

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

1. Założenia ogólne:

- 1) Przedmiotem niniejszego postępowania są usługi ubezpieczenia grupowego na życie pracowników, małżonków/partnerów życiowych oraz pełnoletnich dzieci pracowników Komunalnego Zakładu Gospodarki Mieszkaniowej w Katowicach (dalej KZGM). Główny kod CPV – Wspólnego Słownika Zamówień: 66511000-5 - Usługi ubezpieczeń na życie.
- 2) Przewidywana liczba osób do ubezpieczenia - 415 (aktualnie zatrudnionych jest 329 osób, z czego ubezpieczonych jest 262 pracowników oraz 57 członków rodzin).
- 3) Ochroną ubezpieczeniową na tych samych warunkach mogą być objęci pracownicy KZGM, ich małżonkowie lub partnerzy życiowi oraz pełnoletnie dzieci ubezpieczonych pracowników.
- 4) Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy pracownicy oraz członkowie ich rodzin skorzystają z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. Przewidywana liczba osób do ubezpieczenia jest szacunkowa i nie stanowi podstawy roszczeń wobec Zamawiającego.
- 5) Zamawiający przewiduje miesięczny koszt ubezpieczenia jednej osoby nie wyższy niż 73,45 PLN.
- 6) Struktura wiekowo-płciowa wszystkich pracowników KZGM – stan na 26 wrzesień 2019 roku znajduje się w załączniku nr 7 do SIWZ

2. Zakres ubezpieczenia - minimalny wymagany - zgodnie z poniższą tabelą:

Lp.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczeń (zł)
1	Zgon ubezpieczonego	50 000
2	Zgon ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	100 000
3	Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	100 000
4	Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	200 000
5	Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy	200 000
6	Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy	300 000
7	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku za 1%	600
8	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu (za każdy 1 % uszczerbku)	400
9	Osierocenia dziecka przez ubezpieczonego - świadczenie jednorazowe dla każdego dziecka ubezpieczonego	5 500
10	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	1 500
11	Urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu	3 000
12	Zgon dziecka ubezpieczonego	5 000
13	Zgon małżonka albo partnera ubezpieczonego	20 000
14	Zgon małżonka albo partnera ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	95 000
15	Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera ubezpieczonego	2 400
16	Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	3 400
17	Wystąpienie poważnej choroby u ubezpieczonego	8 000
	Wystąpienie poważnej choroby u małżonka ubezpieczonego	3 000
	Wystąpienie poważnej choroby u dziecka ubezpieczonego	3 000
18	Specjalistyczne leczenie ubezpieczonego	8 000
19	Przebycie operacji chirurgicznej przez ubezpieczonego	8 000
20	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu jeżeli spowodowany był chorobą (za dzień)	65
	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu jeżeli spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem (za dzień)	260
	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym (za dzień)	325

Lp.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczeń (zł)
	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy (za dzień)	325
	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (za dzień)	390
	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu (za dzień)	195
	Rekonwalescencja ubezpieczonego (za dzień)	35
	Pobyt ubezpieczonego na OIOM - jednorazowo	650
	Karta apteczna/zasiłek apteczny - jednorazowo	260

UWAGA! W tabeli podano skumulowane wartości świadczeń.

3. Warunki obligatoryjne

1) Zamawiający wymaga, aby ochroną ubezpieczeniową jako Ubezpieczony mógł być objęty:

a) **pracownik**, tj. osoba zatrudniona przez KZGM na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowę o pracę nakładczą, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu, wykonująca prace w ramach umowy o dzieło, umowy zlecenia lub agencyjnej oraz osoba zatrudniona w ramach umowy zawartej w wyniku powołania członkostwa lub wyboru, np. do organów zarządzających, w tym również cudzoziemców.

b) **małżonek albo partner życiowy ubezpieczonego pracownika**, tj.:

małżonek ubezpieczonego pracownika - osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem w związku małżeńskim,

partner życiowy ubezpieczonego pracownika – osoba pozostająca z ubezpieczonym pracownikiem w związku nieformalnym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z nim w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa, która jednocześnie nie pozostaje z inną osobą w związku formalnym.

Przystąpienie do ubezpieczenia partnera życiowego ubezpieczonego pracownika następuje przez jego pisemne oświadczenie złożone na druku deklaracji przystąpienia, zmiany lub innym wskazanym przez Wykonawcę formularzu (zwanym dalej deklaracją).

Partner życiowy ubezpieczonego pracownika będący ubezpieczonym nie będzie objęty karencjami, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia w okresie nie późniejszym niż 3 miesiące od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia pracownika, którego jest partnerem życiowym.

Złożenie przez partnera życiowego ubezpieczonego pracownika deklaracji po tym okresie będzie skutkowało zastosowaniem wobec przystępującego partnera życiowego karencji zgodnie z OWU Wykonawcy. Ubezpieczony pracownik ma prawo raz w roku zmienić wskazanie partnera życiowego.

c) **pełnoletnie dziecko ubezpieczonego pracownika** - uznanie dziecka za osobę pełnoletnią następuje z uwzględnieniem przepisów Kodeksu Cywilnego bez górnego ograniczenia wieku dziecka przystępującego do ubezpieczenia.

2) Członek rodziny ubezpieczonego pracownika, tj.: małżonek, partner życiowy oraz pełnoletnie dziecko pracownika uzyskują status ubezpieczonego tylko wtedy, jeśli przystępują do ubezpieczenia składając deklarację przystąpienia zawierającą potwierdzenie przez pracownika, że wyraża on zgodę na potrącenie składki za przystępującego do umowy ubezpieczenia członka rodziny ze swojego wynagrodzenia. Brak złożenia deklaracji przystąpienia przez wymienionych członków rodziny powoduje, że mają oni wyłącznie status osób współubezpieczonych w ubezpieczeniu pracownika. Ubezpieczony pracownik ma prawo raz w roku zmienić wskazanie partnera życiowego w swojej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

3) Status osoby współubezpieczonej niezależnie od osób wymienionych powyżej posiadają również rodzice ubezpieczonego oraz małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego oraz dzieci ubezpieczonego zgodnie z definicjami opisanymi w ryzykach: urodzenia dziecka (żywego lub martwego), zgonu dziecka, osierocenia dziecka, zgonu rodziców ubezpieczonego lub zgonu

