

**Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Śląskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców
Pracy w Katowicach oraz członków ich rodzin**

Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia

- 1. Przedmiot ubezpieczenia:** Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Śląskiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Katowicach oraz członków ich rodzin
 - 1.1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym objęte jest życie pracowników Zamawiającego, ich współmałżonków/partnerów oraz pełnoletnich dzieci, którzy zadeklarują chęć przystąpienia do ubezpieczenia i płatności składki za ubezpieczenie. W przypadku współmałżonków/partnerów oraz ich pełnoletnich dzieci pracownik musi wyrazić pisemną zgodę na ich przystąpienie do ubezpieczenia.
 - 1.2. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dodatkowym objęte jest życie i zdrowie pracowników Zamawiającego, ich współmałżonków/partnerów oraz pełnoletnich dzieci zgodnie z dodatkowymi umowami grupowego ubezpieczenia, które zostaną zawarte wraz z umową ubezpieczenia w zakresie podstawowym;
 - 1.3. Każdy z ubezpieczonych dokonuje swobodnego wyboru wariantu ubezpieczenia zależnego od wysokości kwot wypłacanych z tytułu realizacji ryzyka ubezpieczeniowego (Zakres I lub Zakres II), w ramach którego chce być ubezpieczony i tylko w ramach wybranego dla siebie wariantu może ubezpieczyć swojego współmałżonka/partnera i pełnoletnie dzieci. Pracownik wyraża tym samym zgodę na potrącanie przez Zamawiającego odpowiedniej wysokości składki z comiesięcznego wynagrodzenia lub innego świadczenia pieniężnego wypłacanego przez pracodawcę za własne ubezpieczenie oraz współmałżonka/partnera lub pełnoletnie dzieci (jeśli wyrazili oni wolę przystąpienia poprzez złożenie deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia oraz zostali zgłoszeni do ubezpieczenia przez pracownika). W przypadku braku możliwości potrącenia przez Zamawiającego kwoty należnej składki za ubezpieczenie pracownika i/lub współmałżonka/partnera i/lub pełnoletnie dzieci z wynagrodzenia lub jakiegokolwiek innego świadczenia wypłacanego przez pracodawcę, na pracowniku ciąży obowiązek wpłaty należnej składki za osoby objęte ubezpieczeniem do kasy Zamawiającego w terminie umożliwiającym terminową realizację przelewu pełną, należną ubezpieczycielowi kwotą składki za ubezpieczenie;
 - 1.4. Zmiana wariantu ubezpieczenia (zakresu I i zakresu II) dla siebie oraz współubezpieczonych członków rodziny może nastąpić tylko w dacie rocznicy okresu ubezpieczenia;
 - 1.5. Każdy z ubezpieczonych ma prawo w dowolnym momencie zrezygnować z ubezpieczenia poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji. Koniec ochrony ubezpieczeniowej i tym samym odpowiedzialność ubezpieczyciela następuje z upływem ostatniego dnia miesiąca rezygnacji, z uwzględnieniem okresu za jaki przekazano ostatnią składkę oraz odpowiednich zapisów OWU odnośnie ustania ochrony ubezpieczeniowej.

2. Zakres i sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności:

2.1. Zakres zamówienia obejmuje:

- 2.1.1. Ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego (**zakres podstawowy**) oraz dodatkowo:
 - 2.1.1.1. ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2.1.1.2. ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 2.1.1.3. ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
 - 2.1.1.4. ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie zawału serca lub udaru mózgu;
 - 2.1.1.5. ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy.
- 2.1.2. Ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

- 2.1.3. Ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.
- 2.1.4. Ubezpieczenie na wypadek przeprowadzenia operacji chirurgicznych u Ubezpieczonego.
- 2.1.5. Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu Ubezpieczonego związanego bezpośrednio z nw. przyczyną:
- 2.1.5.1.1. chorobą;
 - 2.1.5.1.2. nieszczęśliwym wypadkiem (NW);
 - 2.1.5.1.3. nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy;
 - 2.1.5.1.4. nieszczęśliwym wypadkiem związanym z ruchem komunikacyjnym;
 - 2.1.5.1.5. nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy związanym z ruchem komunikacyjnym;
 - 2.1.5.1.6. zawałem serca/udarem mózgu;
- 2.1.6. Dodatkowe świadczenie przysługujące bezpośrednio po pobycie w szpitalu - płatność za każdy dzień rekonwalescencji na zwolnieniu lekarskim;
- 2.1.7. Dodatkowe świadczenie związane bezpośrednio z pobytem w szpitalu – pobyt na OIOM;
- 2.1.8. Dodatkowe świadczenie związane bezpośrednio z pobytem w szpitalu – refundacja kosztów zakupu niezbędnych lekarstw, materiałów pomocniczych lub pokrycie kosztów rehabilitacji
- 2.1.9. Ubezpieczenie na wypadek śmierci współmałżonka/partnera oraz dodatkowo
- 2.1.10. ubezpieczenie na wypadek śmierci współmałżonka/partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- 2.1.11. Ubezpieczenie na wypadek śmierci dziecka.
- 2.1.12. Ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka.
- 2.1.13. Ubezpieczenie na wypadek urodzenia martwego dziecka.
- 2.1.14. Ubezpieczenie na wypadek osierocenia dziecka.
- 2.1.15. Ubezpieczenie na wypadek śmierci rodziców;
- 2.1.16. Ubezpieczenie na wypadek śmierci teściów;
- 2.1.17. Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;
- 2.1.18. Ubezpieczenie na wypadek poważnego (ciężkiego) zachorowania ubezpieczonego.
- 2.1.19. Ubezpieczenie na wypadek przeprowadzenia specjalistycznego leczenia u Ubezpieczonego.
- 2.2. Definicje zdarzeń, za które wypłacane będą świadczenia:
- 2.2.1. **śmierć naturalna** – zgon ubezpieczonego; do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa Wykonawca zaliczy staż ubezpieczonego z poprzedniej umowy ubezpieczenia; Dopuszczalny katalog wyłączeń dotyczący zgonu ubezpieczonego w wyniku:
- ✓ działań wojennych, powstań, przewrotów wojskowych, stanu wojennego;
 - ✓ czynnego, dobrowolnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach oraz w aktach przemocy lub terroru;
 - ✓ samobójstwa popełnionego przez ubezpieczonego w okresie pierwszych 6 miesięcy od momentu objęcia odpowiedzialnością ubezpieczyciela;
 - ✓ popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego znamiona umyślnego przestępstwa, co zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.
- 2.2.2. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego i stanu jego zdrowia gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela.
- 2.2.3. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego:
- a) zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy albo też innego nazwanego stosunku cywilnoprawnego, dla których to umów istnieje obowiązek opłacania lub zwolnienie z opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;

- b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie swojego zakładu pracy, nawet bez polecenia przełożonego.
- c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę lub innego nazwanego stosunku cywilnoprawnego, dla których to umów istnieje obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w przedmiotowej definicji, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

2.2.4. wypadek komunikacyjny – nieszczęśliwy wypadek:

- a) wywołany ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu” i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj,
- b) wywołany ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym że:
 - pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
 - pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,
 - wypadkiem komunikacyjnym, w rozumieniu pkt. b, nie są wypadki dotyczące kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
- c) wywołany eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakakolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,
- d) wywołany ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy.”

