



Znak sprawy: ZP/58/PN/2023

Zabrze, 28.11.2023r.

**ODPOWIEDZI NR 1  
na zapytania w sprawie SWZ**

Dyrektor

dr n. med.  
Dariusz Budziński

ul. 3-go Maja 13-15  
41-800 Zabrze

SEKRETARIAT  
fax: (32) 370 45 22  
sekretariat@szpital.zabrze.pl

BIURO OBSŁUGI PACJENTA  
tel.: (32) 370 45 31  
tel.: (32) 370 45 07

[www.szpital.zabrze.pl](http://www.szpital.zabrze.pl)

Informujemy, że do Zamawiającego wpłynęła prośba o wyjaśnienie zapisów Specyfikacji Warunków Zamówienia, w postępowaniu prowadzonym na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2023r., poz. 1605) w trybie **przetargu nieograniczonego** pn.:

**Usługa grupowego ubezpieczenia na życie pracowników oraz członków rodzin  
pracowników Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1  
im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

Zamawiający udziela wyjaśnień zgodnie z art. 135 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2023r., poz. 1605).

Treść wspomnianej prośby jest następująca:

**Pytanie nr 1**

W związku z wejściem w życie nowej ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu Wykonawca jest zobowiązany do stosowania środków bezpieczeństwa finansowego wprowadzonych przez ww. ustawę. Na etapie zawierania umowy ubezpieczenia prześlemy Państwu do wypełnienia druk oświadczenia Beneficjenta Rzeczywistego/Reprezentanta/Pełnomocnika. Wzór oświadczenia przesyłamy w załączeniu.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż dopuszcza powyższe. Wzór wspomnianego oświadczenia stanowi załącznik nr 1 do Odpowiedzi nr 1 na zapytania w sprawie SWZ.**

**Pytanie nr 2**

Wykonawca zwraca się z prośbą o podanie wysokości kosztów administracyjnych, w tym również kosztów związanych z zawarciem i administrowaniem umową ubezpieczenia (%). Informacja ta jest niezbędnym parametrem do prawidłowej wyceny programu ubezpieczenia, a zatem ustalenia wysokości składki. Zapewnia porównywalność ofert wszystkich wykonawców biorących udział w postępowaniu i pozwala na zachowanie jednej z podstawowych zasad zamówień publicznych, a mianowicie zasady równości szans Wykonawców. W przypadku braku takiej informacji niemożliwe staje się porównanie ofert, ponieważ różni Wykonawcy będą mogli przyjąć różne założenia prowizyjne co spowoduje niemożność wyboru oferty najkorzystniejszej. Brak takiej informacji może również spowodować późniejsze nieporozumienia wynikające z różnych oczekiwań prowizyjnych po stronie Brokera/Zamawiającego i Wykonawcy.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż dokonuje zmiany zapisów SWZ – Patrz Modyfikacja nr 1 SWZ.**

**Pytanie nr 3**

Wykonawca prosi o wyrażenie zgody, aby mógł zastrzec sobie prawo do odmowy przyjęcia do ubezpieczenia osób, które zostały skazane prawomocnym wyrokiem Sądu za przestępstwa ubezpieczeniowe lub oszustwa na szkodę Wykonawcy.

**Odpowiedź:**

**Zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert.**



#### **Pytanie nr 4**

Prośba o potwierdzenie, że Wykonawca dając w ofercie prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia musi zapewnić ubezpieczonemu jej funkcjonowanie również po zakończeniu umowy grupowej tj. Wykonawca zapewnia dożywności kontynuację ubezpieczonemu, który odchodzi z polisy grupowej?

**Odpowiedź:**

**Zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert, z zastrzeżeniem nadrzędności zapisów SWZ, Część III, Rozdział II, punkt 12.**

#### **Pytanie nr 5 SWZ, cz.III, pkt 4 - Klauzula akwizycyjna**

Wykonawca prosi o potwierdzenie, że wynagrodzenie za czynności przygotowawcze zostanie wypłacone jednorazowo, na konto wskazane przez osobę, która wykonała powyższe czynności po przekazaniu wszystkich deklaracji.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż potwierdza powyższe.**

#### **Pytanie nr 6 SWZ, cz.III, pkt 4 - Klauzula akwizycyjna**

Wykonawca prosi o potwierdzenie, że Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeżeli kwota, o której mowa w przedmiotowym punkcie zostanie wypłacona pod warunkiem wykonania czynności z należytą starannością.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający potwierdza, iż uzna warunek za spełniony.**

#### **Pytanie nr 7 SWZ, pkt p ppkt 9.1.6 – karta produktu**

Czy Wykonawca spełni warunek, jeśli karta produktu ubezpieczenia będzie dołączona do OWU Wykonawcy.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający potwierdza, iż uzna warunek za spełniony.**

#### **Pytanie nr 8 SWZ, cz. VI umowa generalna, paragraf 6 ust. 1 oraz ust. 3**

Czy Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeżeli Wykonawca poda dane opiekuna kontraktu – odpowiedzialnego między innymi za wszelkie kontakty z Zamawiającym i odpowiedzialnego za czynności bezpośrednio związane z realizacją przedmiotu zamówienia?