- rodziców małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego oraz poważnych zachorowań współubezpieczonych. Ubezpieczony pracownik ma prawo raz w roku zmienić wskazanie partnera życiowego w swojej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
- 4) Wskazany w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego partner życiowy ubezpieczonego (posiadający status współubezpieczonego) zastępuje małżonka we wszystkich zdarzeniach z zakresu ochrony ubezpieczonego, które dotyczą małżonka.
 - 5) Partner ubezpieczonego, w okresie obejmowania go ochroną ubezpieczeniową (analogicznie jak ten ubezpieczony) nie może być w związku formalnym z inną osobą (dotyczy partnera zarówno ubezpieczonego jak i współubezpieczonego).
 - 6) Przystępowanie do ubezpieczenia następować będzie bez oceny ryzyka medycznego, co oznacza, że Wykonawca nie uzależnia możliwości przystąpienia do ubezpieczenia od stanu jego zdrowia oraz podleganie ochronie, a tym samym wypłata świadczeń w pełnym zakresie ryzyk, nie jest zależne od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt.7.
 - 7) W przypadku przystępujących do ubezpieczenia członków rodziny, **którzy nie są aktualnie objęci** ubezpieczeniem, Zamawiający dopuszcza wstępną weryfikację medyczną, od której wyników zależna jest akceptacja Wykonawcy przyjęcia do umowy ubezpieczenia członka rodziny ubezpieczonego pracownika.
 - 8) Jeżeli Wykonawca zaakceptuje przystąpienie do umowy ubezpieczenia osoby, której dotyczyła weryfikacja określona w pkt 7) ma on obowiązek stosować wobec tych osób zasady analogiczne jak dla pozostałych ubezpieczonych, bez stosowania ograniczeń odpowiedzialności wynikających ze stanu zdrowia z okresu przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia
 - 9) Przystępowanie do ubezpieczenia nie później niż w okresie 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie zawartej po rozstrzygnięciu przetargu umowy ubezpieczenia (tj. przystępowanie od 01 stycznia, 01 lutego oraz 01 marca 2020r.) oraz w okresie 3 miesięcy od daty nabycia praw do przystąpienia do ubezpieczenia przez nowych pracowników/ małżonków/ partnerów/pełnoletnie dzieci, w pełnym zakresie ubezpieczenia określonym w pkt. 2 Szczegółowego **Opisu przedmiotu zamówienia** grupowe ubezpieczenie na życie – „Zakres ubezpieczenia” - bez żadnych okresów karencji.
 - 10) Za datę nabycia uprawnień do przystąpienia do ubezpieczenia przyjmujemy:
 - a) datę zatrudnienia w przypadku pracownika,
 - b) datę zawarcia związku małżeńskiego dla współmałżonka ubezpieczonego pracownika,
 - c) datę zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia pracownika dla partnera ubezpieczonego pracownika,
 - d) datę osiągnięcia pełnoletności przez dziecko ubezpieczonego.
 - 11) Wykonawca akceptuje przystąpienie do umowy ubezpieczenia osób **aktualnie ubezpieczonych**, które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia przebywają na zwolnieniu lekarskim, świadczeniu rehabilitacyjnym, w szpitalu, hospicjum, urlopach macierzyńskich, ojcowskich, rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych lub z innej przyczyny nie świadczą aktywnie pracy.
 - 12) Wykonawca zagwarantuje możliwość przystępowania do ubezpieczenia osób, które nie ukończyły 70 roku życia, w pełnym zakresie ubezpieczenia określonym pkt. 2) Szczegółowego opisu przedmiotu zamówienia grupowe ubezpieczenie na życie – Zakres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż do ubezpieczenia mogą przystąpić wszyscy aktualnie ubezpieczeni, bez względu na wiek i będą oni objęci ochroną w pełnym zakresie ryzyk do momentu zakończenia stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z Zamawiającym oraz - w przypadku małżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci ubezpieczonego - do końca okresu ubezpieczenia pracownika, o którym mowa powyżej. Osoby przyjęte do przedmiotowej umowy ubezpieczenia mają prawo z niej korzystać do końca jej trwania bez względu na wiek osiągnięty w trakcie trwania tej umowy
 - 13) Wykonawca zapewni ubezpieczonym prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia bez oceny ryzyka medycznego i finansowego, na podstawie OWU indywidualnie kontynuowanego, które wraz z ofertą Indywidualnej Kontynuacji stanowić będą załącznik do przedmiotowej oferty Wykonawcy.

Warunki przystąpienia do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego:

- a) prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje każdej osobie ubezpieczonej (pracownik, współmałżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko ubezpieczonego) po 3 miesiącach stażu w ubezpieczeniu;
- b) do okresu ustalonego w pkt. a) zalicza się okres ubezpieczenia wynikający z poprzedniej polisy ubezpieczeniowej pod warunkiem, że ubezpieczony w sposób nieprzerwany był objęty ochroną;
- c) nie dopuszcza się uzależniania przyznania prawa do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego od stanu zdrowia ubezpieczonego.

- 14) W przypadku orzekania o wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie badania i wywiadu lekarskiego przeprowadzanego przed komisją lekarską (lub przed lekarzem orzecznikiem) Wykonawca zapewni placówkę przeprowadzającą niniejsze badania zlokalizowaną w Katowicach. Jednocześnie Zamawiający dopuszcza orzekanie komisji lekarskiej w trybie zaocznym, bez badania lekarskiego na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem, że ewentualna procedura odwoławcza odbywa się obowiązkowo przed komisją lekarską.
- 15) Wykonawca zapewni bez dodatkowych kosztów narzędzia elektroniczne do obsługi umowy ubezpieczenia na życie, umożliwiające m.in.: identyfikację ubezpieczonych, wypełnianie dokumentów ewidencyjnych, weryfikację prawidłowości rozliczenia wynagrodzenia za usługę z Wykonawcą. W ramach tej usługi Wykonawca jest zobowiązany do:
 - a) przeprowadzenia wstępnego szkolenia dla osób obsługujących umowy ubezpieczenia,
 - b) przekazywania na bieżąco informacji o zmianach funkcjonalności aplikacji, wzorów formularzy i procedur niezbędnych do realizacji umowy ubezpieczenia.
- 16) Wykonawca zagwarantuje możliwość przysyłania wniosków o świadczenia drogą elektroniczną (e-mail, formularz na stronie internetowej wykonawcy, aplikacja internetowa).

