

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA

### I. Podstawowe dane:

Stan na miesiąc maj 2024 r.	Liczba
Pracownicy ogółem	2 794
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników	Załącznik nr 2 do SWZ
Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych (w tym powyżej 68. roku życia)	2 235 (86)
Członkowie rodzin posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika (w tym powyżej 68. roku życia)	399 (3)

### II. Przedmiot ubezpieczenia:

- Wykonawca akceptuje niezmienność swojej oferty niezależnie od liczby osób przystępujących do ubezpieczenia i znosi minimalny limit ilościowy grupy ubezpieczonych.
- Uprawnieni do ubezpieczenia** – do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Zamawiającego oraz członkowie ich rodzin, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18. rok życia i nie ukończyli 69. roku życia.  
Do ubezpieczenia będą mogły przystąpić osoby, będące pracownikiem i członkiem rodzin pracowników Zamawiającego, które przekroczyły wiek 69 lat pod warunkiem, że były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia z Wykonawcą.  
Prawo przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również pracownikom i członkom rodzin pracowników Zamawiającego, którzy byli objęci ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Zamawiającego, a którzy w dacie podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia przebywali na urlopie bezpłatnym, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym, zwolnieniu lekarskim, w szpitalu lub mają orzeczoną trwałą niezdolność do pracy/służby przez właściwy organ rentowy.  
Wymaga się zapewnienia pełnej ochrony przez cały okres umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu.  
Prawo do przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również pracownikom Zamawiającego oraz członkom ich rodzin, którzy w dniu składania deklaracji

przystąpienia nie mogą pisać i złożyć oświadczenia w formie pisemnej. W takim przypadku zgodnie z art. 79 Kodeksu cywilnego mogą oni złożyć oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia składając na deklaracji tuszowy odcisk palca.

Osoba upoważniona przez składającego odcisk (wystarczające upoważnienie w formie ustnej) obok odcisku palca:

- wpisuje imię i nazwisko autora odcisku
- wpisuje sformułowanie „upoważniony” i podaje swoje imię i nazwisko oraz składa odręczny podpis.

albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

3. Wykonawca uzna swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że Pracownik lub członek rodziny był ubezpieczony w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia – **zniesienie pre-existingu**. Zniesienie pre-existingu dotyczy następujących ryzyk ubezpieczeniowych:

- zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
- zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu,
- zgonu małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- ciężkie choroby ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka ubezpieczonego,
- leczenie szpitalne,
- leczenie specjalistyczne,
- rekonwalescencja,
- operacje chirurgiczne.

4. **Pracownik** – to osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, lub innej umowy cywilnoprawnej w szczególności umowy – zlecenia, umowy o dzieło, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Zamawiającego.

5. **Członek rodziny:**

– **małżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, a jeżeli Ubezpieczony nie ma małżonka – **partner życiowy** – rozumiany jako wskazana w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego podstawowego osoba nie będąca w formalnym związku małżeńskim, pozostająca z ubezpieczonym podstawowym –

również nie będącym w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym podstawowym. Ubezpieczony podstawowy może wskazać partnera życiowego wyłącznie raz w danym roku polisowym. Wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania,

– **pełnoletnie dziecko ubezpieczonego.**

6. Zamawiający zastrzega, iż u Zamawiającego będą funkcjonować jednocześnie III GRUPY ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w danej GRUPIE Zamawiający określa w tabeli świadczeń.

O wyborze Grupy decydują osoby do niej przystępujące.

7. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Wykonawcę dla pracowników winni mieć członkowie rodziny przystępującego do ubezpieczenia pracownika. Członkowie rodziny pracownika mają prawo wyboru dowolnej GRUPY ubezpieczenia, niezależnie od GRUPY do której przystąpi pracownik Zamawiającego. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny pracownika będzie opłacana z wynagrodzenia netto pracownika. Składka łączna będzie przekazywana przez Zamawiającego na wskazane przez Wykonawcę konto bankowe.
8. Przyjmuje się, że w stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Towarzystw Ubezpieczeniowych biorących udział w przetargu. Wyjątek od tej zasady stanowi nadrzędność zapisów SWZ.

Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SWZ.