**Odpowiedź:**

**Zamawiający potwierdza, iż uzna warunek za spełniony.**

#### **Pytanie nr 9 SWZ, cz. III, dział V warunki ubezpieczenia – klauzule fakultatywne, pkt 11. - Klauzula prewencji**

W związku z treścią klauzuli funduszu prewencyjnego, Wykonawca wnioskuje o zmianę jej treści na: Wykonawca deklaruje przyznanie jednorazowego dofinansowania ze środków funduszu prewencyjnego Wykonawcy w kwocie ..... PLN /słownie PLN: ...../ dla ..... w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przy założeniu, że środki te zostaną przeznaczone wyłącznie na działalność mającą na celu zapobieganie powstawaniu lub zmniejszanie skutków wypadków ubezpieczeniowych, a cel prewencyjny zostanie zaakceptowany przez Wykonawcę. Wszystkie czynności, które zostaną podjęte w związku z przyznaniem i przeznaczeniem środków zrealizowane zostaną w oparciu o uregulowania wewnętrzne Wykonawcy obowiązujące w dniu podpisania umowy prewencyjnej.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż dokonuje zmiany zapisów SWZ – Patrz Modyfikacja nr 1 SWZ.**

#### **Pytanie nr 10 Część IV Umowa Generalna § 4 ust 3**

W nawiązaniu do zapisu, czy Zamawiający zgodzi się, aby obsługa ubezpieczenia była realizowana elektronicznie przy wykorzystaniu systemu, który Wykonawca zobowiązuje się udostępnić bezpłatnie Zamawiającemu, wówczas ewidencja danych osób przystępujących do ubezpieczenia jak i występujących z ubezpieczenia odbywałaby się w elektronicznym systemie, za jego pośrednictwem dane te wysyłane byłyby do Wykonawcy. Natomiast podpisane oryginały deklaracji przystąpienia przekazywane byłyby Wykonawcy w celu dokonania ich archiwizacji.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż dopuszcza powyższe.**

#### **Pytanie nr 11 SOPZ, punkt II.2**

Prośba do Zamawiającego o podanie wieku (w latach kalendarzowych) najstarszego ubezpieczonego obecnie pracownika oraz małżonka / partnera życiowego pracownika.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, że na dzień udzielenia odpowiedzi na pytanie Wykonawcy, stan jest następujący:**

**72 lata - najstarszy ubezpieczony pracownik**

**71 lat – najstarszy ubezpieczony małżonek / partner życiowy**

**Pytanie nr 12 SOPZ, punkt II.3**

Prośba do Zamawiającego o potwierdzenie, że zdarzenia, o których mowa we wskazanym punkcie, a dotyczące osób objętych odpowiedzialnością w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, również powinny zajść w okresie trwania tej umowy.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż potwierdza powyższe.**

**Pytanie nr 13 SOPZ, punkt II.13**

Prośba do Zamawiającego o potwierdzenie, iż zapis „zgodnie z OWU” oznacza, iż obowiązywać będą zasady z OWU dotyczące precyzyjnego określenia wysokości świadczeń dla poszczególnych rodzajów pobytu w szpitalu w określonym przez ogólne warunki czasie (z zastrzeżeniem nadrzędności punktów SWZ).

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż potwierdza przedmiotową interpretację.**

**Pytanie nr 14 SOPZ, punkt II.13**

W związku z zapisem: „W przypadku expiracji umów ubezpieczenia i zmianą Wykonawcy, do ustalenia odpowiedzialności Wykonawca zaliczy okres pobytu w szpitalu przed początkiem nowej ochrony zawartej w wyniku postępowania.” Wykonawca w celu uzyskania całkowitej jasności interpretacyjnej prosi o potwierdzenie, iż ten z Wykonawców, który wygra postępowanie przetargowe, będzie płacił wyłącznie za część pobytu w szpitalu objętą jego odpowiedzialnością (za okres pobytu przed początkiem świadczenie zapłaci poprzedni ubezpieczyciel).