4. Klauzule obligatoryjne

- 1) Klauzula początku odpowiedzialności ubezpieczyciela
Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego:
 - a) następującego po dniu złożenia przez ubezpieczonego przedstawicielowi Ubezpieczającego, pisemnego oświadczenia (deklaracji, wniosku lub innego dokumentu zaakceptowanego przez Wykonawcę) wyrażającego zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia;
 - b) pod warunkiem zapłacenia przez ubezpieczającego pierwszej składki na rzecz danego ubezpieczonego w przypadającym w tym miesiącu terminie opłacenia składki.
- 2) Klauzula opóźnienia zapłaty składki - termin opłacania składek
 - a) Zamawiający zobowiązany jest do zapłaty pierwszej i każdej następnej składki w terminie do końca miesiąca, licząc od pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna. W przypadku, gdy dzień płatności tak określony przypadnie w dzień świąteczny lub wolny od pracy u Zamawiającego, realizacja nastąpi w najpóźniej w ostatnim dniu roboczym miesiąca, którego dotyczy;
 - b) w przypadku niezapłacenia przez Zamawiającego składki, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez Ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie;
- 3) Klauzula końca odpowiedzialności ubezpieczyciela
Odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się:
 - a) w dniu końca okresu, za który opłacono składkę, jeżeli ubezpieczony zrezygnował z ubezpieczenia;
 - b) w dniu końca okresu, za który opłacono składkę – w przypadku ustania łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym stosunku będącego podstawą do objęcia ubezpieczonego ochroną. Jeżeli ta data jest ostatnim dniem miesiąca, w którym ustał stosunek łączący ubezpieczonego z ubezpieczającym, odpowiedzialność ubezpieczyciela może być przedłużona o jeden miesiąc, pod warunkiem opłacenia składki za ten miesiąc;
 - c) w dniu śmierci ubezpieczonego;
 - d) w dniu rozwiązania umowy.

4) Klauzula wyłączeń dotycząca zgonu ubezpieczonego

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego jedynie w przypadku, gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku:

- a) działań wojennych, powstań, przewrotów wojskowych, stanu wojennego;
- b) czynnego, dobrowolnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach oraz w aktach przemocy lub terroru;
- c) samobójstwa popełnionego przez ubezpieczonego w okresie pierwszych 6 miesięcy od momentu objęcia odpowiedzialnością ubezpieczyciela;
- d) popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.

5) Klauzula wyłączeń dotycząca zgonu współubezpieczonego

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu współubezpieczonego jedynie w przypadku, gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku:

- a) działań wojennych, powstań, przewrotów wojskowych, stanu wojennego;
- b) czynnego, dobrowolnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach oraz w aktach przemocy lub terroru;
- c) popełnienia przez współubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.

6) Klauzula wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku jedynie w przypadku, gdy zdarzenie dotyczące ubezpieczonego lub współubezpieczonego nastąpiło w wyniku:

- a) wojny, działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału w zamieszkach, masowych, rozruchach społecznych oraz terroru, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- b) samookaleczenia, usiłowania lub popełnienia samobójstwa;
- c) popełnienia lub usiłowania popełnienia czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym;
- d) prowadzenia przez ubezpieczonego/współubezpieczonego pojazdu:
 - a. bez odpowiednich do prowadzenia danego pojazdu uprawnień, chyba, że prowadzenie pojazdu bez uprawnień zostało spowodowane stanem wyższej konieczności lub obrony koniecznej, tj. sytuacjach opisanych przepisami polskiego prawa lub
 - b. który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innego dokumentu warunkującego dopuszczenie do ruchu,
- e) spożycia alkoholu – zawartość alkoholu we krwi:
 - a. powyżej 0,2‰ w odniesieniu do osoby prowadzącej pojazd mechaniczny;
 - b. powyżej 0,5‰ w odniesieniu do pozostałych osób, o ile spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- f) spożycia narkotyków, środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, niezaleconych przez lekarza, o ile spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
- g) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, środków farmakologicznych (z wyjątkiem zaleconych przez lekarza i zażywanych zgodnie z zaleceniem), o ile spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku;
- h) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi medycznemu przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub osoby do tego uprawnionej, przy czym definicja eksperymentu jest zgodna z zapisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry; wyłączenie nie ma zastosowania w przypadku ratowania życia lub zdrowia;
- i) wykonywania czynności zawodowych bez posiadania odpowiednich uprawnień lub wymaganego odpowiednimi przepisami szkolenia;
- j) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że chodziło o leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.

7) Klauzula dobrowolności

Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela związane ze spożyciem alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii nie ma zastosowania, jeśli ubezpieczony/uprawniony przedstawi wiarygodne dokumenty (tj. dokumenty urzędowe, wydane przez uprawnione do tego organy, w szczególności, Prokuraturę i Sądy), na podstawie treści których jednoznacznie można stwierdzić, iż po stronie ubezpieczonego nie wystąpiła świadomość lub dobrowolność spożycia wskazanych substancji, co spowodowało zdarzenie, którego następstwem było zdarzenie objęte ochroną.

8) Klauzula odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku

a) Prawo do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, jeżeli zgon nastąpił w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia lub przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danej osoby, pod warunkiem, że:

- a. nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązującej bezpośrednio przed zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia i w zakresie tej umowy ryzyko zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem było objęte ochroną ubezpieczeniową;
- b. ochrona z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a. wygasła nie wcześniej niż w miesiącu poprzedzającym datę początku odpowiedzialności ubezpieczyciela w danym zakresie;
- c. uprawniony do świadczenia przedstawi dokument potwierdzający informacje określone w pkt a. i b.;
- d. uprawniony do świadczenia przedstawi dokument potwierdzający rezygnację lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a.

b) Prawo do świadczenia z tytułu **pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub przebycia operacji spowodowanych nieszczęśliwym** wypadkiem przysługuje, jeżeli pobyt/operacja miał/a miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i był/a spowodowany/a nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia lub przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danej osoby, pod warunkiem, że:

- a. nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązującej bezpośrednio przed zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia i w zakresie tej umowy ryzyko pobytu w szpitalu/ operacji chirurgicznej ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem było objęte ochroną ubezpieczeniową;
- b. ochrona z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a. wygasła nie wcześniej niż w miesiącu poprzedzającym datę początku odpowiedzialności ubezpieczyciela w danym zakresie;
- c. ubezpieczony przedstawi dokument potwierdzający informacje określone w pkt a. i b.;
- d. ubezpieczony przedstawi dokument potwierdzający rezygnację lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a.;

9) Klauzula odpowiedzialności z tytułu zawału serca lub udaru mózgu

a) Prawo do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu przysługuje, jeżeli zgon nastąpił w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i był spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia lub przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danej osoby, pod warunkiem, że:

