji. W przypadku przeprowadzenia zarówno radioterapii i chemioterapii dopuszcza się wypłatę tylko jednego z wymienionych świadczeń. W pozostałych przypadkach przysługuje jedno świadczenie w związku z tym samym leczeniem specjalistycznym. Wysokość świadczenia równa się 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie. Zamawiający dopuszcza definicje w/w zabiegów zgodnie z OWU Wykonawcy.

KLAUZULE FAKULTATYWNE (PODLEGAJĄCE OCENIE)

1. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu -** polega na rozszerzeniu zakresu terytorialnego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu na terytorium całego świata **– 1 pkt.**

2. **Klauzula dotycząca wypłaty świadczenia z tytułu ciężkiej choroby -** Wykonawca zagwarantuje wypłatę świadczenia za wystąpienie każdej ciężkiej choroby u danego ubezpieczonego wymienionej w ramach zakresu obligatoryjnego, która wystąpi w trakcie trwania umowy ubezpieczenia bez względu na związek przyczynowo-skutkowy. Po wystąpieniu danej choroby odpowiedzialność towarzystwa wygasa w zakresie tej choroby – **4 pkt.**

3. **Klauzula dotycząca skrócenia okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu samobójstwa -** Wykonawca skróci okres wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa do 6 miesięcy – **3 pkt.**

4. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w sanatorium –** Wykonawca uzna swą odpowiedzialność i przyzna świadczenie w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego skierowania na leczenie sanatoryjne potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Świadczenie przyznane będzie jeden raz w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy w wysokości 500zł. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w sanatorium związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą.
Kwota świadczenia to 500,00 zł - **3 pkt.**

5. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu o pobyt w związku z leczeniem depresji i nerwicy -** Ubezpieczyciel przyzna świadczenie w przypadku ubiegania się o wypłatę świadczenia w związku z leczeniem depresji lub nerwicy, których podłożem jest praca zawodowa. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia za maksymalnie 30 dni pobytu w szpitalu w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy – **3 pkt.**

6. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu w związku z chorobą za pobyty krótkotrwałe -** świadczenie za pobyt w szpitalu winno być wypłacone za pobyt trwający co najmniej 2 dni w przypadku pobytu w związku z chorobą - pobyt liczony jako data przyjęcia i data wypisu ze szpitala – **4 pkt.**

7. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność terytorialną ubezpieczyciela za świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych –** polega na uznaniu przez ubezpieczyciela odpowiedzialności za operacje chirurgiczne przeprowadzone w placówce medycznej zlokalizowanej na terytorium krajów UE **– 1 pkt.**

8. **Klauzula zastosowania definicji „nowotworu łagodnego"** określonego jako nowotwór niezłośliwy utworzonego z tkanek zróżnicowanych i dojrzałych, o budowie mało odbiegającej od obrazu prawidłowych tkanek. Nowotwór niezłośliwy to taki, który jest dobrze ograniczony, często otorbiony, rośnie wolno, rozprężająco (uciskając sąsiadujące tkanki), nie daje przerzutów, a po należytym jego usunięciu nie powstaje wznowa (ponowny rozrost nowotworu w tym samym miejscu) - jest całkowicie wyleczalny. Do nowotworów niezłośliwych oprócz scharakteryzowanych powyżej zaliczamy nowotwory skóry, nowotwory przedinwazyjne in situ oraz nowotwory nieinwazyjne. W przypadku wystąpienia nowotworu niezłośliwego Wykonawca wypłaci świadczenie jeden raz w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy liczonych od początku okresu ochrony ubezpieczeniowej w wysokości odpowiadającego kwocie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia **– 5 pkt.**

9. **Klauzula uprawniająca do zniżek marketingowych w wybranych ubezpieczeniach majątkowych –** Ubezpieczyciel przyzna prawo do zniżek w ubezpieczeniach majątkowych, komunikacyjnych i osobowych osobom, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w wysokości 10% **– 3 pkt.**

10. **Klauzula rozszerzająca definicję rekonwalescencji** – Wykonawca uzna odpowiedzialność za pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne, bezpośrednio po pobycie w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał minimum 10 dni – **2 pkt.**

11. **Klauzula zastosowania definicji „zawału serca"** określonej jako wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie typowego dla zawału serca bólu, nowych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężeń enzymów sercowych we krwi Powyższa definicja odnosi się również do następujących świadczeń:
    - Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
    - Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
    - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu do 14 dni
    - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu powyżej 14 dni.
    – **4 pkt**.