9. **Karencje dla Pracowników:**

- w stosunku do osób będących Pracownikami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wymaga się zniesienia okresów karencji w pełnym zakresie oferty;
- karencji nie stosuje się również w stosunku do osób zatrudnionych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia;
- w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).

10. **Karencje dla członków rodzin Pracowników:**

- Zamawiający wymaga, aby w stosunku do członków rodzin pracownika, którzy przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, nie miały zastosowania okresy karencji w pełnym zakresie oferty.
  - Karencje nie będą miały zastosowania również w stosunku do członków rodziny, które przystąpią do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia pracownika, od daty zawarcia związku małżeńskiego oraz ukończenia przez dziecko 18-go roku życia;
  - w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).
  - dopuszcza się zastosowanie okresów karencji w stosunku do dotychczas nieubezpieczonych partnerów życiowych pracowników zgodnie z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy.
11. **Indywidualna kontynuacja** – Zamawiający wymaga zagwarantowania indywidualnej kontynuacji zgodnie z zakresem OWU Wykonawcy na dzień składania oferty.
12. **Leczenie szpitalne** – zgodnie z OWU Wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu trwającego nieprzerwanie 2 dni jeżeli był spowodowany chorobą i od 1 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (świadczenie należne za każdy dzień pobytu w szpitalu); świadczenie wypłacane za co najmniej 180 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. Wymaga się, aby podwyższona kwota dziennego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu należna była za minimum 14 dni pobytu w szpitalu.
- 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 przetargowego.
- Wykonawca obejmie swoją odpowiedzialnością również pobyt w szpitalu spowodowany leczeniem dyskopatii, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób stawu kolanowego.
13. **Rekonwalescencja** – świadczenie wypłacane co najmniej za 30 dni, bezpośrednio po pobycie w szpitalu, za każdy dzień zwolnienia lekarskiego wydanego przez oddział w którym odbywało się leczenie; wymaga się zagwarantowania łącznej wypłaty za minimum 90 dni rekonwalescencji w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy.

14. **Operacje chirurgiczne** – Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, laparoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych (prosimy o załączenie w ofercie katalogu operacji chirurgicznych), wykonane w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego. **Liczba kategorii/klas, operacji, zgodna z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy**, z zastrzeżeniem iż za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić nie mniej niż 10% sumy ubezpieczenia. Wykaz operacji powinien zawierać minimum 520 operacji (dopuszcza się zastosowanie w ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9).  
Świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych należne jest za sam fakt przeprowadzenia operacji, bez względu czy operacja jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia lub zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku czy reoperacji.
15. **Leczenie specjalistyczne** – Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w określonej w tabeli świadczeń kwocie w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego, tj. chemioterapii lub radioterapii, promieniowania jonizującego, terapii interferonowej – bądź innej alternatywnej zastosowanej metody, wszczepienia kardiowertera (defibrylatora), wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji, dializoterapia, terapia radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy.  
Świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego należne jest za sam fakt zastosowania leczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, bez względu czy jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia szpitalnego, zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku.  
W przypadku konieczności przeprowadzenia u ubezpieczonego więcej niż jednego specjalistycznego zabiegu, Wykonawca wypłaci świadczenie za każdy z przeprowadzonych zabiegów. W przypadku wypłacenia przez Wykonawcę świadczenia z tytułu danego specjalistycznego leczenia odpowiedzialność Wykonawcy wygaśnie w zakresie tego specjalistycznego leczenia.
16. **Ankiety medyczne dla pracowników** – brak ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od pracowników Zamawiającego, przystępujących w dowolnym czasie do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy przetargowej.