- a. zawał serca lub udar mózgu miał miejsce w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązującej bezpośrednio przed zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia i w zakresie tej umowy ryzyko zgonu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu było objęte ochroną ubezpieczeniową;
- b. ochrona z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a. wygasła nie wcześniej niż w miesiącu poprzedzającym datę początku odpowiedzialności ubezpieczyciela w danym zakresie;

- c. uprawniony do świadczenia przedstawi dokument potwierdzający informacje określone w pkt a. i b.;
 - d. uprawniony do świadczenia przedstawi dokument potwierdzający rezygnację lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a.;
 - b) **Prawo do świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu** przysługuje, jeżeli pobyt miał miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i był spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia lub przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do danej osoby, pod warunkiem, że:
 - a. zawał serca lub udar mózgu miał miejsce w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązującej bezpośrednio przed zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia i w zakresie tej umowy ryzyko pobytu w szpitalu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu było objęte ochroną ubezpieczeniową;
 - b. ochrona z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a. wygasła nie wcześniej niż w miesiącu poprzedzającym datę początku odpowiedzialności ubezpieczyciela w danym zakresie;
 - c. ubezpieczony przedstawi dokument potwierdzający informacje określone w pkt a. i b.;
 - d. ubezpieczony przedstawi dokument potwierdzający rezygnację lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt a.;
- 10) **Klauzula odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa.**
Do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa Ubezpieczyciel zaliczy staż ubezpieczonego z poprzedniej umowy ubezpieczenia obowiązującej bezpośrednio przed zawarciem niniejszej umowy.
5. **Definicje** – wszystkie uwzględnione w treści SIWZ i załącznikach do SIWZ definicje i warunki obowiązują w odniesieniu do całego zakresu ubezpieczenia, bez względu na to, w której części dokumentu zostały umieszczone.
- 1) **Zgon ubezpieczonego** – ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.
- 2) **Zgon ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, będącego wynikiem zawału serca lub udaru mózgu.
Zawał serca – martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem mięśnia sercowego (potwierdzone zgodnie z definicjami medycznymi w karcie zgonu lub protokole sekcijnym).
Udar mózgu - uszkodzenie mózgu (niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem), będące skutkiem wynaczynienia śródmózgowego lub śródczaszkowego krwi lub zawału tkanki mózgowej lub zatoru materiałem pozaczaszkowym (potwierdzone w karcie choroby, zgonu lub protokole sekcijnym).
Dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności Wykonawcy nie może być szerszy niż w przypadku zgonu naturalnego osoby ubezpieczonej.
- 3) **Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku.
Prawo do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, bez względu na okres jaki upłynął od daty nieszczęśliwego wypadku do daty zgonu.
Nieszczęśliwy wypadek - nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ochrony, zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe z zakresu ochrony w danej umowie.

- 4) **Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny – nieszczęśliwy wypadek zaistniały w związku z ruchem pojazdów lądowych, szynowych, trakcyjnych, wodnych i powietrznych, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik (w szczególności osoba prowadząca pojazd, pasażer, pieszy, rowerzysta). Wszystkie definicje, które będą miały zastosowanie do określenia ochrony ubezpieczeniowej związanej z nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami kodeksu drogowego, lotniczego, morskiego oraz ustawy o transporcie kolejowym oraz ustawy o transporcie publicznym. Z zakresu ochrony wyłączone są zdarzenia związane z czynnym udziałem ubezpieczonego w zdarzeniach związanych z ruchem ww. pojazdów o charakterze sportowym, tj. udziałem w zawodach, konkursach, rajdach, wyścigach.

Jednocześnie Zamawiający informuje, że akceptuje, iż w ramach wypadku w ruchu powietrznym odpowiedzialnością Wykonawcy objęte będą pasażerskie statki powietrzne koncesjonowanych linii lotniczych.

Prawo do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, bez względu na okres, jaki upłynął od daty nieszczęśliwego wypadku do daty zgonu.

- 5) **Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

Nieszczęśliwy 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.

Nie przewiduje się możliwości ograniczenia zakresu odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku przy pracy w stosunku do ubezpieczonych, którzy nie są pracownikami Zamawiającego (tj. ubezpieczonych, którzy nie są zatrudnieni u Zamawiającego na umowę o pracę, w tym również ubezpieczeni małżonkowie albo partnerzy życiowi lub pełnoletnie dzieci pracowników).

Wystąpienie wypadku przy pracy winno być potwierdzone przez służby BHP pracodawcy osoby ubezpieczonej.

Prawo do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, bez względu na okres jaki upłynął od daty nieszczęśliwego wypadku do daty zgonu.

- 6) **Zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy.

- 7) **Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – za 1 %.

Trwały uszczerbek - trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji, powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Ubezpieczyciel będzie stosował proporcjonalny system wypłat świadczeń, tzn. wypłatę jednakowej kwoty świadczenia za każdy % orzeczonego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, bez względu na ogólną – łączną wartość orzeczonego uszczerbku.

Dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności Wykonawcy nie może być szerszy niż w klauzuli wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków opisanej w niniejszej SIWZ.

- 8) **Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu** – za 1 %.

Trwały uszczerbek - trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji,

powstałe w wyniku zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Zawał serca – martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem mięśnia sercowego, której rozpoznanie, zgodne z definicjami medycznymi, musi być potwierdzone wystąpieniem dwóch spośród wymienionych klinicznych objawów niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) podwyższone stężenie enzymów sercowych lub innych markerów charakterystycznych dla zawału serca,
- b) typowe dla zawału serca dolegliwości bólowe,
- c) świeże zmiany w zapisie EKG potwierdzające wystąpienie zawału,
- d) pojawienie się patologicznego załamka Q w EKG nieobecnego przed zdarzeniem,
- e) pojawieniem się nieistniejących wcześniej globalnych lub regionalnych zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego w badaniach obrazowych,
- f) frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosi mniej niż 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 6 tygodniach od daty zdarzenia).

Udar mózgu - uszkodzenie mózgu (niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem), będące skutkiem wynaczynienia śródmózgowego lub śródczaszkowego krwi lub zawału tkanki mózgowej lub zatoru materiałem pozaczaszkowym (potwierdzone w karcie choroby, zgonu lub protokole sekcyjnym), powodujące powstanie ubytków neurologicznych.

Ubezpieczyciel będzie stosował proporcjonalny system wypłat świadczeń, tzn. wypłatę jednakowej kwoty świadczenia za każdy % orzeczonego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, bez względu na ogólną – łączną wartość orzeczonego uszczerbku.

