

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

W niniejszym Załączniku opisano zakres i warunki **minimalne**. Złożenie oferty zawierającej postanowienia dotyczące wprowadzenia warunku zmieniającego zakres minimalny - nie podlegający zmianom **spowoduje odrzucenie oferty**.

W opisie zawarto również warunki **fakultatywne**, których zastosowanie w ofercie podlegać będzie ocenie.

ZAKRES I WARUNKI MINIMALNE

1. Zamówienie dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin.
2. Szacowana liczba osób, które mogą skorzystać z ubezpieczenia to **433 osoby** i jest to liczba aktualnie ubezpieczonych pracowników wg stanu na dzień 06.06.2019r.
(informację o strukturze wiekowo-płciowej aktualnie zatrudnionych pracowników Ubezpieczającego zawiera Załącznik nr 2).
3. Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy oraz ich współmałżonkowie/partnerzy 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. Do ubezpieczenia mogą przystąpić pracownicy oraz współmałżonkowie/partnerzy, którzy ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia, a także pełnoletnie dzieci, które ukończyły 18 rok życia.
5. 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.
6. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia będzie przysługiwać współmałżonkom/partnerom oraz pełnoletnim dzieciom pracowników, którzy mogą przystąpić do tego samego wariantu co pracownik. Wykonawca nie może wymagać minimalnego poziomu partycypacji dla współmałżonków i pełnoletnich dzieci.
7. Wykonawca nie będzie wymagał żadnych ankiet medycznych w przypadku pracowników (zarówno ubezpieczonych jak i nieubezpieczonych) oraz w przypadku dotychczas ubezpieczonych współmałżonków/partnerów 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.
8. Osoby dotychczas ubezpieczone (pracownicy, współmałżonkowie/partnerzy oraz pełnoletnie dzieci) w dacie podpisywania deklaracji uczestnictwa/zmiany mogą przebywać na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub innej podobnej placówce;
- mogą posiadać uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych lub być uznane za niezdolne do pracy orzeczeniem właściwego organu wg przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym:

-mają prawo przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości odpowiedzialności pomiędzy dotychczasowym a nowym ubezpieczeniem.

9. Zamawiający zastrzega, że w ramach zamówienia będą funkcjonować 2-dwa warianty ubezpieczenia zgodnie z przyjętą w postępowaniu ofertą.
10. Po zawarciu umowy Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia i doręczenia Ubezpieczającemu certyfikatów ubezpieczenia dla każdego pracownika/osoby objętego/ej ochroną ubezpieczeniową lub Wykonawca umożliwi wydruk certyfikatów dla każdego pracownika/osoby objętego/ej ochroną ubezpieczeniową potwierdzających objęcie ubezpieczeniem, poprzez system informatyczny do obsługi ubezpieczenia.
11. Wykonawca akceptuje, że liczba ubezpieczonych może ulec zmianie w czasie trwania umowy ubezpieczenia.
12. Wykonawca gwarantuje niezmienność warunków, zakresu ubezpieczenia oraz składki miesięcznej jednostkowej przez cały okres ubezpieczenia.
13. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem pracowników dotychczas nieubezpieczonych bez okresu karencji w pełnym zakresie, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 1 miesiąca liczonych od daty:
 - początku ochrony (umowy) ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia (dotyczy tylko pracowników),

Lub 2 miesięcy, w przypadku:

 - osób nowozatrudnionych
14. W przypadku małżonków/partnerów życiowych oraz dorosłych dzieci pracowników - dotychczas nieubezpieczonych - przystępujących do ubezpieczenia w dowolnym momencie będą obowiązywały okresy karencji zgodnie z owu Wykonawcy. Karencja, w każdym czasie, nie dotyczy zdarzeń, które nastąpiły w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
15. W przypadku pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci, którzy przystąpią do ubezpieczenia po wyżej wymienionym terminie 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.
16. Zakres terytorialny ubezpieczenia – ubezpieczenie obowiązuje na terenie całego świata, całodobowo, z wyjątkiem:
 - przeprowadzenia operacji chirurgicznej - odpowiedzialność może być ograniczona do RP.
17. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia za skutki stanów chorobowych oraz nieszczęśliwych wypadków, które wystąpiły lub wydarzyły się przed datą objęcia odpowiedzialnością przez Wykonawcę, a których skutki 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 i odnosi się do następujących świadczeń z tytułu:

- zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
- zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
- zgonu współmałżonka ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu ubezpieczonego w szpitalu,
- poważnego zachorowania ubezpieczonego
- poważnego zachorowania małżonka ubezpieczonego,
- operacji chirurgicznych,
- leczenia specjalistycznego

pod warunkiem, iż wcześniejsza umowa ubezpieczenia obejmowała swoim zakresem wymienione w tym punkcie świadczenia i ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się.

18. 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. Zapis ten dotyczy następujących ryzyk:

- zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
- zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy,
- trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy,
- pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.

19. 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.