17. **Ankiety medyczne dla członków rodzin pracowników** – dopuszcza się zastosowanie ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych w stosunku do dotychczas nieubezpieczonych członków rodzin pracowników.
18. **Udar mózgu** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych: na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu, śmierci w następstwie udaru mózgu oraz pobytu ubezpieczonego w szpitalu w następstwie udaru mózgu, ciężkiej choroby ubezpieczonego*) – ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do ubytków neurologicznych, wywołane przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi.
19. **Ciężkie choroby ubezpieczonego** – wystąpienie u Ubezpieczonego **co najmniej** następujących chorób:
  - 1) anemia aplastyczna,
  - 2) bąblowiec mózgu,
  - 3) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej by-pass,
  - 4) choroba Creutzwelda-Jakoba,
  - 5) masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie,
  - 6) niewydolność nerek,
  - 7) nowotwór złośliwy,
  - 8) odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,
  - 9) ropień mózgu,
  - 10) sepsa,
  - 11) tężec,
  - 12) udar,
  - 13) wścieklizna,
  - 14) zakażenie wirusem HIV w następstwie transfuzji krwi
  - 15) zakażenie wirusem HIV w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych,
  - 16) zawał serca,
  - 17) zgorzel gazowa,
  - 18) borelioza,
  - 19) choroba aorty brzusznej,
  - 20) choroba aorty piersiowej,
  - 21) gruźlica,
  - 22) przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C,
  - 23) utrata kończyny wskutek choroby,
  - 24) utrata słuchu,
  - 25) wada serca,
  - 26) choroba neuronu ruchowego,

- 27) choroba Huntingtona,
- 28) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych,
- 29) zakażona martwica trzustki,
- 30) bakteryjne zapalenie wsierdza,
- 31) stwardnienie rozsiane,
- 32) oparzenia,
- 33) transplantacja organów,
- 34) utrata wzroku,
- 35) oponiak,
- 36) choroba Parkinsona,

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

20. **Borelioza** – oznacza krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi. Zdiagnozowanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.
21. **Zawał serca** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych: na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, ciężkiej choroby, pobytu w szpitalu*) – oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego zawału serca, który powoduje:
  - a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
    - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
    - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
    - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowychlub
  - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu **przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI)**,  
lub
  - c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku **pomostowania tętnic wieńcowych (CABG)** – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę

normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:

- nowych patologicznych załamek Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
- udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
- udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego.

22. **Ciężkie choroby małżonka ubezpieczonego** – wystąpienie u małżonka Ubezpieczonego ciężkiej choroby według katalogu i definicji z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert, za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
23. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową związane było z aktami terroru, poza przypadkami czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru.

### **III. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń:**

Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	ZAKRES ŚWIADCZEŃ		
		GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III
		Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN		
1.	Zgon ubezpieczonego	40 000	50 000	60 000
2.	Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	80 000	100 000	150 000
3.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	120 000	150 000	200 000
4.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	120 000	150 000	200 000
5.	Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	55 000	75 000	100 000
6.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	140 000	200 000	250 000
7.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	400	500	600
8.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu - świadczenie za 1% uszczerbku	400	500	600
9.	Zgon małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego	10 000	15 000	15 000



L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	ZAKRES ŚWIADCZEŃ		
		GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III
		Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN		
10.	Zgon małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	20 000	30 000	30 000
11.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego	1 800	2 000	2 500
12.	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	2 000	2 500	----
13.	Urodzenie martwego dziecka	3 000	4 000	----
14.	Zgon dziecka ubezpieczonego	3 000	4 000	----
15.	Osierocenie dziecka – jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka	4 000	6 000	4 000
16.	Ciężkie choroby ubezpieczonego	3 000	5 000	7 000
17.	Ciężkie choroby małżonka/partnera życiowego ubezpieczonego	2 000	3 000	4 000
18.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany <b>chorobą</b> oraz powyżej 14-go dnia pobytu spowodowanego NW, zawałem serca lub udarem mózgu	45	60	75
19.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (NW) – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	150	200	250
20.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany NW komunikacyjnym <u>lub</u> NW przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	200	300	350
21.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany NW komunikacyjnym przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	250	350	400
22.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	100	200	250
23.	Świadczenie dodatkowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM	450	600	750
24.	Rekonwalescencja	25	30	38
25.	Operacje chirurgiczne <i>suma ubezpieczenia</i> :	3 000	5 000	6 000
26.	Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	10 000	10 000	15 000
27.	Świadczenie apteczne	200	200	200
28.	Leczenie specjalistyczne	2 000	3 000	4 000

#### **IV. Klauzule dodatkowe:**

Zamawiający wnioskuje o zastosowanie w ofercie ubezpieczenia następujących klauzul dodatkowych, które będą brane pod uwagę w ocenie kryterium jakości proponowanej ochrony ubezpieczeniowej.