Dopuszczalny katalog wyłączeń odpowiedzialności Wykonawcy nie może być szerszy niż w przypadku zgonu naturalnego osoby ubezpieczonej.

- 9) **Zgon małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego** - ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu małżonka, albo partnera życiowego osoby ubezpieczonej, który nastąpił w okresie ubezpieczenia. Zastosowanie mają zapisy określone w zarówno w części 3. „Warunki obligatoryjne”, jak i w częściach: 4. „Klauzule obligatoryjne” i 5. „Definicje” oraz klauzula wyłączeń w zakresie zgonu współubezpieczonego.
- 11) **Zgon małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu małżonka, albo partnera życiowego osoby ubezpieczonej, który nastąpił w okresie ubezpieczenia, a spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem. Zastosowanie mają definicje określone w zarówno w części 3. „Warunki obligatoryjne”, jak i w częściach: 4. „Klauzule obligatoryjne” i 5. „Definicje” oraz zapisy klauzuli wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków opisanej w SIWZ.
- 12) **Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego.**
 - a) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty wymienionego świadczenia w przypadku zgonu:
 - a. rodzica ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka ubezpieczonego,
 - b. rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego albo ojczyma lub macochy małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego,
 - b) w odniesieniu do macochy lub ojczyma świadczenie jest należne, o ile macocha lub ojczym nie zawarł kolejnego związku małżeńskiego,
 - a. na potrzeby umowy ubezpieczenia za macochę lub ojczyma uważa się małżonka biologicznego rodzica ubezpieczonego,
 - b. na potrzeby umowy ubezpieczenia za rodzica małżonka albo partnera życiowego uważa się odpowiednio rodzica/ojczyma/macochę małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego.
 - c) Ubezpieczyciel nie stosuje ograniczenia liczby wypłacanych świadczeń z danego tytułu.

13) Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu zgonu małżonka, albo partnera życiowego osoby ubezpieczonej, który nastąpił w okresie ubezpieczenia, a spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem. Zastosowanie mają definicje określone w zarówno w części 3. „Warunki obligatoryjne”, jak i w częściach: 4. „Klauzule obligatoryjne” i 5. „Definicje” oraz zapisy klauzuli wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków opisanej w SIWZ.

14) Zgon dziecka ubezpieczonego.

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia, w wysokości podanej w umowie ubezpieczenia, w przypadku zgonu dziecka własnego, przysposobionego/adoptowanego, w którego akcie urodzenia ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), Wykonawca akceptuje, że w odniesieniu do zdarzenia zgonu dziecka ubezpieczonego wiek dziecka w dniu zgonu pozostaje bez wpływu na zasadność roszczenia.

15) Urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu.

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia, w wysokości podanej w umowie ubezpieczenia, w przypadku urodzenia się martwego dziecka, którego urodzenie zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego i któremu wystawiono akt urodzenia z urzędową adnotacją o martwym urodzeniu.

16) Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu.

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia, w wysokości podanej w umowie ubezpieczenia, w przypadku urodzenia się ubezpieczonemu dziecka, którego narodziny zostały zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego i któremu wystawiono akt urodzenia. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia również w przypadku dziecka przysposobionego/adoptowanego, jeżeli ubezpieczony widnieje, jako rodzic w akcie urodzenia, a data urodzenia dziecka przypada w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

17) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego.

W przypadku zgonu ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty jednorazowego świadczenia w wysokości określonej w polisie dla każdego dziecka uprawnionego do otrzymania wymienionego świadczenia.

Za dziecko uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu osierocenia na skutek zgonu ubezpieczonego uważa się dziecko, w którego akcie urodzenia ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic, w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły - w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek, jeśli dziecko jest całkowicie niezdolne do pracy, co zostanie potwierdzone stosownym orzeczeniem organu rentowego.

Uczęszczanie do szkoły – kształcenie w publicznej lub niepublicznej placówce edukacyjnej położonej na terytorium RP. W przypadku kształcenia poza granicami, minimalny zakres terytorialny - na terenie krajów należących kiedykolwiek do UE, USA, Kanady, Australii, Nowej Zelandii, Japonii, Islandii, Monako, Norwegii, Szwajcarii, Watykanu.

18) Pobyt ubezpieczonego w szpitalu – w związku z wypadkiem lub chorobą

Pobyt w szpitalu – trwający nieprzerwanie minimum 3 dni (rozumiane jako 3 kolejne datyienne uwzględnione w dokumentach medycznych) w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą lub 1 dzień, jeśli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem, przy zachowaniu ciągłości pobytu w przypadku przenoszenia pacjenta pomiędzy placówkami medycznymi). Prawo do świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu należne jest bez ograniczania liczby pobytów w szpitalu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

- a) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, z wyłączeniem pobytu w placówkach sanatoryjnych i uzdrowiskowych, w placówkach lub oddziałach leczenia psychiatrycznego (z wyjątkiem hospitalizacji związanej z wypadkiem przy pracy), w placówkach i oddziałach rehabilitacyjnych lub placówkach leczenia uzależnień, hospicjach, placówkach dla przewlekle chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach

pielęgnacyjno – opiekuńczych. Wyłączenie nie dotyczy pierwszego pobytu w placówkach i oddziałach rehabilitacyjnych w celu usunięcia następstw NW lub choroby.

- b) Nie dopuszcza się możliwości uzależniania uznania placówki za szpital od kwestii posiadania oddziałów specjalistycznych, w szczególności oddziału chirurgicznego przez daną placówkę.
- c) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, bez względu na lokalizację szpitala.
- d) Liczba dni pobytu w szpitalu, za które Wykonawca ponosi odpowiedzialność nie może być mniejsza niż 180 dni w roku polisowym.
- e) Stawka bazowa za pierwsze 14 dni każdego pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem określona jest w tabeli minimalnych świadczeń, od 15 dnia Zamawiający dopuszcza ustalenie wysokości świadczenia wynikające z OWU Wykonawcy.
- f) Liczba dni pobytu w szpitalu na potrzeby ustalenia prawa do świadczenia określana będzie na podstawie dat dziennych przyjęcia i wypisu ubezpieczonego do/ze szpitala, bez względu na godzinę przyjęcia i wypisu ze szpitala.
- g) Nie dopuszcza się możliwości uzależniania uznania pobytu w szpitalu za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem od terminu wystąpienia następstw tego wypadku powodujących konieczność hospitalizacji.
- h) Nie dopuszcza się uzależniania prawa do wypłaty świadczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy.
- i) Zakresem ochrony objęta jest również rekonwalescencja/rehabilitacja poszpitalna ubezpieczonego:

Rekonwalescencja/rehabilitacja poszpitalna – następujący bezpośrednio po minimum 14 dniowym pobycie w szpitalu okres powrotu do zdrowia, potwierdzony zwolnieniem lekarskim wystawionym przez szpital, w którym przebywał ubezpieczony.

