



## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA

### **I. Podstawowe dane:**

Stan na miesiąc luty 2020 r.	Liczba
Pracownicy ogółem	595
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników	Załącznik nr 2 do SIWZ
Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych (powyżej 68 roku życia)	398 (6)
Członkowie rodzin posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika	72

### **II. Przedmiot ubezpieczenia:**

- Wykonawca akceptuje niezmienność swojej oferty niezależnie od ilości 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 członkami 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 dotychczas ubezpieczonym 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 odrębny 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 uznaje 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 wszystkich dotychczasowych ryzyk ubezpieczeniowych.
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 podstawowa 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 **4 GRUPY** ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w danej GRUPIE Zamawiający określa w tabelach 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.

Zamawiający ustala maksymalną składkę ubezpieczeniową na jedną osobę ubezpieczoną w wysokości:

**36,00 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE I**,

**40,00 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE II**,

**47,00 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE III**,

**58,00 zł** za jednego ubezpieczonego w **GRUPIE IV**.

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 SIWZ. Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SIWZ.
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 partnerów życiowych pracowników nie objętych ubezpieczeniem grupowym w ramach umów zawartych przez Zamawiającego przed 01.05.2020 r.**
11. **Indywidualna kontynuacja** - Zamawiający wymaga zagwarantowania indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia (zgodnie



z OWU Wykonawcy na dzień składania oferty) dla Ubezpieczonego, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym oraz w okresie korzystania z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego jak również w stosunku do Ubezpieczonego, który odbywa służbę wojskową. W każdym z wymienionych przypadków prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu, za którego przekazano składkę za okres co najmniej 6 miesięcy. Natomiast w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym z powodu reorganizacji lub likwidacji bez względu na okres przekazywania. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego Wykonawcy – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.

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 należała 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. **Operacje chirurgiczne** - Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, 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 450 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 zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku bądź reoperacji. W przypadku gdy operacja chirurgiczna, której został poddany ubezpieczony nie znajduje się w katalogu, Wykonawca decyduje, do której kategorii zostanie przypisane dane zdarzenie.
14. **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.
- 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.
15. **Ankiety medyczne dla pracowników** - Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących w dowolnym czasie do ubezpieczenia grupowego pracowników.
16. **Ankiety medyczne dla członków rodzin pracowników** – Wykonawca nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących w dowolnym czasie do ubezpieczenia grupowego członków rodzin pracowników.
17. **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*) – 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.
18. **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 Creutzfelda-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 lub 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 wsierdzia,
- 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.

19. **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 jednego 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 obrazowych



- lub
- 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 załamków 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.
- W przypadku ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego definicja zawału serca obejmuje zarówno zawał pierwszorazowy, jak i każdy następny, jednakże pod warunkiem, że w przypadku kolejnego zawału, w badaniu lekarskim stwierdzono wystąpienie nowego załamka Q.
20. 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.
21. **Ciężkie choroby małżonka Ubezpieczonego** – wystąpienie u małżonka Ubezpieczonego ciężkiej choroby według katalogu OWU Wykonawcy na dzień składania ofert, za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.

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

Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III	GRUPA IV
1.	Zgon ubezpieczonego	30 000	40 000	45 000	55 000
2.	Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	50 000	80 000	90 000	110 000
3.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	75 000	120 000	135 000	165 000
4.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	75 000	120 000	135 000	165 000

#### **SUPRA BROKERS®**

54-118 Wrocław, Aleja Śląska 1, tel.071 77 70 400, faks 071 77 70 455, e-mail: centrala@suprabrokers.pl  
Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydz. Gospod., nr KRS: 0000425834,  
kapitał zakł.: 2.000.818,40 zł – wpłacony w całości, NIP: 894-30-41-146, REGON 021916234  
[www.suprabrokers.pl](http://www.suprabrokers.pl)



L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III	GRUPA IV
5.	Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	30 000	55 000	65 000	75 000
6.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	100 000	160 000	180 000	220 000
7.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	320	350	400	500
8.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu - świadczenie za 1% uszczerbku	300	350	400	500
9.	Zgon małżonka ubezpieczonego	8 000	9 000	10 000	20 000
10.	Zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ( <i>skumulowana wartość świadczenia</i> )	16 000	20 000	22 000	30 000
11.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego	1 800	1 800	2 200	2 600
12.	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	1 200	1 400	1 500	2 000
13.	Urodzenie martwego dziecka	2 400	2 800	3 000	4 000
14.	Zgon dziecka ubezpieczonego	2 100	2 100	2 500	3 100
15.	Osierocenie dziecka – jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka	2 900	3 000	3 600	4 600
16.	Ciężkie choroby Ubezpieczonego	4 000	5 000	5 500	6 000
17.	Ciężkie choroby Małżonka Ubezpieczonego	2 000	3 000	3 000	3 500
18.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany chorobą oraz powyżej 14-go dnia pobytu spowodowanego NW, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu	45	50	55	60
19.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany NW – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	135	150	165	180
20.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	180	200	220	240
21.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu	180	200	220	240