2.2.5. śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – śmierć

ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeśli nastąpiła w ciągu 365 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

2.2.6. śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – śmierć

ubezpieczonego będąca następstwem wypadku komunikacyjnego, jeśli nastąpiła w ciągu 365 dni od daty wypadku komunikacyjnego, także wtedy gdy wypadek komunikacyjny jest jednocześnie wypadkiem przy pracy.

2.2.7. śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy – śmierć

ubezpieczonego będąca następstwem wypadku przy pracy, jeżeli nastąpiła w ciągu 365 dni od daty tego wypadku.

2.2.8. śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – która

nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty rozpoznanego zawału serca albo udaru mózgu.

2.2.9. trwały uszczerbek na zdrowiu - trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego

organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.

- 2.2.10. **małżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 2.2.11. **partner** (życiowy) – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym i nie pozostająca jednocześnie w związku małżeńskim; zgłoszona pisemnie do ubezpieczenia we wniosku, deklaracji lub innym, zaakceptowanym przez ubezpieczyciela dokumencie, z zastrzeżeniem że Ubezpieczony może zgłosić do ubezpieczenia partnera tylko jeden raz w trakcie trwania rocznego okresu umowy ubezpieczenia. Partnerem (życiowym) nie może być osoba spokrewniona z Ubezpieczonym oraz jednocześnie nie może pozostawać w związku małżeńskim z inną osobą; warunek braku pozostawiania w związku małżeńskim dotyczy także pracownika, który zgłasza do ubezpieczenia partnera;
- 2.2.12. **rodzice i teściowie ubezpieczonego** – rodzice małżonka ubezpieczonego i/lub ubezpieczonego partnera (jeśli ma zastosowanie na mocy dodatkowych zapisów klauzul fakultatywnych) + rodzice ubezpieczonego pracownika, małżonka i/lub partnera; ojczym i macocha, o ile nie żyje odpowiednio ojciec lub matka biologiczna ubezpieczonego pracownika, małżonka i/lub ubezpieczonego partnera (jeśli ma zastosowanie na mocy dodatkowych zapisów klauzul fakultatywnych).
- 2.2.13. **poważne (ciężkie) zachorowanie ubezpieczonego – w max możliwym do zaoferowania przez ubezpieczycieli zakresie; minimalny wymagany zakres chorób objętych ubezpieczeniem:**
- a) zawał serca, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, udar mózgu, choroba Creutzfelda–Jakoba, utrata wzroku, utrata słuchu, choroba aorty piersiowej, paraliż, utrata kończyn, choroba Alzheimera, schyłkowa niewydolność wątroby, operacja zastawek serca, stwardnienie rozsiane, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu - jeżeli nie są one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem;
 - a) chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – bypass i przeszczep narządów (nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest biorcą) - w wyniku przeprowadzenia operacji;
 - b) zakażenie wirusem HIV, sepsa, tężec – jako następstwo zakażenia;
 - c) oparzenia, utrata wzroku, utrata słuchu, utrata kończyn i/lub kończyn – jako następstwa nieszczęśliwego wypadku;
 - d) pozostałe, nie skategoryzowane i nie ujęte powyżej: wścieklizna, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, oponiak, choroba Parkinsona.
 - e) dla opisanych powyżej poważnych chorób może zostać wypłacone świadczenie tylko za jednego rodzaju chorobę, w zależności od tego jak zostanie zaklasyfikowane z medycznego punktu widzenia (np. przeszczep nerek i niewydolność nerek, która skutkować będzie przeszczepem). Nie oznacza to jednakże iż Ubezpieczony nie może otrzymać świadczenia za dwa rodzaje różnych rodzajowo chorób, objętych katalogiem powyżej, które wystąpią w okresie obowiązywania umowy; 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.;
 - f) 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;
 - g) 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;
 - h) **Po wypłacie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania odpowiedzialność Wykonawcy wygasa wobec ubezpieczonego w zakresie tego zachorowania.**

2.2.14. **poważne (ciężkie) zachorowanie współubezpieczonego małżonka** i/lub ubezpieczonego partnera (jeśli ma zastosowanie na mocy dodatkowych zapisów klauzul fakultatywnych); **minimalny wymagany zakres chorób objętych ubezpieczeniem:** zawał serca, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, udar mózgu, utrata wzroku, utrata słuchu, choroba aorty piersiowej, paraliż, utrata kończyny, choroba Alzheimera, schyłkowa niewydolność wątroby, operacja zastawek serca, stwardnienie rozsiane, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – bypass i przeszczep narządów (nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest biorcą);

- a) dla opisanych powyżej poważnych chorób może zostać wypłacone świadczenie tylko za jednego rodzaju chorobę, w zależności od tego jak zostanie zaklasyfikowane z medycznego punktu widzenia (np. przeszczep nerek i niewydolność nerek, która skutkować będzie przeszczepem). Nie oznacza to jednakże iż Ubezpieczony nie może otrzymać świadczenia za dwa rodzaje różnych rodzajowo chorób, objętych katalogiem powyżej, które wystąpią w okresie obowiązywania umowy; 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) 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;

Po wypłacie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania odpowiedzialność Wykonawcy wygasa wobec ubezpieczonego w zakresie tego zachorowania.