##### **1. Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczeń – OBLIGATORYJNA**

Wymaga się zniesienia ograniczeń czasowych w wypłacie świadczenia z tytułu:

- śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu,
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

Wypłata świadczenia z tytułu zajścia wymienionych zdarzeń jest zasadna bez względu na długość czasu jaki upłynął pomiędzy śmiercią, wystąpieniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego a zdarzeniem je wywołującym.

##### **2. Klauzula gwarancji wypłaty pełnej kwoty odszkodowania – OBLIGATORYJNA**

Nie dopuszcza się pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego będącego następstwem choroby, nieszczęśliwego wypadku, czy zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu o świadczenia wcześniej wypłacone z tytułu choroby, trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego będącego wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, czy zawału serca lub udaru mózgu.

##### **3. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym – OBLIGATORYJNA**

Rozszerzenie dotyczy pierwszego pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub szpitalu rehabilitacyjnym z całodobową opieką lekarską, związanego z rehabilitacją konieczną do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

##### **4. Gwarancja zniesienia ograniczeń wiekowych – OBLIGATORYJNA**

Zapobiega wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie danego ryzyka w trakcie trwania umowy ubezpieczenia dla pracowników i uprawnionych członków rodzin pracowników Zamawiającego.

5. **Udostępnienie na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika Zamawiającego tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w Zakładzie Ubezpieczeń w dniu składania oferty – OBLIGATORYJNA**
6. **Udostępnianie informacji o szkodowości co najmniej w rocznych okresach ubezpieczenia lub na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika Zamawiającego – OBLIGATORYJNA**
7. **Klauzula obiegu dokumentów – OBLIGATORYJNA**

Po wystawieniu polisy ubezpieczeniowej potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia, przed przekazaniem jej Zamawiającemu Wykonawca musi uzyskać akceptację poprawności jej wystawienia przez Pełnomocnika Zamawiającego.
8. **Klauzula akwizycyjna – OBLIGATORYJNA**

Klauzula zobowiązuje Wykonawcę do:

  - przedstawienia pełnomocnikowi reprezentującemu Zamawiającego harmonogramu prac akwizycyjnych,
  - dedykowania minimum 2 osób do przeprowadzenia prac akwizycyjnych,
  - aktywnego udziału w akcji informacyjnej oraz w procesie akwizycyjnym, w tym udział w spotkaniach informacyjnych dla pracowników Zamawiającego,
  - przygotowania oraz dostarczenia Zamawiającemu, po akceptacji pełnomocnika Zamawiającego, materiałów akwizycyjnych, tj.: ulotek, deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, list akwizycyjnych,
  - zorganizowania szkolenia obsługowego dla pracowników administrujących umowami ubezpieczenia grupowego u Zamawiającego.
9. **Klauzula akwizycyjna rozszerzona – OBLIGATORYJNA**

Ubezpieczyciel gwarantuje za czynności związane z przygotowaniem deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i przekazaniem ich Ubezpieczycielowi, wypłatę w zwyczajowo przyjętej kwocie jednorazowego wynagrodzenia pracownikowi administrującemu umowami ubezpieczenia grupowego u Ubezpieczającego.
10. **Klauzula rozszerzenia zakresu ubezpieczenia dla pracownika i członków jego rodziny (małżonkowie i dzieci) o świadczenia assistance – OBLIGATORYJNA**

Usługi Assistance, w których skład wchodzi co najmniej: domowa pomoc pielęgniarki, dostarczenie niezbędnych leków, transport medyczny do i z placówki medycznej, pomiędzy placówkami medycznymi oraz Infolinia medyczna.

**11. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznej obsługi polis – OBLIGATORYJNA**

Wykonawca zobowiązuje się w terminie 1 miesiąca od zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu elektronicznej aplikacji przeznaczonej do zarządzania obsługą polisy. Aplikacja ta, poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę polisy, umożliwiając dokonywanie w drodze elektronicznej następujących czynności:

- a) prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
- b) ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
- c) ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
- d) rozliczenie składek miesięcznych (w tym możliwość sprawdzania sald wpłaconych składek ubezpieczeniowych),
- e) ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem Ubezpieczenia,
- f) generowanie indywidualnych potwierdzeń uczestnictwa w programie ubezpieczeniowym,
- g) zgłaszania roszczeń.