20. Wykonawca zapewni system informatyczny do obsługi ubezpieczenia na miejscu w zakładzie pracy. 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.
- Możliwości zgłaszania świadczeń
- Generowania certyfikatów uczestnictwa
- Wprowadzania zmian danych osobowych osób ubezpieczonych

21. Wykonawca gwarantuje możliwość zgłaszania przynajmniej świadczeń bezspornych (z tytułu urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, śmierci rodziców i teściów, śmierci dziecka) drogą elektroniczną- przez system, bez konieczności potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem oraz wypłatę tych świadczeń w ciągu 5 dni roboczych od daty wpływu kompletnej

dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia. Wykonawca w uzasadnionych przypadkach może zawnioskować o wgląd w oryginały dokumentacji.

22. W przypadku zgłoszenia roszczeń z innych ryzyk niż wymienione w pkt. 24 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.
23. Zamawiający dopuszcza możliwość wypłaty 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.
24. 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.
25. Wykonawca zapewni obsługę grupowego ubezpieczenia na życie na terenie miasta Krasnystaw, co oznacza, że gwarantuje co najmniej:
- przyjmowanie i weryfikację dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia,
 - przyjmowanie wniosków o zawarcie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego,
 - przeprowadzenie badań lekarskich.
26. Wykonawca zagwarantuje ubezpieczonemu, tj. pracownikowi, współmałżonkowi/partnerowi i pełnoletniemu dziecku, dożywotnią indywidualną kontynuację ubezpieczenia, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego pracownika Ubezpieczającego z Ubezpieczającym przy maksymalnej składce 6,00 zł od każdego 1 000,00 zł sumy ubezpieczenia za jednego ubezpieczonego. Prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu, pod warunkiem, że przekazano za niego składkę za okres co najmniej 1 miesiąca. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego ubezpieczyciela – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.

Minimalny obligatoryjny zakres kontynuacji powinien obejmować :

Śmierć ubezpieczonego – min. 100%

Śmierć ubezpieczonego wskutek NW – min. 200%

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW – min. 1% za 1 % uszczerbku

Śmierć małżonka – min. 50%

Śmierć dziecka – min. 30%

Urodzenie dziecka – min. 10%

Śmierć rodziców lub teściów – min. 20%

Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego – min. 40%

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

ZAKRES OCHRONY	MINIMALNE WYMAGANIA	MINIMALNE WYMAGANIA
----------------	------------------------	------------------------

ZGON UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY	120 000	180 000
ZGON UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU PRZY PRACY	80 000	120 000
ZGON UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO	80 000	120 000
ZGON UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU	40 000	50 000
ZGON UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK ZAWAŁU LUB UDARU	40 000	60 000
ZGON UBEZPIECZONEGO	20 000	30 000
ZGON MAŁŻONKA/PARTNERA W WYNIKU WYPADKU	16 000	20 000
ZGON MAŁŻONKA/PARTNERA	8 000	10 000
OSIEROCENIE DZIECKA	3 200	4 100
ZGON DZIECKA	2 500	3 100
URODZENIE MARTWEGO DZIECKA/ZGON NOWORODKA	1600	2 400
URODZENIE DZIECKA	800	900
ZGON RODZICA / TEŚCIA	1600	2 300
TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU	320	410
TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU	320	410
POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO	4 000	5 100
POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA/ PARTNERA UBEZPIECZONEGO	2 000	2 300
POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA UBEZPIECZONEGO	5 000	5 800
OPERACJE CHIRURGICZNE	2 500	3 000
LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO - W WYNIKU CHOROBY	40	50
-W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY	200	250
-W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO	160	200
-W WYNIKU WYPADKU PRZY PRACY	160	200
-W WYNIKU WYPADKU	120	150
- W WYNIKU ZAWAŁU / UDARU	80	100
- POBYT NA OIOM/OIT	400	500
- ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU REHABILITACJI	20	25
LECZENIE SPECJALISTYCZNE	2 500	3 000
SKŁADKA

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

Definicje:

- **ubezpieczony** - pracownik Ubezpieczającego, współmałżonek/partner i pełnoletnie dziecko pracownika, pod warunkiem że przystąpią do ubezpieczenia;
- **pracownik** –osoba fizyczna zatrudniona u Ubezpieczającego bez względu na formę prawną zatrudnienia, pozostające z ubezpieczającym w stosunku umownym na podstawie umowy o pracę lub na podstawie innej umowy, w szczególności: umowy o dzieło, zlecenia, kontraktu menadżerskiego 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.
- **partnera pracownika** -osoba, bez względu na płeć wskazana przez pracownika w deklaracji uczestnictwa/zmiany jako osoba z nim nie spokrewniona, pozostająca z pracownikiem w nieformalnym związku, prowadząca z pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe, która w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią. Pracownik w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia również nie może pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią
- **pełnoletnie dziecko** – dziecko własne pracownika lub dziecko przysposobione przez pracownika (w pełni lub częściowo), które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rzecz miało ukończony 18 rok życia,
- **dziecko:**
 - a) własne, przysposobione lub pasierb (pod warunkiem, że nie żyje matka lub ojciec pasierba), bez względu na wiek dziecka - (dotyczy świadczenia z tytułu śmierci dziecka oraz śmierci dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem zaakceptowania klauzuli fakultatywnej);
 - 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 żywego dziecka ubezpieczonemu potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka albo przysposobienie dziecka przez ubezpieczonego (całkowite lub pełne)

