**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 **381 osoby** i jest to

liczba aktualnie ubezpieczonych pracowników oraz członków ich rodzin wg stanu na 4.01.2022 r.

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

w SWZ.

**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 będą funkcjonować trzy Warianty

ubezpieczenia 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.

8. Ubezpieczony, w rocznicę polisy może zmienić Wariant ubezpieczenia z

zastosowaniem karencji do różnicy świadczeń i zakresu ubezpieczenia zgodnie z OWU

Wykonawcy.

9. Wykonawca gwarantuje niezmienność warunków, zakresu ubezpieczenia oraz składki

miesięcznej jednostkowej przez cały okres trwania ubezpieczenia.

10. Wykonawca obejmie ubezpieczeniem pracowników zarówno dotychczas ubezpieczonych jak i

nieubezpieczonych oraz współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnie , którzy obecnie

są ubezpieczeni bez okresu karencji w pełnym zakresie, jeżeli osoby te przystąpią do

ubezpieczenia przed upływem 3 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 współmałżonków, partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci dotychczas

nieubezpieczonych możliwe jest zastosowanie karencji zgodnie z OWU Wykonawcy.

11. Karencja, w każdym czasie, nie dotyczy zdarzeń, które nastąpiły w związku z nieszczęśliwym

wypadkiem.

12. W przypadku pracowników, współmałżonków oraz pełnoletnich dzieci, którzy przystąpią do

ubezpieczenia po 3 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.

13. Wykonawca dopuszcza również możliwość opłacania składek poprzez Zamawiającego w

okresie korzystania z urlopu macierzyńskiego, rodzicielskiego, wychowawczego lub

bezpłatnego.

14. 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.

− Assistance – na terenie RP

15. 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. W przypadku

pobytu ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się jeszcze przed początkiem

odpowiedzialności Wykonawcy, z którym zostanie podpisana umowa i będzie trwał nadal po

podpisaniu umowy Wykonawca zobowiązany jest wypłacić świadczenie za okres, w którym

ponosi odpowiedzialność. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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 lub wniosek on-line na stronie dostawcy) 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.

21. 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.

22. Wypłata świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu nastąpi na podstawie dokumentacji

medycznej z przebiegu leczenia bez konieczności wykonania badania lekarskiego. W przypadku

wystąpienia przez Ubezpieczonego z wnioskiem o przeprowadzenie badania lekarskiego

Wykonawca gwarantuje możliwość zorganizowania komisji lekarskiej i pokryje jej koszty.

23. 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.

24. Wykonawca zapewni obsługę grupowego ubezpieczenia na życie poprzez wskazanie „opiekuna” ze strony Wykonawcy (telefon i e-mail), dostępnego w godzinach pracy Wykonawcy.

25. 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.

Minimalny zakres ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego powinien

obejmować następujące ryzyka: śmierć ubezpieczonego, śmierć ubezpieczonego wskutek NW,

trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW.

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.