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w postaci zasiłku dziennego określonego w tabeli oczekiwanych świadczeń (gwarantowana minimalna liczba dni zasiłkowych nie mniejsza niż 30 dni jednorazowo).

- j) Zakresem ochrony objęta jest również pobyt ubezpieczonego na OIOM/OIT:

OIOM/OIT – oddział intensywnej opieki medycznej (w tym również oddział intensywnej terapii) – oddział szpitalny, wyposażony w aparaturę medyczną umożliwiającą monitorowanie oraz podtrzymywanie funkcji życiowych. Nie dopuszcza się możliwości uzależniania uznania zasadności wypłaty świadczenia od przyczyny pobytu na OIOM/OIT.

Minimalny pobyt na OIOM/OIT uprawniający do wypłaty świadczenia to 48 godzin. Wykonawca wypłaci świadczenie za każdy taki pobyt na OIOM/OIT w kwocie określonej w tabeli świadczeń;

- k) Zakresem ochrony objęta jest również **Karta apteczna/zasilek apteczny**.

Wykonawca wypłaci dodatkowe świadczenie „karta apteczna/zasilek apteczny”, w postaci gotówkowej lub „karty/uprawnienia” do wykorzystania w aptece dla każdego ubezpieczonego, który nabył prawo do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, w wysokości określonej w tabeli oczekiwanych świadczeń.

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w postaci „zasiłku aptecznego” lub wydania karty po pobycie w szpitalu, określonego w tabeli oczekiwanych świadczeń co najmniej 3 razy w roku polisowym.

Świadczenie z tytułu rekonwalescencji, jak i pobytu na OIOM/OIT są elementami składowymi dotyczącymi zdarzenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w związku z powyższym ograniczenia odpowiedzialności Wykonawcy z tego tytułu nie mogą być szersze niż w przypadku ograniczeń odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu.

- l) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczeń określonych w tabeli oczekiwanych świadczeń związanych z pobytem ubezpieczonego w szpitalu co najmniej na terytorium krajów należących kiedykolwiek do UE;
- m) Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego w związku z wykonywaniem operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy

oraz pobytów w szpitalu w wyniku uprawiania sportu w celach zarobkowych (profesjonalne uprawianie sportu).

19) Wystąpienie poważnej choroby ubezpieczonego.

- a) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w wysokości określonej w tabeli oczekiwanych świadczeń w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego któregośkolwiek z wymienionych w katalogu stanów chorobowych, zabiegów lub operacji, bez ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym oraz bez ograniczania częstotliwości wypłat.
- b) Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wystąpienie kolejnego poważnego zachorowania w okresie trwania umowy ubezpieczenia, o ile nie istnieje związek przyczynowo - skutkowy z innym zachorowaniem, za które Wykonawca wypłacił już świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.
- c) Minimalny katalog poważnych zachorowań powinien obejmować co najmniej następujące schorzenia: zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass), przeszczepy narządów (transplantacje narządów), utrata wzroku, utrata słuchu, utrata mowy, oparzenia, zakażenie wirusem HIV podczas transfuzji krwi lub wykonywania czynności służbowych, opaniak, choroba Parkinsona, choroba Creutzfelda – Jacoba, sepsa, przewlekłe zapalenie wątroby, w tym również spowodowane WZW B i WZW C, gruźlica, borelioza, śpiączka, łagodny guz mózgu, wścieklizna, tężec.
- d) Katalog ograniczeń odpowiedzialności Wykonawcy nie może być szerszy niż w przypadku zgonu naturalnego osoby ubezpieczonej. Jeżeli jednak przyczyną zaistnienia poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, to Zamawiający dopuszcza stosowanie katalogu wyłączeń dotyczących następstw nieszczęśliwych wypadków opisanych w SIWZ.
- e) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy.
- f) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty kolejnego świadczenia od czasu, jaki minął od wypłaty świadczenia z tytułu innego poważnego zachorowania, które nie jest powiązane z danym zachorowaniem przyczynowo – skutkowo.
- g) Po wypłacie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania odpowiedzialność Wykonawcy wygasa wobec ubezpieczonego w zakresie tego zachorowania.

20) Poważne zachorowanie małżonka/partnera ubezpieczonego

- a) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w wysokości określonej w tabeli oczekiwanych świadczeń u małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego któregośkolwiek z wymienionych w katalogu stanów chorobowych, zabiegów lub operacji, bez ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym oraz bez ograniczania częstotliwości wypłat;
- b) Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za wystąpienie kolejnego poważnego zachorowania w okresie trwania umowy ubezpieczenia, o ile nie istnieje związek przyczynowo - skutkowy z innym zachorowaniem, za które Wykonawca wypłacił już świadczenie z tytułu poważnego zachorowania;
- c) Minimalny katalog poważnych zachorowań powinien obejmować co najmniej następujące schorzenia: zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass), przeszczepy narządów (transplantacje narządów), utrata wzroku, utrata słuchu, utrata mowy, oparzenia, zakażenie wirusem HIV podczas transfuzji krwi lub wykonywania czynności służbowych, opaniak, choroba Parkinsona, choroba Creutzfelda – Jacoba, sepsa, przewlekłe zapalenie wątroby, w tym również spowodowane WZW B i WZW C, gruźlica, borelioza, śpiączka, łagodny guz mózgu, wścieklizna, tężec;
- d) Katalog ograniczeń odpowiedzialności Wykonawcy nie może być szerszy niż w przypadku zgonu naturalnego osoby współubezpieczonej. Jeżeli jednak przyczyną zaistnienia poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, to Zamawiający dopuszcza stosowanie katalogu wyłączeń dotyczących następstw nieszczęśliwych wypadków opisanych w niniejszej SIWZ;

- e) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od stanu zdrowia małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego przed rozpoczęciem umowy;
- f) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty kolejnego świadczenia od czasu, jaki minął od wypłaty świadczenia z tytułu innego poważnego zachorowania, które nie jest powiązane z danym zachorowaniem przyczynowo – skutkowo;
- g) Po wypłacie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania odpowiedzialność wykonawcy wygasa wobec małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego w zakresie tego zachorowania.