2.2.15. **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu **trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 dni w przypadku choroby i w przypadku następstw nieszczęśliwego wypadku** na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Unii Europejskiej, Islandii, Monako, Norwegii, Szwajcarii, Nowej Zelandii, USA i Watykanu w celu leczenia szpitalnego, tj. leczenia stanów nagłych, których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można było uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą; za pobyt w szpitalu nie uznaje się pobytu w:

- a) hospicjach, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjnoopiekuńczych,
- b) zakładach leczenia uzdrowiskowego, w szczególności w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjnouzdrowiskowych,
- c) ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych - z wyjątkiem pobytu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela pobytu ubezpieczonego w szpitalu; odpowiedzialność ubezpieczyciela będzie ponoszona wyłącznie za pierwszy pobyt w celu rehabilitacji,

- d) oddziałach dziennych,
- e) oraz takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

2.2.16. zawał serca, który powoduje:

- 1) 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:
 - a) objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - b) zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - c) nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, lub
- 2) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu **przez-skórnej interwencji wieńcowej (PCI)**, lub
- 3) 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:
 - a) nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
 - b) udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
 - c) udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego

2.2.17. udar mózgu - oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi. Konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.

2.2.18. nowotwór złośliwy - oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów). Pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarnicze. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym. Z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym,
- b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
- c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ,
- d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
- e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.

2.2.19. oparzenia - termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:

- a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń I stopnia oraz I i II stopnia łącznie lub
- b) ponad 40% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia lub
- c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.

Konieczne jest przedstawienie karty informacyjnej leczenia szpitalnego ze szczegółowym określeniem stopnia oparzenia i procentu oparzonej powierzchni ciała;

2.2.20. niewydolność nerek - oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki;

- 2.2.21. **schyłkowa niewydolność wątroby** - krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji u osoby z istniejącą od co najmniej 6 miesięcy chorobą wątroby, charakteryzujące się wystąpieniem objawów encefalopatii wątrobowej oraz żółtaczką i wodobrzuszą, stanowiące wskazanie do przeszczepu wątroby; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków, spożywania alkoholu lub środków odurzających;
- 2.2.22. **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – oznacza operację chirurgiczną mającą na celu korektę zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych;
- 2.2.23. **zakażenie wirusem HIV** - będące powikłaniem transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię, potwierdzone:
a) prawomocnym orzeczeniem sądu albo
b) inną wiarygodną dokumentacją, w tym na życzenie ubezpieczyciela;
- 2.2.24. **leczenie specjalistyczne** - przeprowadzenie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela specjalistycznego leczenia tj.:
1) chemioterapii albo radioterapii,
2) terapii interferonowej,
3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora, 4) wszczepienia rozrusznika serca, 5) ablacji.
- 2.2.25. **szpital** – działający, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej; ośrodka dla psychicznie chorych; hospicjum; ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych; ośrodka sanatoryjnego; ośrodka wypoczynkowego; ośrodka uzdrowiskowego; szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji, z wyjątkiem sytuacji opisanej w pkt 2.2.15 c).
- 2.2.26. **operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny, wykonany w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu; za operacje uznaje się także zabiegi wykonane metodą endoskopową, laparoskopową oraz zabiegi przezskórne, przeznaczeniowe z użyciem endoskopu. Zamawiający nie dopuszcza ograniczenia w wypłacie świadczeń ze względu na metodę wykonania operacji.
- 2.2.27. **OIOM/OIT** – Oddział Intensywnej Terapii wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.
- 2.2.28. **rekonwalescencja** – trwający, bezpośrednio i bez przerwy - po pobycie w szpitalu minimum 14 dniowym (w związku z chorobą lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku) - pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym w związku z przyczyną pobytu w szpitalu; zwolnienie lekarskie może być wydane przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne ubezpieczonego.
- 2.2.29. **trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – oznacza trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby powstałych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela; trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy; ubezpieczyciel decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie orzeczenia lekarskiego wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji oraz opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie

lekarza orzecznika, czy też ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych. Tym samym ubezpieczyciel pokrywa koszty orzekania przez wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz koszty zleconych przez siebie badań medycznych.

- 2.2.30. **pracownik/ubezpieczony** – osoba fizyczna, pozostająca w stosunku prawnym z ubezpieczającym, w szczególności w stosunku zatrudnienia, bądź też każdym innym zaakceptowanym przez Wykonawcę, w tym zwłaszcza współmałżonkowie/partnerzy oraz pełnoletnie dzieci pracowników Zamawiającego - która przystąpiła do ubezpieczenia na mocy złożonej deklaracji i zadeklarowała chęć opłacania składek.
- 2.2.31. **dziecko** - dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka) w wieku do ukończenia 18 roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do ukończenia 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy; przedmiotowa definicja będzie miała zastosowanie do tych wszystkich ryzyk opisanych w niniejszym programie oraz każdego innego, dla którego SIWZ i/lub OWU Wykonawcy odnoszą się w tej kategorii;
- 2.2.32. **urodzenie martwego dziecka** - jest to urodzenie się dziecka martwego Ubezpieczonemu; fakt zgonu winien zostać potwierdzony wydaniem urzędowego dokumentu, zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami w tym zakresie; dla opisywanego przypadku bez znaczenia pozostaje długość okresu trwania ciąży w przypadku kiedy urodzenie martwego dziecka nastąpi przed planowanym terminem porodu; **urodzenie dziecka** - urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy potwierdzone wydaniem urzędowego dokumentu; za urodzenie dziecka uważa się również całkowite, nierozwiązywalne przysposobienie przez Ubezpieczonego dziecka urodzonego przed okresem odpowiedzialności Wykonawcy o ile przysposobienie to zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu wydanym w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
- 2.2.33. **członek rodziny** – za członka rodziny uznaje się:
- 1) małżonka – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 2) Partnera życiowego - osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku nieformalnym, przy czym każde z nich nie może jednocześnie pozostawać w związku małżeńskim;
 - 3) Pełnoletnie dziecko – własne lub przysposobione.

W odniesieniu do pozostałych pojęć, terminów i definicji obowiązywać będą zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczyciela/Wykonawcy w całości i/lub części. Każda zmiana może zostać dokonana wyłącznie za aprobatą Zamawiającego, chyba że zakres stosowanej przez ubezpieczyciela definicji będzie tożsamy lub też szerszy od zakresu określonego w Opisie Przedmiotu Zamówienia.