**12. Klauzula szybkiej likwidacji świadczeń – maksymalnie 4 pkt**

Winna gwarantować:

- a) możliwość zgłaszania świadczeń za pośrednictwem Internetu (brak wymogu wysyłania dokumentacji medycznej i wymaganych dokumentów w formie papierowej). Wykonawca zobowiązany jest prowadząc likwidację szkody do stosowania powszechnie obowiązujących przepisów prawa regulujących zasady uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej ubezpieczonego, w szczególności uzyskania uprzedniej zgody osoby ubezpieczonej na wgląd do jej dokumentacji medycznej – 1 pkt,
- b) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Polski – 1 pkt,
- c) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Lublina – 2 pkt.

**13. Klauzula prewencji – 4 pkt**

Wykonawca w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu, stawia do dyspozycji Zamawiającego środki pieniężne pochodzące z działalności prewencyjnej – jednorazowo w ciągu trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu. Przekazane środki będą wykorzystane w całości na zadania związane z ochroną zdrowia i życia ludzkiego oraz ograniczeniem szkodowości. Wykonawca przekazuje Zamawiającemu środki pieniężne w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o ich

przyznanie. Zamawiający przedstawi Wykonawcy rachunki i kosztorys potwierdzający sposób wydatkowania przekazanych środków.

Dopuszcza się, by wysokość prewencji regulowała umowa o udziale w zysku, przy założeniu zachowania minimalnej wymaganej kwoty.

**14. Klauzula zniżek indywidualnych – 2 pkt**

Wykonawca gwarantuje – dla pracowników ubezpieczonych w ramach umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego - zniżkę na indywidualne ubezpieczenia majątkowe w życiu prywatnym.

Zawarcie ubezpieczenia majątkowego z gwarantowaną zniżką jest indywidualną i dobrowolną decyzją ubezpieczonego pracownika.

Wykonawca winien przedstawić w ramach oferty zakres ubezpieczeń majątkowych podlegających zniżkom (zakres musi obejmować ubezpieczenia komunikacyjne) i wysokość oferowanych zniżek.

**15. Gwarancja wypłaty świadczeń z tytułu: zgonu rodzica Ubezpieczonego i rodzica małżonka Ubezpieczonego, zgonu dziecka, urodzenia martwego dziecka i urodzenia dziecka w terminie 7 dni roboczych od daty złożenia kompletu wymaganych dokumentów – 2 pkt**

**16. Klauzula rozszerzenia odpowiedzialności Wykonawcy o urazy niepowodujące trwałego uszczerbku na zdrowiu – 2 pkt**

Wykonawca gwarantuje, że definicja trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku zostaje rozszerzona o uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu, obejmującego:

a) zwichnięcie - uszkodzenie stawu ramiennie-łopatkowego lub stawu biodrowego, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, w konsekwencji prowadzące do naciągnięcia lub naderwania torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien,

b) skręcenie - uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie kończyny, na skutek którego doszło do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.

**17. Rozszerzenie ochrony z tytułu wystąpienia ciężkiej choroby ubezpieczonego o nowotwory złośliwe w stadium przedinwazyjnym – 2 pkt**

Wykonawca gwarantuje wypłatę świadczenia Ubezpieczonemu, u którego zdiagnozowano nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – in situ w kwocie: min. 20 % sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania z tabeli świadczeń

## ZAŁOŻENIA OGÓLNE

Zakres opisany powyżej jest zakresem minimalnym.

W odniesieniu do kwestii nieuregulowanych w SWZ mają zastosowanie stosowne zapisy ogólnych warunków ubezpieczeń.

Jeżeli w ogólnych warunkach ubezpieczeń znajdują się dodatkowe uregulowania, z których wynika, że zakres ubezpieczeń jest szerszy od proponowanego powyżej to automatycznie zostają włączone do ochrony ubezpieczeniowej Zamawiającego.

Zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczenia, z których wynika, iż zakres ubezpieczenia jest węższy niż zakres opisany powyżej, nie mają zastosowania.

**Beata Krysiewicz**  
Broker ubezpieczeniowy