12. **Klauzula zastosowania definicji „udaru mózgu"** określonej jako nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej na skutek ostrego niedokrwienia lub krwotoku śródczaszkowego, zaburzenie czynności mózgu prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi – zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Trwały deficyt neurologiczny musi zostać potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa. Za udar nie są uważane epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego, udar nie pozostawiający

trwałego ubytku, a także uszkodzenia pourazowe. Powyższa definicja odnosi się również do następujących świadczeń:
- Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
- Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
- Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu do 14 dni
- Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu powyżej 14 dni.
- **4 pkt**.

13. **Klauzula zastosowania definicji „nowotworu złośliwego" –** określonej jako nowotwór złośliwy – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających. Rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę. Do nowotworów złośliwych oprócz scharakteryzowanych powyżej zaliczane są także: chłoniaki, ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina), białaczki, czerniak, mięsak, potworniak niedojrzały, glejak. Za nowotwór złośliwy nie uważa się: **nowotworów łagodnych**, inaczej **niezłośliwych** , tzn. takich które utworzone zostały z tkanek zróżnicowanych i dojrzałych, o budowie mało odbiegającej od obrazu prawidłowych tkanek. Są dobrze ograniczone, często otorbione, rosną wolno, rozprężająco (uciskając sąsiadujące tkanki), nie dają przerzutów, a po ich usunięciu nie powstaje wznowa (ponowny rozrost nowotworu w tym samym miejscu). Ponadto do nowotworów złośliwych nie zaliczamy: nowotworów skóry, nowotworów przedinwazyjnych in situ, nowotworów współistniejących z infekcją HIV oraz nowotworów nieinwazyjnych - **4 pkt.**

14. **Klauzula udostępnienia systemu do obsługi programu ubezpieczeniowego –** Wykonawca udostępni w dniu zawarcia umowy system do obsługi programu ubezpieczeniowego umożliwiający dokonywanie w drodze elektronicznej przynajmniej niżej wymienionych czynności:
    - prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
    - ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
    - ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
    - rozliczenie składek miesięcznych
    - generowanie wniosku o wypłatę świadczeń lub dokonywanie zgłoszenia świadczeń elektronicznie bez konieczności wypełniania druku papierowego wraz z możliwością załączenia dokumentacji potwierdzającej prawo do świadczenia,
    - generowanie wniosku o przejście na indywidualną kontynuację lub generowanie poświadczenia odejścia (wystąpienia) z grupy,
    - ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem Ubezpieczenia,
    - generowanie wniosku o wypłatę świadczeń umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie.

    Warunkiem udostępnienia systemu do obsługi programu ubezpieczeniowego w dniu zawarcia jest otrzymanie przez Towarzystwo odpowiednio wcześniej dokumentów umożliwiających wystawienie polisy i nadanie uprawnień do systemu – **4 pkt.**

15. **Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową o dodatkowe świadczenie „karta/ryczałt lekowa/y"** - świadczenie umożliwiające odbiór w aptece produktów o wartości 200 zł lub wypłata ryczałtu w wysokości 200 zł przeznaczonego na zakup leków po odbyciu leczenia szpitalnego spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na wypadek leczenia szpitalnego. Wykonawca przyzna ubezpieczonemu prawo do świadczenia za co najmniej trzy rozpoczęte pobyty w szpitalu, w

każdym okresie kolejnych 12 miesięcy trwającym między rocznicami polisy, objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego **– 2 pkt.**

16. **Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność o zdarzenia wypadkowe w związku z amatorskim uprawianiem sportów** – Wykonawca uzna odpowiedzialność w związku nieszczęśliwym wypadkiem spowodowanym amatorskim uprawianiem sportów nie mającym ryzykownego charakteru lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych nie mającym ryzykownego charakteru, przy czym za takie uważa się w szczególności narciarstwo i snowbording (z wyłączeniem ekstremalnego), turystyczne spływy kajakowe, nurkowanie bez specjalistycznego sprzętu umożliwiającego oddychanie pod wodą, jazdę gokartami, jazdę quadami, uczestnictwo w rywalizacjach sportowych bez użycia pojazdów kołowych, łodzi, koni lub nart wodnych - **1 pkt.**