2.3. Wysokość świadczeń za poszczególne ryzyka ubezpieczeniowe odzwierciedla poniższa tabela:

Ubezpieczone ryzyka	(kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	
	Zakres I	Zakres II
Śmierć ubezpieczonego	60 000 zł	70 000 zł
Śmierć ubezpieczonego – nieszczęśliwy wypadek	120 000 zł	140 000 zł
Śmierć ubezpieczonego – wypadek przy pracy	160 000 zł	180 000 zł

Śmierć ubezpieczonego – wypadek komunikacyjny	160 000 zł	180 000 zł
Śmierć ubezpieczonego - wypadek komunikacyjny przy pracy	200 000 zł	240 000 zł
Śmierć ubezpieczonego – zawał serca/udar mózgu	80 000 zł	90 000 zł
Osierocenie dziecka	5 000 zł	5 500 zł
Uszczerbek na zdrowiu - NW (świadczenie za 1% orzeczonego uszczerbku)	400 zł	600 zł
Uszczerbek na zdrowiu – NW (100%)	40 000 zł	60 000 zł
Uszczerbek na zdrowiu – zawał serca/udar mózgu (świadczenie za 1% orzeczonego uszczerbku)	400 zł	600 zł
Uszczerbek na zdrowiu – zawał serca/udar mózgu (100%)	40 000 zł	60 000 zł
Śmierć współmałżonka/partnera	12 000 zł	15 000 zł
Śmierć współmałżonka/partnera - NW	24 000 zł	30 000 zł
Śmierć dziecka	3 000 zł	4 000 zł
Śmierć rodziców ubezpieczonego i/lub opcjonalnie partnera	1 800 zł	2 300 zł
Śmierć teściów ubezpieczonego i/lub opcjonalnie partnera	1 800 zł	2 300 zł
Urodzenie martwego dziecka	3 000 zł	3 500 zł
Urodzenie dziecka	1 750 zł	2 250 zł
Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	20 000 zł	25 000 zł
Poważne (ciężkie) zachorowanie	5 000 zł	7 000 zł

2.4. **Wysokość świadczeń za ryzyka dotyczące leczenia szpitalnego ubezpieczonego odzwierciedlają poniższe tabele:**

Pobyt w szpitalu do 14 dni Zdarzenie spowodowane:	Wysokość świadczeń (kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	
	Zakres I	Zakres II

Nieszczęśliwym wypadkiem	130 zł/dzień	160 zł/dzień
Wypadkiem przy pracy	160 zł/dzień	220 zł/dzień
Wypadkiem komunikacyjnym	160 zł/dzień	220 zł/dzień
Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy	160 zł/dzień	220 zł/dzień
Zawałem serca/udarem mózgu	100 zł/dzień	150 zł/dzień
Chorobą	60 zł/dzień	70 zł/dzień

2.5. Wysokość świadczeń za ryzyka związane bezpośrednio z pobytem w szpitalu odzwierciedla poniższa tabela

Pobyt w szpitalu powyżej 14 dni Zdarzenie spowodowane:	Wysokość świadczeń (kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	
	Zakres I	Zakres II
Nieszczęśliwym wypadkiem (niezależnie od rodzaju)	60 zł/dzień	70 zł/dzień
Zawałem serca/udarem mózgu	60 zł/dzień	70 zł/dzień
Chorobą	60 zł/dzień	70 zł/dzień

2.6. Wysokość świadczeń za ryzyka związane bezpośrednio z pobytem w szpitalu odzwierciedla poniższa tabela

Dodatkowe świadczenia związane bezpośrednio z pobytem w szpitalu	Wysokość świadczeń (kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	
	Zakres I	Zakres II
Świadczenie za dzień rekonwalescencji 1)	30 zł/dzień	40 zł/dzień
Świadczenie za pobyt na OIOM 2)	500 zł	600 zł

- 1) Ubezpieczony otrzymywać będzie świadczenie z tytułu rekonwalescencji za okres do 30 dni po jednokrotnym pobycie w szpitalu; max limit zdarzeń w każdym roku ubezpieczenia wynosi dwie płatności (max 60 dni łącznie odpowiedzialności wykonawcy);
- 2) Ubezpieczony otrzymywać będzie świadczenie za pobyt na OIOM/OIT trwający nieprzerwanie, co najmniej 48 godzin w trakcie pobytu w szpitalu. Kwota podana za pobyt na OIOM, jest kwotą świadczenia jednorazowego, tj. kwotą należną z tytułu jednego pobytu na OIOM, należną jeden raz w każdym roku ubezpieczenia.

- 3) Zamawiający nie dopuszcza ograniczenia w wypłacie świadczenia za pobyt na OIOM poprzez potrącanie z kwoty należnego świadczenia należnej kwoty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu;

2.7. Wysokość świadczeń za ryzyka dotyczące operacji chirurgiczne, którym poddał się Ubezpieczony odzwierciedla poniższa tabela:

Operacje chirurgiczne	Wysokość świadczeń (kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	
	Zakres I	Zakres II
Operacje III stopnia	500 zł	1 000 zł
Operacje II stopnia	1 000 zł	2 000 zł
Operacje I stopnia	1 500 zł	3 000 zł

* Do I stopnia należą operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym). Do III stopnia należą operacje najprostsze.

* Zamawiający wymaga aby Wykonawca wykazał w OWU lub innych dokumentach dołączonych do oferty minimum 400 operacji chirurgicznych (procedur medycznych) podzielonych na minimum III kategorie (klasy).

2.8. Dodatkowe świadczenie przysługujące bezpośrednio po pobycie w szpitalu – refundacja kosztów zakupu niezbędnych lekarstw lub materiałów pomocniczych lub kosztów rehabilitacji

Refundacja kosztów zakupu lekarstw i materiałów pomocniczych	Wysokość świadczeń (kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	
	Zakres I	Zakres II
Refundacja kosztów zakupu leków lub materiałów pomocniczych lub pokrycie kosztów rehabilitacji, pozostające w związku z pobytem w szpitalu	300 zł	350 zł

Świadczenie winno być przyznawane w formie karty rabatowej zastępującej w obrocie kartę płatniczą lub w formie dodatkowego świadczenia w złotych polskich lub innej, zaoferowanej przez Wykonawcę formie, **nie więcej niż 3 razy w roku polisowym**. Funkcją przedmiotowego świadczenia jest uzyskanie przez ubezpieczonych dodatkowych środków finansowych na pokrycie kosztów zakupu leków lub materiałów pomocniczych lub kosztów rehabilitacji (środki opatrunkowe, gips, ortezy, itp.), pozostających w bezpośrednim związku z pobytem w szpitalu, za który towarzystwo ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność. Świadczenie może być przyznane w dowolnej, możliwej do realizacji przez Wykonawcę formie – tj. w formie bezpośrednio pieniężnej, w formie karty, która będzie realizowana w sieci wskazanych punktów, itp. inne, dozwolone prawem dla Wykonawcy formy realizacji przedmiotowego ryzyka.