21) Poważne zachorowanie dziecka ubezpieczonego.

- a) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w wysokości określonej w tabeli oczekiwanych świadczeń w przypadku wystąpienia u dziecka ubezpieczonego któregośkolwiek z wymienionych w katalogu stanów chorobowych, zabiegów lub operacji, bez ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty w roku polisowym oraz bez ograniczania częstotliwości wypłat;
- b) Zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność za wystąpienie kolejnego poważnego zachorowania w okresie trwania umowy ubezpieczenia, o ile nie istnieje związek przyczynowo - skutkowy z innym zachorowaniem, za które Wykonawca wypłacił już świadczenie z tytułu poważnego zachorowania dziecka;
- c) Minimalny katalog poważnych zachorowań dziecka powinien obejmować: ciężkie oparzenie, dystrofia mięśni, gorączka reumatyczna z przetrwałymi powikłaniami sercowymi, łagodny guz mózgu, cukrzyca, nabyta niedokrwistość plastyczna, nabyta niedokrwistość hemolityczna, nabyta przewlekła choroba serca, sepsa, nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis), niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, porażenie (paraliż), przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, śpiączka, tężec, utrata kończyny, utrata słuchu, utrata wzroku, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi, zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych;
- d) Katalog ograniczeń odpowiedzialności Wykonawcy nie może być szerszy niż w przypadku zgonu naturalnego osoby współubezpieczonej. Jeżeli jednak przyczyną zaistnienia poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, to Zamawiający dopuszcza stosowanie katalogu wyłączeń dotyczących następstw nieszczęśliwych wypadków opisanych w niniejszej SIWZ;
- e) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy;
- f) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty kolejnego świadczenia od czasu, jaki minął od wypłaty świadczenia z tytułu innego poważnego zachorowania, które nie jest powiązane z danym zachorowaniem przyczynowo – skutkowo;
- g) Po wypłacie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania odpowiedzialność wykonawcy wygasa w zakresie tego zachorowania.

22) Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego.

- a) Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty ubezpieczonemu świadczenia w wysokości nie niższej niż określona w tabeli minimalnych oczekiwanych świadczeń w przypadku zastosowania u ubezpieczonego określonych leczniczych procedur medycznych;
- b) Minimalny katalog metod leczenia powinien obejmować: chemioterapię lub radioterapię, ablację, terapię interferonową, wszczepienie rozrusznika serca, wszczepienie defibrylatora/kardiowertera;
- c) Świadczenie wypłacane jest niezależnie od świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego;
- d) Zamawiający dopuszcza ograniczenia odpowiedzialności Wykonawcy oraz zasady wypłaty świadczeń analogiczne jak w przypadku odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego;
- e) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy;
- f) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty kolejnego świadczenia od czasu, jaki minął od wypłaty świadczenia z tytułu innego leczenia specjalistycznego, które nie jest powiązane z danym leczeniem specjalistycznym przyczynowo – skutkowo;

- g) Po wypłacie świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego odpowiedzialność wykonawcy wygasa w zakresie tego rodzaju leczenia.

23) Operacje chirurgiczne ubezpieczonego

- a) **Operacja chirurgiczna** - zabieg chirurgiczny, wykonany w warunkach szpitalnych (placówka publiczna lub niepubliczna), w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, bez względu na metodę wykonania;
- b) Minimalne świadczenie z tytułu przeprowadzenia u ubezpieczonego operacji powinno być nie niższe niż 10% sumy ubezpieczenia określonej w tabeli minimalnych oczekiwanych świadczeń, a najwyższe świadczenie powinno stanowić 100% tej sumy;
- c) W zakresie zdarzenia podana wysokość świadczenia za przeprowadzenie konkretnego zabiegu operacyjnego u ubezpieczonego powinna być uzależniona od klasy (kategorii) operacji, do której został ten zabieg zakwalifikowany. Podział na kategorie (klasy) operacji powinien być dokonywany w oparciu o stopień trudności (skomplikowania) operacji. Zamawiający wymaga podziału zabiegów operacyjnych na minimum 3 kategorie (klasy);
- d) Katalog objętych ochroną ubezpieczeniową zabiegów operacyjnych powinien stanowić załącznik do oferty ubezpieczenia;
- e) Nie dopuszcza się możliwości ograniczenia liczby świadczeń możliwych do wypłaty dla danego ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia oraz ograniczania częstotliwości wypłat w roku polisowym;
- f) Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego przed przystąpieniem do umowy;
- g) Katalog ograniczeń odpowiedzialności Wykonawcy nie może być szerszy niż w przypadku zgonu naturalnego osoby ubezpieczonej, z zastrzeżeniem, że jeżeli przyczyną powodującą konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej był nieszczęśliwy wypadek, to Zamawiający dopuszcza stosowanie katalogu wyłączeń dotyczących następstw nieszczęśliwych wypadków opisanych w SIWZ;
- h) Wykonawca dodatkowo nie ponosi odpowiedzialności za operacje:
 - a. w której ubezpieczony był dawcą organów lub narządów,
 - b. kosmetycznej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji chirurgicznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Wykonawcy,
 - c. przeprowadzonej w celu antykoncepcyjnym, zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci,
 - d. implantowania zębów,
 - e. wykonanej w celach diagnostycznych,
 - f. związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową,
 - g. w wyniku uprawiania sportu w celach zarobkowych (profesjonalne uprawianie sportu).

6. Postanowienia dodatkowe

- 1) W klauzulach: wyłączeń z tytułu zgonu i wyłączeń w odniesieniu do następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pozostałych zapisach warunkujących ochronę ubezpieczeniową podano katalog maksymalnych wyłączeń oraz zapisów ograniczających odpowiedzialność ubezpieczyciela.
- 2) Jeżeli Wykonawca wprowadzi w ofercie dodatkowe ograniczenia aniżeli te, które wynikają z SIWZ lub obowiązujących postanowień OWU danego Wykonawcy (jeśli zapisy są korzystniejsze dla ubezpieczonych i współubezpieczonych niż zapisy SIWZ), to Zamawiający zastrzega, że takie wyłączenia/ograniczenia uzna za sprzeczne z SIWZ.
- 3) Zamawiający nie dopuszcza możliwości dokonywania zmian warunków ubezpieczenia w stosunku do OWU powszechnie aktualnie obowiązujących w dacie ogłoszenia postępowania, które to zmiany mogłyby mieć wpływ na zawężenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej wobec pracowników Zamawiającego.
- 4) W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami SIWZ a Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia (OWU), pierwszeństwo mają zapisy SIWZ.
- 5) Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SIWZ.