**SUPRA BROKERS®**

54-118 Wrocław, Aleja Śląska 1, tel.071 77 70 400, faks 071 77 70 455, e-mail: centrala@suprabrokers.pl

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydz. Gospod., nr KRS: 0000425834,

kapitał zakł.: 2.000.818,40 zł – wpłacony w całości, NIP: 894-30-41-146, REGON 021916234

www.suprabrokers.pl





L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III	GRUPA IV
	spowodowany wypadkiem przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )				
22.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia ( <i>skumulowana wysokość świadczenia</i> )	225	250	275	300
23.	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> )	135	150	165	180
24.	Świadczenie dodatkowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM	450	500	550	600
25.	Rekonwalescencja	22,50	25	27,50	30
26.	Operacje chirurgiczne - <i>suma ubezpieczenia:</i>	3 000	6 000	6 000	6 000
27.	Leczenie specjalistyczne	2 000	3 500	3 500	4 000
28.	Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	5 000	7 000	9 000	11 000
29.	Świadczenie apteczne	100	300	300	300

#### **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 świadczeń dodatkowych – maksymalnie 140 pkt**

Zamawiający wnioskuje o zastosowanie w ofercie ubezpieczenia dodatkowego zakresu świadczeń oraz dodatkowych wysokości świadczeń na wybrany zakres ubezpieczenia tabeli świadczeń o charakterze fakultatywnym, które będą brane pod uwagę w ocenie kryterium jakości proponowanej ochrony ubezpieczeniowej:



Zakres ubezpieczenia		Minimalna wysokość świadczenia dodatkowego w zł	Liczba punktów za oferowane świadczenie dodatkowe	Maksymalna liczba punktów do zdobycia w GRUPIE I	Maksymalna liczba punktów do zdobycia w GRUPIE II	Maksymalna liczba punktów do zdobycia w GRUPIE III	Maksymalna liczba punktów do zdobycia w GRUPIE IV
a)	Zgon ubezpieczonego	krotność 1 000 zł	1 pkt za 1 000 zł	15	15	15	15
b)	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (skumulowana wartość świadczenia)	krotność 1 000 zł	1 pkt za 1 000 zł	15	15	15	15
c)	Ciężkie choroby ubezpieczonego	krotność 1 000 zł	5 pkt za 1 000 zł	5	5	5	5
Maksymalna możliwa do zdobycia liczba punktów:				140			

## 2. 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.

## 3. 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.

## 4. 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.

**5. 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.

**6. Udostępnienie na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika Zamawiającego tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w Zakładzie Ubezpieczeń w dniu składania oferty – OBLIGATORYJNA**

**7. Udostępnianie informacji o szkodowości co najmniej w rocznych okresach ubezpieczenia lub na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika Zamawiającego - OBLIGATORYJNA**

**8. 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.

**9. 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.

**10. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznego obsługi polis - OBLIGATORYJNA**

Wykonawca zobowiązuje się, od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu co najmniej elektronicznego systemu obsługi polisy (np. składnik pakietu biurowego MS Office - Excel). System ten, poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę polisy w zakresie co najmniej:

- prowadzenia ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
- ewidencjonowania osób przystępujących do programu ubezpieczenia,



- ewidencjonowania osób występujących z programu ubezpieczenia,
- rozliczania składek miesięcznych.

**11. Klauzula rozszerzająca system elektronicznej obsługi polis o dedykowaną klientowi aplikację internetową – 1 pkt**

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) ewidencjonowanie danych i możliwość zmiany danych Zamawiającego.

**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 – 2 pkt,
- b) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Polski - 2 pkt.

**13. Gwarancja minimalnego katalogu operacji chirurgicznych - 3 pkt**

Wykonawca gwarantuje co najmniej 600 procedur medycznych w katalogu operacji chirurgicznych.

**14. 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**



---

## **ZAŁOŻENIA OGÓLNE**

Zakres opisany powyżej jest zakresem minimalnym.

W odniesieniu do kwestii nieuregulowanych w SIWZ mają zastosowanie stosowne zapisy ogólnych warunkach 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 Krysiwicz**