2.9. Wysokość świadczeń za leczenie specjalistyczne, któremu poddał się Ubezpieczony odzwierciedla poniższa tabela

Rodzaj leczenia specjalistycznego, jakiemu poddał się ubezpieczony	Wysokość świadczeń (kwoty do wypłaty z tytułu realizacji ryzyka)	
	Zakres I	Zakres II
Chemioterapia/radioterapia	2 000 zł	3 000 zł
Terapia interferonowa		
Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora		
Wszczepienie rozrusznika serca		
Ablacja		

Wysokości świadczeń podane w tabeli w pkt 2.3 są wartościami skumulowanymi, tzn. kwotami ostatecznymi do wypłaty z tytułu realizacji danego ryzyka, z wyjątkiem ryzyk: Uszczerbek na zdrowiu - NW i Uszczerbek na zdrowiu – zawał serca/udar, gdzie podane kwoty odnoszą się do wysokości świadczenia za każdy orzeczony 1% trwałego uszczerbku. W przypadku tabel w pkt 2.4, 2.5. i 2.6 podane wartości są wartościami ostatecznymi (skumulowanymi) odnoszącymi się do świadczenia płatnego za dzień (pobyt w szpitalu) z uwzględnieniem min i max limitów odpowiedzialności lub występowania danego ryzyka lub też odnoszącymi się do świadczenia jednorazowego (pobyt na OIOM) z uwzględnieniem min i max limitów odpowiedzialności. W przypadku tabeli w pkt 2.7. i 2.8 i 2.9 podane wartości są wartościami ostatecznymi (skumulowanymi) do wypłaty z tytułu realizacji danego ryzyka (operacje, refundacja kosztów zakupu lekarstw i materiałów pomocniczych i przebyte leczenie specjalistyczne).

3. Suma ubezpieczenia/świadczenie ubezpieczeniowe:

Suma ubezpieczenia lub wysokość świadczenia dla każdego ryzyka działa niezależnie, co oznacza, iż suma ubezpieczenia lub wysokość świadczenia nie będzie podlegała zmniejszeniu o kwotę już wypłaconych świadczeń z tytułu pozostałych ryzyk – brak konsumpcji sumy ubezpieczenia/świadczenia. Nie stosuje się limitu łącznej kwoty wypłat z tytułu jednego ryzyka.

4. Okres karencji:

4.1. Karencje w ryzykach w żadnym wypadku nie dotyczą osób obecnie ubezpieczonych w ramach aktualnego programu ubezpieczeniowego (niezależnie od ilości rodzaju ryzyk obowiązujących w aktualnej umowie oraz odpowiadających im wysokości świadczeń), które przystąpią do nowego programu od pierwszego, drugiego i trzeciego miesiąca, w którym było to możliwe z uwagi na datę wprowadzenia ubezpieczenia.

4.2. W przypadku osób dotychczas nie ubezpieczonych w aktualnym programie zapisy odnośnych OWU związane z karencjami nie dotyczą przystępujących do ubezpieczenia od pierwszego, drugiego i trzeciego miesiąca, w którym było to możliwe z uwagi na datę wprowadzenia ubezpieczenia lub datę nabycia praw do przystąpienia do ubezpieczenia.

Za datę nabycia praw do przystąpienia do ubezpieczenia uważać się będzie:

- 1 Datę zatrudnienia przez ubezpieczającego
- 2 Datę powrotu z urlopu wychowawczego

- 3 Datę powrotu z urlopu bezpłatnego
 - 4 Datę powrotu po odbyciu służby wojskowej
 - 5 Datę wstąpienia w związek małżeński (dotyczy ubezpieczenia współmałżonków pracowników ubezpieczającego)
 - 6 Datę ukończenia 18-go roku życia (dotyczy ubezpieczenia dzieci pracowników ubezpieczającego).
 - 7 Inne, nie wymienione powyżej, a które określone są OWU Ubezpieczyciela.
- 4.3. **W pozostałych przypadkach, nie uregulowanych powyżej przypadkach okresy karencyjne wynosić będą max:**
- 1 Urodzenie dziecka – 9 miesięcy;
 - 2 Śmierć ubezpieczonych, współubezpieczonych / urodzenie martwego dziecka – 6 miesięcy;
 - 3 Poważne zachorowanie – 3 miesiące,
 - 4 Operacje chirurgiczne - 6 miesięcy,
 - 5 Leczenie szpitalne – 30 dni.
 - 6 Leczenie specjalistyczne – 90 dni.
- 4.4. **W przypadku kiedy odnośne OWU regulują kwestie długości okresów karencji na korzyść w porównaniu z ww. zapisami pierwszeństwo będą miały zapisy OWU w tej części i/lub całości która stanowi na korzyść ubezpieczonego;**
- 4.5. **Okresy karencji nie dotyczą jakichkolwiek zdarzeń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku.**

5. Składka i stawka:

- 5.1. Należy podać wysokość miesięcznej składki – od jednego Ubezpieczonego dla każdego z zakresów. Składka potrącona w danym miesiącu z pensji lub innych świadczeń wypłacanych przez pracodawcę jest iloczynem wszystkich pracowników, którzy przystąpili do ubezpieczenia, w tym także wraz ze współmałżonkami/partnerami i ich pełnoletnimi dziećmi oraz wysokości składki właściwej każdemu ubezpieczonemu, przekazywana jest przez Zamawiającego jednym przelewem na konto Wykonawcy.
- 5.2. Termin przekazywania składek na konto Wykonawcy – najpóźniej do 30-go każdego miesiąca lub ostatniego dnia miesiąca (jeśli krótszy niż 30 dni) za bieżący miesiąc ochrony; przedmiotowy zapis nie stoi w sprzeczności z zapisami SIWZ odnośnie płatności za pierwszy miesiąc ochrony.