- 6) Jeżeli Wykonawca nie wskaże w OWU któregoś z ryzyk objętych zakresem ubezpieczenia, Zamawiający przyjmie, że warunki udzielania ochrony ubezpieczeniowej opisują wyłącznie zapisy uwzględnione w SIWZ.
- 7) W przypadku śmierci ubezpieczonego, niezgłoszone z przyczyn niezależnych od woli ubezpieczonego należne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, pobytu na OIOM, poważnego zachorowania oraz operacji chirurgicznych przysługują spadkobiercom i nie pomniejszają wypłaty świadczenia z tytułu śmierci.
- 8) W związku z doprowadzeniem do zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach przedmiotowego postępowania, Nord Partner Sp. z o.o. przysługuje od Wykonawcy kurtaż w wysokości 8% inkasa składki, zaś podmiotom wskazanym na podstawie odrębnej umowy przez Zamawiającego do bieżącej obsługi umowy ubezpieczenia przysługuje od Wykonawcy wynagrodzenie brutto w wysokości 7% inkasa składki.
- 9) Zamawiający wymaga, aby Wykonawca bez wezwania przedstawiał Zamawiającemu zestawienie wypłaconych świadczeń, z uwzględnieniem liczby świadczeń i łącznej wartości wypłaconych świadczeń w podziale na poszczególne zdarzenia, po upływie każdego półrocznego okresu umowy, nie później niż do 30 dnia następującego po upływie półrocza udzielanej ochrony.

7. Klauzule fakultatywne (dodatkowo punktowane)

Klauzula nr 1 - Klauzula skrócenia minimalnego okresu uprawniającego do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby (w tym z powodu zawału serca lub udaru mózgu) do 2 dni (jedna zmiana daty).

Pozostałe warunki pobytu w szpitalu zgodne z zapisami w obligatoryjnej części SIWZ.

Klauzula nr 2 - Klauzula wysokości świadczeń z tytułu pobytu w szpitalu

Wykonawca zagwarantuje wypłatę stawki bazowej z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, określonej w tabeli minimalnych świadczeń, przez cały okres pobytu ubezpieczonego w szpitalu, za który zgodnie z SIWZ przysługuje wypłata świadczenia.

Na potrzeby ustalenia prawa do świadczenia liczba dni określana będzie na podstawie dat dziennych przyjęcia i wypisu ubezpieczonego do/ze szpitala, bez względu na godzinę przyjęcia i wypisu ze szpitala.

Pozostałe warunki pobytu w szpitalu zgodne z zapisami w obligatoryjnej części SIWZ.

Klauzula nr 3 - Klauzula zniesienia weryfikacji medycznej.

Wykonawca zaakceptuje całkowity brak weryfikacji medycznej nieubezpieczonych aktualnie członków rodzin, jeśli przystąpienie do umowy nastąpi w okresie 3 miesięcy od nabycia uprawnień przez członka rodziny.

Klauzula nr 4 – Klauzula rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Wykonawcy w zakresie operacji chirurgicznych.

Wykonawca wypłaci świadczenie za każdą, zgodną z warunkami opisanymi w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia, wykonaną u ubezpieczonego operację chirurgiczną, bez względu na to, czy operacja znajduje się w katalogu oferowanym standardowo przez Wykonawcę. Ustalenie wysokości świadczenia w przypadku operacji spoza katalogu powinno odbywać się poprzez porównanie stopnia trudności tej operacji ze stopniem trudności operacji z poszczególnych kategoriach w katalogu Wykonawcy.

Klauzula nr 5 – Klauzula definicji nowotworu

Wykonawca zagwarantuje, że na potrzeby realizacji umowy ubezpieczenia przez **nowotwór złośliwy** (w pełnym zakresie ubezpieczenia) należy roznieć chorobę zdiagnozowaną zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (opisaną w klasyfikacji ICD-10) jako nowotwór złośliwy, potwierdzoną przez lekarza specjalistę (w szczególności onkologa) na podstawie badania histopatologicznego. Nie dopuszcza się uzależniania wypłaty świadczenia od wielkości guza.

Klauzula nr 6 - Klauzula rozszerzenia definicji nowotworu o carcinoma in situ.

Wykonawca zagwarantuje, że na potrzeby realizacji umowy ubezpieczenia w zakresie poważnego zachorowania ubezpieczonego/małżonka/partnera, dziecka ubezpieczonego rozszerzy definicję nowotworów o nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ.

Klauzula nr 7 - Klauzula wysokości świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej ubezpieczonego

Wykonawca zagwarantuje dodatkowe świadczenie/podwyższenie świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej ubezpieczonego w wysokości odpowiednio:

1. 1 000 PLN,
2. 2 000 PLN,
3. 3 000 PLN.

Klauzula nr 8 - Klauzula wysokości świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego

Wykonawca zagwarantuje dodatkowe świadczenie/podwyższenie świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego w wysokości odpowiednio:

1. 1 000 PLN,
2. 2 000 PLN,
3. 3 000 PLN.

Klauzula nr 9 - Klauzula dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

Wykonawca zapewni ubezpieczonemu prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia bez oceny ryzyka medycznego i finansowego, na podstawie OWU indywidualnie kontynuowanego, które wraz z ofertą Indywidualnej Kontynuacji stanowić będą załącznik do przedmiotowej oferty Wykonawcy, z zastrzeżeniem warunków klauzuli prawa do indywidualnej kontynuacji, wg następującej formuły: Wykonawca zapewni ubezpieczonemu prawo do dożywotniej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, zgodnie z niżej wskazanymi wariantami, której cena, w całym okresie ubezpieczenia kontynuowanego, będzie nie wyższa niż 50 PLN miesięcznie w wariantcie I i 43 PLN w wariantcie II.

Zakres ubezpieczenia	Wariant I	Wariant II
Zgon ubezpieczonego	20 000 PLN	20 000 PLN
Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	40 000 PLN	40 000 PLN
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW) - za 1% orzeczonego uszczerbku	200 PLN	200 PLN
Zgon rodzica lub teścia ubezpieczonego	1 500 PLN	-
Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	900 PLN	-
Zgon małżonka	10 000 PLN	10 000 PLN

Pozostałe warunki zgodnie z zapisami SIWZ.

Umowa ubezpieczenia realizowana będzie przy udziale i za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego Nord Partner Sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu, który jest brokerem ubezpieczeniowym obsługującym Zamawiającego.