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż potwierdza przedmiotową interpretację.**

**Pytanie nr 15 SOPZ, punkt II.13**

Czy Zamawiający zgodzi się na poniższe doprecyzowanie, w wyniku którego Wykonawca będzie odpowiadał za pierwszy pobyt w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością Wykonawcy pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą.

**Odpowiedź:**

**Zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert, z zastrzeżeniem nadrzędności zapisów SWZ, Część III, Rozdział II, punkt 13.**

**Pytanie nr 16 SOPZ, dział III (Tabela)**

Prośba o potwierdzenie, że wartości świadczeń w Tabeli dotyczące poszczególnych rodzajów pobytu w szpitalu również są wartościami skumulowanymi.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż potwierdza przedmiotową interpretację.**

**Pytanie nr 17 SOPZ, dział III (Tabela)**

Prośba o potwierdzenie, że w przypadku ryzyk nie określonych precyzyjnie w dziale II SOPZ (np. ciężkie choroby małżonka / partnera życiowego ubezpieczonego czy leczenia specjalistycznego) zastosowanie będą miały zapisy OWU Wykonawców.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż potwierdza przedmiotową interpretację.**

**Pytanie nr 18 SOPZ, punkt II oraz III (Tabela)**

Wykonawca prosi o potwierdzenie (lub wnosi o to taką zasadę) że nie jest w ramach pakietu obligatoryjnego zobligowany do zaoferowania w Ofercie innych świadczeń, niż te wskazane w SWZ.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż potwierdza przedmiotową interpretację.**

**Pytanie nr 19**

Wykonawca prosi o podanie wskaźnika szkodowości z dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, że aktualny ubezpieczyciel nie wyraził zgody na udostępnienie informacji o wysokości wskaźnika szkodowości.**

**Pytanie nr 20**

Wykonawca wnosi o zmianę czasu wykonania umowy z podanych 36 miesięcy, na 24 miesiące z możliwością wydłużenia o kolejne 12 miesięcy pod warunkiem, że Wykonawca w terminie co najmniej 3 miesięcy przed końcem 24 miesięcznego okresu ubezpieczenia może oświadczyć o braku zgody na przedłużenie na kolejny okres, jeśli wskaźnik szkodowości w umowie ubezpieczenia będzie wyższy niż 65%.

**Odpowiedź:**  
**Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe.**

**Pytanie nr 21**

W odniesieniu do zapisów paragrafu 6 ustęp 5 umowy generalnej, Wykonawca prosi o potwierdzenie iż dobrze rozumie, że polisa powinna zostać wystawiona niezwłocznie po otrzymaniu wszystkich niezbędnych dokumentów, nie później jednak, niż przed 01.02.2024?

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, że polisa powinna zostać wystawiona niezwłocznie po otrzymaniu wszystkich niezbędnych dokumentów oraz po opłaceniu należnej składki przez Zamawiającego.**

**Pytanie nr 22**

W odniesieniu do zapisów Części III SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Przedmiot ubezpieczenia punkt 8, Wykonawca prosi o potwierdzenie iż dobrze rozumie, że składka łączna za ubezpieczenie będzie przekazywana przez Zamawiającego zarówno za pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, jak i pracowników zatrudnionych na umowę zlecenie lub w oparciu o inne formy zatrudnienia zawsze jednym przelewem na konto Wykonawcy?

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż przekazuje składkę za ubezpieczenie wszystkich ubezpieczonych pracowników, niezależnie od formy zatrudnienia.**

**Pytanie nr 23**

Wykonawca prosi o wyrażenie zgody na stosowanie ograniczeń odpowiedzialności dla Ubezpieczonych po ukończeniu 70 roku życia zgodnie z OWU wykonawcy.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe.**

**Pytanie nr 24**

W związku z wymogiem przyjęcia do ubezpieczenia osób przebywających na zwolnieniach lekarskich, w szpitalu, urlopach macierzyńskich/rodzicielskich, urlopach bezpłatnych lub mających orzeczoną trwałą niezdolność do pracy/służby przez właściwy organ rentowy, Wykonawca prosi o potwierdzenie liczby osób, których aktualnie dotyczy ten zapis w podziale na urlop bezpłatny, macierzyński/rodzicielski, wychowawczy, zwolnienie lekarskie, pobyt w szpitalu oraz niezdolność do pracy.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, że na dzień udzielenia odpowiedzi na pytanie Wykonawcy, stan jest następujący:**

- pracownicy przebywający na urlopie bezpłatnym - 3 osoby
- pracownicy przebywający na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim – 26 osób
- pracownicy przebywający na urlopie wychowawczym – 9 osób
- pracownicy przebywający na zwolnieniach lekarskich - 49 osób
- pracownicy przebywający w szpitalu - 0 osób
- pracownicy niezdolni do pracy - 0 osób.