6. Klauzule obligatoryjne i zapisy rozszerzające i/lub wyłączające brak odpowiedzialności zgodnie z odnośnymi OWU Wykonawców

- 6.1. Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia pracowników przebywających na zwolnieniach lekarskich, świadczeniach rehabilitacyjnych, urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych, o ile pracownicy ci byli ubezpieczeni w ramach dotychczas funkcjonującej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i przystąpią do nowego programu z zachowaniem ciągłości;
- 6.2. W ubezpieczeniu nie będzie miała zastosowania żadna forma underwritingu medycznego, co oznacza, że Wykonawca nie ma prawa na etapie zgłaszania osoby do ubezpieczenia zadawać pytań odnośnie jej stanu zdrowia, a ochrona ubezpieczeniowa żadnej ze zgłoszonych do ubezpieczenia osób nie będzie zależeć od udzielenia lub podania informacji na temat stanu jej zdrowia - od pierwszego, drugiego i trzeciego miesiąca, w którym było możliwe zgłoszenie ubezpieczonego z uwagi na datę wprowadzenia ubezpieczenia lub datę nabycia praw; przedmiotowe obostrzenie nie dotyczy osób przystępujących po 3-ech miesiącach od daty nabycia uprawnień oraz przystępujących współmałżonków i/lub partnerów, nie objętych (przed datą zawarcia nowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, o którym mowa w niniejszej SIWZ) inną umową grupowego ubezpieczenia na życie – tu dopuszcza się możliwość weryfikacji stanu zdrowia na podstawie uproszczonej ankiety medycznej lub innej formy oceny stosowanej przez ubezpieczyciela;
- 6.3. Ze strony Zamawiającego zostanie wyznaczona osoba (osoby), która będzie odpowiedzialna za terminowe przekazywanie raportów i/lub innych informacji związanych z bieżącym

- funkcjonowaniem umowy ubezpieczenia (w tym obsługę narzędzia lub elektronicznej) i/lub w zakresie innych, wskazanych czynności (zgodnie z umocowaniem Zamawiającego)
- 6.4. Jeżeli co najmniej 50% pracowników zdecyduje się na przystąpienie do ubezpieczenia w okresie pierwszych trzech miesięcy od daty wprowadzenia umowy (początku okresu ubezpieczenia) warunki określone w niniejszej SIWZ oraz zaproponowane przez Wykonawcę w ofercie będą obowiązujące. Umowa przewiduje możliwość rozwiązania przez strony umowy z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia, jeżeli w okresie pierwszych trzech miesięcy od daty wprowadzenia umowy (początku okresu ubezpieczenia) do ubezpieczenia grupowego przystąpi mniej niż 50% osób aktualnie ubezpieczonych wg załączonej listy do niniejszej SIWZ;
- 6.5. Zamawiający wymaga dopuszczenia podziału przez Wykonawcę grupy ubezpieczonych na dwa zakresy ubezpieczenia (dwie grupy) zgodnie z preferencjami ubezpieczonych, pod warunkiem przystąpienia do jednej z nich (grup, zakresu) co najmniej 10% grupy ubezpieczonych (licząc od łącznej liczby grupy ubezpieczonych bez względu na fakt, czy są to ubezpieczeni pracownicy, czy też pracownicy i ich współmałżonkowie oraz pełnoletnie dzieci) i z uwzględnieniem minimalnego (ogólnego) progu partycypacji 50%. Wykonawca nie będzie zgłaszał żadnych roszczeń do Zamawiającego w przypadku wyboru przez ubezpieczonych tylko jednego zakresu ubezpieczenia (jedna umowa ubezpieczenia).
- 6.6. Świadczenia szpitalne wypłacane będą za okres do 90 dni pobytu w szpitalu w roku ubezpieczeniowym (z uwzględnieniem całego okresu hospitalizacji). Niniejsze świadczenie wypłacane będzie w przypadku hospitalizacji **trwającej nieprzerwanie dłużej niż 3 dni w przypadku choroby i w przypadku następstw nieszczęśliwego wypadku, przy czym 1-szy dzień pobytu w szpitalu będzie liczony niezależnie od długości jego trwania i momentu przyjęcia ubezpieczonego, łączny zaś pobyt ubezpieczonego w szpitalu musi wynosić minimum dwie pełne doby - odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od 50 godziny pobytu;**
- 6.7. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca ponosił odpowiedzialność za pobyt w szpitalu związany z ciążą, co najmniej w przypadku zdiagnozowania ciąży wysokiego ryzyka lub też pobytu w szpitalu bezpośrednio związanego z zagrożeniem zdrowia lub życia matki lub dziecka (płod); w umowie ubezpieczenia nie będzie mieć mogło zatem zastosowania wyłączenie odpowiedzialności za zdarzenia opisane w zdaniu poprzedzającym; w przypadku postanowień odnośnych owu Wykonawcy regulujących przedmiotową kwestię na korzyść ubezpieczonego, zastosowanie znajdą także te zapisy, które stanowić będą ponad wymagane niniejszym punktem minimum zakresu ochrony;
- 6.8. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca ponosił odpowiedzialność za zdarzenia występujące po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, nawet jeśli ich przyczyny wynikają ze stanów chorobowych lub nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia na bazie niniejszej SIWZ; dotyczy to w szczególności ryzyk związanych z ochroną medyczną; **Jednocześnie zastrzega się, iż odpowiedzialność za zdarzenia z okresu poprzedzającego zawarcie umowy dotyczy tylko osób ubezpieczonych w ramach dotychczas funkcjonującej umowy grupowego ubezpieczenia na życie oraz pod warunkiem, że ww. przyczyna powstała w okresie odpowiedzialności poprzedzającej umowy i/lub była objęta odpowiedzialnością w ramach poprzedzającej umowy, z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej;** w przypadku postanowień odnośnych owu Wykonawcy regulujących przedmiotową kwestię na korzyść ubezpieczonego, zastosowanie w umowie znajdą także te zapisy w tej części lub całości, które stanowić będą na korzyść Ubezpieczonych od wymaganych niniejszym punktem; pod pojęciem „ryzyk związanych z ochroną medyczną” rozumie się wszystkie te ryzyka i/lub zdarzenia, które w zakresie określonym wg załącznika nr 1 do SIWZ Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia skutkować będą zgłaszaniem roszczeń przez Ubezpieczonych związanych z:
- ✓ pobytem w szpitalu, w tym także dodatkowe świadczenia przysługujące w związku z pobytem w szpitalu,
 - ✓ poważnym zachorowaniem (ciężką chorobą),
 - ✓ zawałem serca, udarem mózgu

- ✓ przebyciem, przeprowadzeniem operacji u ubezpieczonego;
- ✓ poddaniu się specjalistycznemu leczeniu.

Zapis przedmiotowego punktu nie stoi w sprzeczności z opcją fakultatywną (klauzula preexistingu dla dotychczas nie ubezpieczonych i/lub współubezpieczonych zgodnie z ofertą Wykonawcy w tym zakresie).