17. **Klauzula dotycząca ankiet medycznych -** Wykonawca nie będzie wymagał żadnych ankiet medycznych w przypadku dotychczas nieubezpieczonych współmałżonków i pełnoletnich dzieci co oznacza, że nie będzie konieczności przedstawienia żadnych informacji dotyczących stanu ich zdrowia oraz przeprowadzania badań lekarskich - **3 pkt.**

18. **Klauzula dotycząca rehabilitacji** - Wykonawca uzna odpowiedzialność za pierwszy pobyt w szpitalu w związku z rehabilitacją mającą na celu usunięcie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeżeli pobyt ten rozpoczął się w okresie 6 miesięcy od pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą – **4 pkt.**

19. **Klauzula rozszerzająca definicje dziecka –** dziecko własne, a także przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka pasierba) – bez względu na wiek. Dotyczy świadczenia w wyniku śmierci dziecka oraz śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku – **4 pkt**.

OKRES UBEZPIECZENIA, WARUNKI PŁATNOŚCI ZAMÓWIENIA

Przewidywany termin realizacji zamówienia: 01-11-2019 r – 30-10-2021r.
Przez pojęcie „termin realizacji zamówienia" rozumie się przedział czasowy, w którym udzielona jest ochrona ubezpieczeniowa zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia.

Sposób i forma płatności: składka będzie płacona miesięcznie przelewem przez Zamawiającego na numer konta bankowego podany Zamawiającemu przez Wykonawcę. Termin przekazywania składek określa się najpóźniej do 5 dnia miesiąca, za który są należne. W przypadku, gdy dzień płatności, tak określony przypadnie w dzień świąteczny lub wolny od pracy u Zamawiającego realizacja nastąpi w najbliższym dniu roboczym po tym terminie.
Składka za każdy miesięczny okres ochrony będzie obliczana jako iloczyn ilości osób aktualnie objętych ochroną ubezpieczeniową i wysokości składki miesięcznej jednostkowej.

POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE STOSOWANIA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA w UMOWIE UBEZPIECZENIA

1. Załącznik nr 4 do SIWZ – Formularz ofertowy stanowi dokument wymagany w ofercie zgodnie z punktem VII SIWZ, zaś przyjęty w ofercie zakres zostanie oceniony zgodnie z kryteriami opisanymi w punkcie XIV SIWZ.

2. Wskazane przez Wykonawcę w Formularzu ofertowym ogólne warunki ubezpieczenia lub inne wzorce umowy (dalej OWU) będą mieć zastosowanie do zawartej umowy tylko w kwestiach nieuregulowanych w SIWZ, a w odniesieniu do warunków fakultatywnych w kwestiach nieokreślonych także w Formularzu ofertowym. W przypadku sprzeczności treści OWU z postanowieniami określonymi w SIWZ lub w Formularzu ofertowym strony związane są postanowieniami określonymi w SIWZ lub w Formularzu ofertowym.
3. OWU Wykonawcy nie są częścią oferty, a Zamawiający nie będzie badał ich zgodności z SIWZ, nawet jeśli Wykonawca dołączy je do oferty.
4. Wykonawca ma prawo dostosować zakres ochrony wynikający z OWU do zakresu określonego przez Zamawiającego jako zakres minimalny, poprzez dołączenie do oferty postanowień zmieniających postanowienia OWU, dalej zwanych postanowieniami dodatkowymi. Zastosowanie postanowień dodatkowych będzie podlegać ocenie. W przypadku niezgodności treści postanowień dodatkowych z treścią SIWZ oferta zostanie odrzucona.
5. W przypadku braku określonych przez Wykonawcę postanowień dodatkowych, jeśli OWU przewidują warunki korzystniejsze od określonych w SIWZ warunków minimalnych, to zastosowanie będą miały w tym zakresie postanowienia OWU. Niniejsze postanowienie nie dotyczy rozszerzeń podstawowego zakresu ochrony wynikających z OWU, które nie zostały przez Zamawiającego określone w zakresie minimalnym, ani przyjęte przez Wykonawcę w ramach zakresu fakultatywnego.