- **zgon noworodka** – za zgon noworodka uważa się urodzenie martwego dziecka ubezpieczonemu w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń jeśli urodzenie zostało zarejestrowane oraz zgon dziecka ubezpieczonego, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia

- **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 2 dni** w przypadku choroby i **co najmniej 1 dzień** 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 365 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. Świadczenie wypłacane jednorazowo

- **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 10 dni). Maksymalna ilość dni, za które przysługuje świadczenie nie może być mniejsza niż 30 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 rekonwalescencję 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 400 przypadków operacji. Dopuszcza się również zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9. Zamawiający dopuszcza podział na minimum trzy klasy przy czym do klasy trzeciej należą najprostsze operacje; jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy przewidują podział operacji chirurgicznych na więcej niż 3 klasy, świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych przyporządkowanych do klas niższych nie mogą być mniejsze niż 10% świadczenia określonego w pkt. 30. 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:

- anemia aplastyczna, błonowiec mózgu, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by – pass, choroba Creutzfelda-Jakoba, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, udar, wścieklizna, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi lub podczas wykonywania obowiązków służbowych, zawał serca, zgorzel gazowa, borelioza, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, gruźlica, utrata kończyn wskutek choroby, utrata słuchu, wada serca, choroba neuronu ruchowego, choroba Huntingtona, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, zakażona martwica trzustki, bakteryjne zapalenie wsierdzia, stwardnienie rozsiane, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, paraliż, choroba Alzheimera, śpiączka, całkowita utrata mowy,

za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.

- **poważne zachorowanie małżonka Ubezpieczonego** - zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie co najmniej następujących chorób:

- anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by – pass, choroba Creutzfelda-Jakoba, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa, tężec, udar, wścieklizna, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi lub podczas wykonywania obowiązków służbowych, zawał serca, zgorzel gazowa, borelioza, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, gruźlica, utrata kończyn wskutek choroby, utrata słuchu, wada serca, choroba neuronu ruchowego, choroba Huntingtona, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, zakażona martwica trzustki, bakteryjne zapalenie wsierdza, stwardnienie rozsiane, oparzenia, transplantacja organów, utrata wzroku, oponiak, choroba Parkinsona, wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, paraliż, choroba Alzheimer, śpiączka, całkowita utrata mowy,

za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.

- **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.

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 – **3 pkt.**
3. **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.**
4. **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% – **4 pkt.**
5. **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.**
6. **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.**

- 7. Klauzula zastosowania definicji „udar 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.**

- 8. 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. Do nowotworów złośliwych zaliczane są także: chłoniaki, ziarnica złośliwa, białaczki, czerniak. Za nowotwór złośliwy nie uważa się: nowotworów łagodnych, nowotworów skóry, nowotworów przedinwazyjnych in situ, nowotworów współistniejących z infekcją HIV oraz nowotworów nieinwazyjnych - **3 pkt.**

- 9. 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 z możliwością zgłaszania świadczeń poprzez łącza internetowe,
- generowanie wniosku o przejście na indywidualną kontynuację umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
- 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 – **3 pkt.**

- 10. Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową z tytułu leczenia specjalistycznego** – Wykonawca rozszerzy zakres ubezpieczenia w ramach leczenia specjalistycznego o zabieg polegający na wykonaniu u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy dializoterapii. Zamawiający dopuszcza definicję zgodnie z OWU Wykonawcy – **2 pkt.**

- 11. 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, łądzi, koni lub nart wodnych - **1 pkt.**

- 12. Klauzula funduszu prewencyjnego** – Wykonawca deklaruje środki z funduszu prewencyjnego wypłacone jednorazowo określono procentowo z tytułu zawartej umowy w ramach postępowania przetargowego. Realizacja i rozliczenie przekazanych środków następuje wg wewnętrznych wytycznych Wykonawcy. Wykonawca przekazuje Zamawiającemu środki z funduszu prewencyjnego na podstawie złożonego wniosku, w terminie 6 miesięcy od daty złożenia wniosku. Zamawiający

dokona rozliczenia środków z funduszu prewencyjnego z załączeniem faktur lub innych dowodów potwierdzających realizację celu prewencyjnego – **4 pkt.**

OKRES UBEZPIECZENIA, WARUNKI PŁATNOŚCI ZAMÓWIENIA

Przewidywany termin realizacji zamówienia: 01-07-2019 r. – 30-06-2020 r.

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 15 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 XVI 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.