- 6.9. Wykonawca zapewni możliwość kontynuacji ubezpieczenia osób objętych ubezpieczeniem po wyjściu z grupy (ustaniu stosunku prawnego łączącego go ubezpieczonego z Ubezpieczającym) na czas nieokreślony na z góry określonych warunkach; minimalny okres pozostawania w grupie, dający prawo indywidualnej kontynuacji to 6 miesięcy, przy czym do tego okresu wlicza się także okres objęcia ochroną w ramach poprzedzającej umowy, pod warunkiem ciągłości w ubezpieczeniu (przerwa między jedną a drugą umową ubezpieczenia nie może być dłuższa niż 1 miesiąc kalendarzowy); Zamawiający wymaga dołączenia do oferty warunków indywidualnej kontynuacji ubezpieczonych po wyjściu z grupy. Minimalny zakres ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego winien obejmować następujące ryzyka ubezpieczeniowe: śmierć ubezpieczonego, śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałe uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (liczony jako % trwałego uszczerbku na zdrowiu do % sumy ubezpieczenia), śmierć małżonka, śmierć partnera (tylko jeśli oferta lub OWU Wykonawcy przewidują taką możliwość), śmierć rodziców ubezpieczonego lub teściów ubezpieczonego, urodzenie się dziecka ubezpieczonemu, pozostałe ryzyka zgodnie z ofertą Wykonawcy;
- 6.10. Do ubezpieczenia na warunkach niniejszej SIWZ przystąpić mogą współmałżonkowie/partnerzy pracowników oraz ich pełnoletnie dzieci bez wymogu minimalnego limitu osób przystępujących (przy jednoczesnym zachowaniu warunku minimalnej partycypacji całej grupy).
- 6.11. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami zawartej na podstawie niniejszej SIWZ generalnej umowy ubezpieczenia, a Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, wiążące są zapisy generalnej umowy ubezpieczenia.
- 6.12. Wykonawca uznaje, iż niniejsza SIWZ wraz z załącznikami spełnia wszystkie zadania i zawiera komplet informacji dla potrzeb oceny ryzyka i z tego względu nie będzie uzależniać zawarcia umowy ubezpieczenia od otrzymania jakichkolwiek innych, dodatkowych informacji. Wszelkie zapisy OWU regulujące tę kwestię nie mają zastosowania.
- 6.13. Do ubezpieczenia mogą zostać wszyscy zgłoszeni pracownicy, którzy byli ubezpieczeni w ramach obecnie funkcjonującego programu ubezpieczeń na życie; w innym przypadku max wiek osoby przystępującej to 69 (ukończonych) lat; w przypadku współmałżonków/partnerów obowiązuje ten sam warunek braku limitu wiekowego dla dotychczas ubezpieczonych w aktualnym programie oraz limit wiekowy dla nowo przystępujących na warunkach grupy - 68 (ukończonych) lat; Wiek osoby ubezpieczonej nie może być liczony jako ostatni dzień roku, na który przypada data urodzenia, a jedynie jako faktyczny wiek (ukończone lata) na dzień przystąpienia do ubezpieczenia w powiązaniu z datą urodzin, z zastrzeżeniem Zamawiający nie dopuszcza ograniczenia w owu Wykonawcy, które przewidują brak ochrony z tytułu poszczególnych ryzyk po osiągnięciu przez ubezpieczonego określonego wieku (np. 60, 65 lat) – np. śmierć w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, trwałe uszczerbek na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, pobyt w szpitalu w wyniku choroby, poważnego zachorowania, operacji chirurgicznej oraz innych, określonych niniejszą SIWZ, ryzyk; tym samym obowiązujące pozostają zapisy dotyczące wieku przystępowania Ubezpieczonych i obejmowania ich ochroną w ramach wszystkich ryzyk;
- 6.14. **Zamawiający nie dopuszcza ograniczeń w wypłacie świadczeń i/lub braku odpowiedzialności zgodnie z poniższym:**
- 6.14.1. za trwałe uszczerbek w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, który wystąpił nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 6.14.2. za zgony w następstwie nieszczęśliwego wypadku, nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, nieszczęśliwego wypadku przy pracy oraz nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy, które wystąpiły nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową;

- 6.14.3. pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej, o ile wcześniej zostało wypłacone świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu osoby ubezpieczonej;
- 6.14.4. pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej o ile wcześniej zostało wypłacone świadczenie z tytułu operacji, zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od doręczenia wniosku o wypłatę świadczenia i między operacją a zgonem jest związek przyczynowo-skutkowy;
- 6.14.5. pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu przebytej operacji w każdym rocznym okresie ubezpieczenia, jeśli wcześniej zostało wypłacone świadczenie osobie ubezpieczonej w danej grupie klasyfikacji o kwotę wcześniej wypłaconą; nie dotyczy sytuacji, kiedy następna operacja jest bezpośrednio związana z poprzednio przeprowadzoną/nymi i istnieje związek przyczynowo-skutkowy między każdą z nich; przedmiotowy warunek i/lub obostrzenie liczone jest w każdym rocznym okresie ubezpieczenia osobno;
- 6.14.6. ograniczenia w wypłacie świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącego, że świadczenie zostanie wypłacone gdy wartość procentowa trwałego uszczerbku na zdrowiu osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku wyniesie określoną wartość np. ponad 20%; świadczenie z tytułu doznania trwałego uszczerbku jest wypłacane w wysokości podanej w każdym z zakresów za każdy 1% orzeczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 6.14.7. ograniczenia w wypłacie świadczeń za zgon w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, jeżeli udar mózgu lub zawał serca miał miejsce w okresie ubezpieczenia a śmierć osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia udaru mózgu lub zawału serca;
- 6.14.8. ograniczenia odpowiedzialności za śmierć samobójczą ubezpieczonego, która wystąpiła nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową, przy czym do min okresu wliczony zostaje okres pozostawania w ochronie u poprzedniego ubezpieczyciela pod warunkiem braku ciągłości w ochronie ubezpieczeniowej;
- 6.15. Zamawiający wymaga zapewnienia Zamawiającemu - po zawarciu umowy - możliwość obsługi umowy grupowego ubezpieczenia na życie drogą elektroniczną; rozumie się przez to udostępnienie wyznaczonej ze strony Zamawiającego osobie/osobom dostępu drogą elektroniczną dla celów prawidłowego nadzoru nad programem ubezpieczenia grupowego, w tym zgłaszanie bieżącego stanu ubezpieczonych, zgłaszanie nowo przystępujących osób, uzgadnianie sald należności i zobowiązań pomiędzy Zamawiającym i Wykonawcą; itp.; nie dopuszcza się wymogu składania przez Zamawiającego rozliczeń miesięcznych w formie papierowej, poprzez wysyłkę pocztą tradycyjną;
- 6.16. Wykonawca winien zapewnić Zamawiającemu - po zawarciu umowy - obsługę grupowego ubezpieczenia, tj. konkretnie:
- 6.16.1. komisje lekarskie i/lub badania lekarskie i/lub inne podobne formy stosowane przez Wykonawcę związane z oceną stanu medycznego muszą być realizowane w mieście (miejscu) siedziby Zamawiającego;
- 6.16.2. punkt likwidacji szkód (przyjmowania dokumentacji związanej ze zgłaszanym roszczeniem)/punkt obsługi klienta/punkt przyjęcia druków musi być zapewniony w mieście (miejscu) siedziby Zamawiającego; Warunek posiadania punktu obsługi, placówki, itp. uważa się za spełniony tylko jeśli Zamawiający posiada placówkę (miejsce), która znajduje się na terenie działania Zamawiającego, tj. mianowicie w mieście siedziby Zamawiającego, gdzie ubezpieczony będzie mógł w placówce zgłosić świadczenie (złożyć wniosek w sprawie wypłaty świadczenia);
- 6.17. Zamawiający dopuszcza realizację świadczeń poprzez bezkomisyjne (zaoczne) orzeczenia na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami u danego Wykonawcy; realizacja świadczeń poprzez orzeczenia bezkomisyjne (zaoczne) nastąpi na podstawie kompletnej dokumentacji medycznej;
- 6.18. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca dla celów rozpatrzenia roszczenia nie wymagał – pod rygorem wstrzymania lub też utraty praw do świadczenia - oryginałów dokumentacji od