26. Wykonawca nie wyklucza wypłaty świadczeń w przypadku zakażenia się wirusem SARS CoV-2 (brak wyłączenia)

27. Wykonawca winien złożyć ofertę zgodnie z zakresem i wysokością świadczeń, które podane

zostały w tabeli:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres ubezpieczenia** | **Wariant I** | **Wariant II** | **Wariant III** |
| Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego |   |   |
| Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego w pracy | 285 000 | 325 000 | 405 000 |
| Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego lub w pracy | 185 000 | 205 000 | 275 000 |
| Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku  | 102 500 | 122 500 | 142 500 |
| Śmierć Ubezpieczonego na skutek zachorowania na SARS CoV-2 | 65 000 | 75 000 | 85 000 |
| Śmierć Ubezpieczonego  | 51 500 | 61 500 | 71 500 |
| Osierocenie dziecka | 5 000 | 5 000 | 5 000 |
| Całkowita niezdolność do pracy /Całkowite inwalidztwo na skutek choroby lub wypadku | 10 500 | 15 500 | 20 500 |
| Uszczerbek lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku |   |   |   |
| • 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała | 42 500 | 45 500 | 50 500 |
| • 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała | 425 | 455 | 550 |
| Uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału serca lub udaru mózgu - za 1% uszczerbku | 425 | 425 | 500 |
| Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu. Min.za 180 dni w każdym roku polisy. |   |   |   |
| • wypadek komunikacyjny przy pracy  | 250 za dzień | 275 za dzień | 300 za dzień |
| • wypadek komunikacyjny  | 220 za dzień | 235 za dzień | 245 za dzień |
| • wypadek przy pracy  | 220 za dzień | 235 za dzień | 245 za dzień |
| • nieszczęśliwego wypadku (do 14 dni) | 150za dzień | 165 za dzień | 185 za dzień |
| • nieszczęśliwego wypadku (od 15 dni) | 50 za dzień | 55 za dzień | 65 za dzień |
| • SARS CoV-2- od 3 dnia | 50 za dzień | 55 za dzień | 65 za dzień |
| • choroba - od 3 dnia | 50 za dzień | 55 za dzień | 65 za dzień |
| • OIOM/OIT (maksymalna wypłata) | 500 | 650 | 750 |
| • rekonwalescencja | 25 za dzień | 30,50 za dzień | 37,50 za dzień |
| Poważne zachorowanie Ubezpieczonego |   |   |   |
| • katalog maksymalny | 5 500 | 6 500 | 8 500 |
| • świadczenie lekowe |   |   | 100 |
| Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego | 3 000 | 4 500 | 5 000 |
| Operacja medyczna Ubezpieczonego  |   |   |   |
| min. świadczenie | 150 | 250 | 300 |
| Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka lub partnera |   |   |
| Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego |   |   |   |
| • śmierć współmałżonka | 40 000 | 45 000 | 50 000 |
| • śmierć partnera | 40 000 | 45 000 | 50 000 |
| Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku  |   |   |   |
| • śmierć współmałżonka | 32 500 | 40 500 | 42 500 |
| • śmierć partnera | 32 500 | 40 500 | 42 500 |
| Śmierć współmałżonka lub partnera  |   |   |   |
| • śmierć współmałżonka | 16 500 | 20 500 | 22 500 |
| • śmierć partnera | 16 500 | 20 500 | 22 500 |
| Poważne zachorowanie współmałżonka lub partnera |   |   |   |
| • katalog min. 22 choroby | 2 000 | 4 000 | 4 000 |
| Zakres ubezpieczenia dla dziecka |   |   |
| Śmierć dziecka | 4 000 | 4 500 | 5 000 |
| Śmierć dziecka na skutek wypadku | 8 000 | 9 000 | 10 000 |
| Urodzenie się dziecka | 1 450 | 750 | 1 650 |
| Urodzenia się martwego noworodka  | 2 850 | 150 0 | 3 450 |
| Poważna choroba dziecka (katalog min. 10 chorób) |   |   | 5 000 |
| Zakres ubezpieczenia dla rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka |   |   |
| Śmierć rodziców Ubezpieczonego/współmałżonka na skutek NW | 3 500 | 3 500 | 3 650 |
| Śmierć rodziców Ubezpieczonego | 2 500 | 2 500 | 2 650 |
| Śmierć rodziców współmałżonka  | 2 500 | 2 500 | 2 650 |
| ASSISTANCE dla wszystkich zakresów | TAK | TAK |

**\* 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 pełne przysposobienie dziecka.

▪ **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 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 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.

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.

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 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 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. Zamawiający dopuszcza definicje w/w chorób zgodnie z OWU** **Wykonawcy.**

▪ **poważne zachorowanie małżonka Ubezpieczonego** - zakres ubezpieczenia obejmuje

wystąpienie co najmniej 22 jednostek chorobowych w tym przynajmniej: anemia aplastyczna, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by – pass, masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, sepsa, tężec, udar, zawał serca, borelioza, choroba aorty brzusznej, choroba aorty piersiowej, utrata kończyn wskutek choroby, utrata słuchu, stwardnienie rozsiane **za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w** **tabeli świadczeń. Zamawiający dopuszcza definicje w/w chorób zgodnie z OWU**

**Wykonawcy.**

▪ **definicja „udaru mózgu” -** określona 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.

▪ **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.

▪ **karta/ryczałt lekowa/y** - świadczenie umożliwiające odbiór w aptece produktów o

wartości wynikającej z umowy lub wypłata ryczałtu 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.

**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 poważnego zachorowania -** 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 krótkotrwałego pobytu w**

**szpitalu w związku z chorobą -** 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 minimum UE i Europy **– 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 min.5% **– 1 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 – **3 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 „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.**

**13. 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.**

**14. Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową o dodatkowe świadczenie w ramach**

**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 **– 3 pkt.**

**15. 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

snowboarding (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.**

**16. 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.**

**17. Klauzula gwarantowanych warunków indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia** - Wykonawca

zagwarantuje ubezpieczonemu, tj. pracownikowi, współmałżonkowi i pełnoletniemu dziecku

dożywotnią indywidualną kontynuację ubezpieczenia na zasadach programu grupowego przez okres 12 miesięcy, od warunkiem objęcia grupowym ubezpieczeniem na życie przez okres min. 6 miesięcy.

**– 5 pkt.**

***OKRES UBEZPIECZENIA, WARUNKI PŁATNOŚCI ZAMÓWIENIA***

**Przewidywany termin realizacji zamówienia: 01.03.2022-29.02.2024**

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 SWZ – Formularz ofertowy stanowi dokument wymagany w ofercie zgodnie

z punktem VII SWZ, zaś przyjęty w ofercie zakres zostanie oceniony zgodnie z kryteriami opisanymi

w punkcie XIV SWZ.

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 SWZ, a w odniesieniu do warunków fakultatywnych w kwestiach

nieokreślonych także w Formularzu ofertowym. W przypadku sprzeczności treści OWU

z postanowieniami określonymi w SWZ lub w Formularzu ofertowym strony związane

są postanowieniami określonymi w SWZ lub w Formularzu ofertowym.

3. OWU Wykonawcy nie są częścią oferty, a Zamawiający nie będzie badał ich zgodności z SWZ, 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 SWZ oferta zostanie odrzucona.

*5.* W przypadku braku określonych przez Wykonawcę postanowień dodatkowych, jeśli OWU

przewidują warunki korzystniejsze od określonych w SWZ 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.