**Pytanie nr 25**

Wykonawca wnioskuję o wprowadzenie możliwości wyboru wariantu dla małżonków/ partnerów / pełnoletnich dzieci do wariantu wybranego przez pracownika lub do wariantu o niższej sumie ubezpieczenia.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe.**

**Pytanie nr 26**

Prosimy o doprecyzowanie, czy:

„W przypadku expiracji umów ubezpieczenia i zmianą Wykonawcy, do ustalenia odpowiedzialności Wykonawca zaliczy okres pobytu w szpitalu przed początkiem nowej ochrony zawartej w wyniku postępowania.” należy rozumieć, że Wykonawca będzie zobowiązany do wypłaty świadczenia jedynie za czas pobytu w szpitalu trwający podczas okresu odpowiedzialności Wykonawcy.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż potwierdza powyższe.**

**Pytanie nr 27**

Wykonawca wnioskuję o wyłączenie z zakresu leczenia szpitalnego odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego diagnostyką zaleconą w kierunku prewencji onkologicznej oraz diagnostyką dotyczącą oceny stanu zdrowia i zastosowanego leczenia po przebytych zachorowaniach i następstwach nieszczęśliwych wypadków.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe**

**Pytanie nr 28**

Wykonawca wnioskuję o wyłączenie z zakresu leczenia szpitalnego odpowiedzialności Wykonawcy z tytułu pierwszego pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub szpitalu rehabilitacyjnym z całodobową opieką lekarską, związanego z rehabilitacją konieczną do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe**

**Pytanie nr 29**

Czy Zamawiający wyraża zgodę, aby wskazaną w tabeli kwotę dot. leczenia specjalistycznego traktować, jako podstawową sumę ubezpieczenia, od której będzie naliczane świadczenie należne ubezpieczonemu w razie wystąpienia określonego leczenia specjalistycznego, zgodnie z definicjami i zasadami określonymi w ogólnych warunkach Wykonawcy?

**Odpowiedź:**

**Zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert.**

**Pytanie nr 30**

Wykonawca prosi o potwierdzenie czy Zamawiający uzna za spełniony warunek jeśli zamiast świadczenia Rekonwalescencja w jego miejsce zostanie dodane świadczenie: czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego (świadczenie dzienne) wypłacane na zasadach: „Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, udokumentowanej zwolnieniem lekarskim potwierdzającym fakt zaistnienia tej niezdolności. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane za okres od 31 dnia niezdolności, pod warunkiem że okres czasowej niezdolności do pracy rozpoczął się po rozpoczęciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane najdłużej za 150 dni w ciągu roku liczonego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy.”

**Odpowiedź:**

**Zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert.**

**Pytanie nr 31**

Wykonawca prosi o potwierdzenie, czy dobrze rozumie, że podana w tabeli kwota za operacje chirurgiczne jest maksymalną wysokością świadczenia (za najtrudniejsze operacje)?

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż potwierdza powyższe.**

**Pytanie nr 32**

Wykonawca prosi o zamianę w wykazie Ciężkie choroby ubezpieczonego

z:

zakażenie transfuzyjne i zawodowe wirusem HIV

na:

zakażenie transfuzyjne wirusem HIV

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe.**

**Pytanie nr 33**

Wykonawca wnosi o umożliwienie wprowadzenia wymaganej minimalnej ilości dni pobytu w szpitalu uprawniających do wypłaty świadczenia lekowego/aptecznego w wysokości co najmniej 3 dni – bez względu na przyczynę pobytu w szpitalu.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż nie wyraża zgody na powyższe.**

**Pytanie nr 34**

Wykonawca prosi o zmianę zapisów dotyczących podmiotowych środków dowodowych

z:

dokumenty potwierdzające wykonanie usług, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, 3 usług ubezpieczenia grupowego na życie dla pracowników dla 3 różnych podmiotów, obejmujących ochroną minimum 600 osób każda (załącznik nr 6 do SWZ)

na:

dokumenty potwierdzające wykonanie usług, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w

tym okresie, 3 usług ubezpieczenia grupowego na życie dla pracowników dla 3 różnych podmiotów, obejmujących ochroną minimum 300 osób każda.

**Odpowiedź:**

**Zamawiający informuje, iż dokonuje zmiany zapisów SWZ – Patrz Modyfikacja nr 1 SWZ.**

**Zamawiający**

**z up. DYREKTORA  
Kierownik Działu Zamówień Publicznych  
Adam Strzyżewski**

Załącznik nr 1 do Odpowiedzi – Wzór oświadczenia (dotyczy pytania nr 1)