ubezpieczonych dotyczących prostych roszczeń, typu: urodzenie dziecka, zgony współubezpieczonych (za wyjątkiem np. współmałżonka i/lub partnera o ile ma to zastosowanie); dopuszczalne jest natomiast wymaganie poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów; poświadczenie za zgodność może zostać dokonane przez osobę uprawnioną do reprezentacji (składania oświadczeń woli) ze strony Zamawiającego lub też osoby przez niego uprawnionej (umocowanej) w tym celu;

6.19. Wykonawca zobowiązany jest do sfinansowania wynagrodzenia należnego Brokerowi za doprowadzenie do zawarcia umowy. Czynności związane z doprowadzeniem do zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie określonym w art. 4 pkt. 2 Ustawy z dnia 11.07.2015 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, wykonywane za wskazanego w SIWZ Brokera Ubezpieczeniowego, są bez wynagrodzenia ze strony Zamawiającego.

6.20. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być rozstrzygane jedynie przez sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy albo sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej.

7. Klauzule fakultatywne

Nazwa klauzuli	Opis	Liczba pkt
7.1. Klauzula szybkiej likwidacji świadczeń	Brak konieczności wysyłania do Ubezpieczyciela w formie papierowej wymaganej dokumentacji	4
7.2. Klauzula pełnego zniesienia preexistingu dla nowo przystępujących pracowników (nieobecnych w poprzednim programie uczestników)	Wykonawca będzie ponosił odpowiedzialność za zdarzenia występujące po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, nawet jeśli ich przyczyny wynikają ze stanów chorobowych lub nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia na bazie niniejszej SIWZ. Dotyczy to w szczególności ryzyk związanych z: ✓ pobytem w szpitalu, w tym także dodatkowe świadczenia przysługujące w związku z pobytem w szpitalu, ✓ poważnym zachorowaniem (ciężką chorobą), ✓ zawałem serca, udarem mózgu	6
	✓ przebyciem, przeprowadzeniem operacji u ubezpieczonego; ✓ poddaniu się specjalistycznemu leczeniu	
7.3. Klauzula pełnego zniesienia preexistingu dla nowo przystępujących współmałżonków/partnerów (nieobecnych w poprzednim programie uczestników)	Wykonawca będzie ponosił odpowiedzialność za zdarzenia występujące po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, nawet jeśli ich przyczyny wynikają ze stanów chorobowych lub nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia na bazie niniejszej SIWZ. Dotyczy to w szczególności ryzyk związanych z: ✓ pobytem w szpitalu, w tym także dodatkowe świadczenia przysługujące w związku z pobytem w szpitalu, ✓ poważnym zachorowaniem (ciężką chorobą), ✓ zawałem serca, udarem mózgu ✓ przebyciem, przeprowadzeniem operacji	4

	ubezpieczonego; ✓poddaniu się specjalistycznemu leczeniu	
7.4.Klauzula rekonwalescencji przy obniżonym progu dni pobytu w szpitalu	trwający, bezpośrednio i bez przerwy - po pobycie w szpitalu minimum 7-dniowym (w związku z chorobą lub w następstwie nieszczęśliwego wypadku) - pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym w związku z przyczyną pobytu w szpitalu; zwolnienie lekarskie może być wydane przez oddział szpitalny lub jakąkolwiek inną jednostkę prowadzącą działalność leczniczą zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawa w tym zakresie	4
7.5.Klauzula pobytu w szpitalu w związku z ciążą	Zamawiający wymaga, aby Wykonawca ponosił odpowiedzialność za pobyt w szpitalu związany z ciążą bez warunku diagnozy ciąży wysokiego ryzyka lub też pobytu w szpitalu bezpośrednio związanego z zagrożeniem zdrowia lub życia matki lub dziecka (płodu) przy zachowanej min ilości pobytu w szpitalu w ilości 3 dni (sposób liczenia dni zgodnie z definicją pobytu w szpitalu); max liczba ilości dni za które zapłaci towarzystwo ubezpieczeń wynosi 7 dni w trakcie jednego pobytu ; max liczba pobytów w jednym rocznym okresie ubezpieczenia wynosi 3 pobyty	4
7.6.Klauzula zniesienia limitu wieku w definicji dziecka	dziecko - dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka) bez określania górnego limitu wieku ; przedmiotowa definicja będzie miała zastosowanie do tych wszystkich ryzyk opisanych w niniejszym programie oraz każdego innego, dla którego SIWZ i/lub OWU Wykonawcy odnoszą się w tej kategorii	4
7.7.Klauzula definicji rodziców „teściów” partnera	rodzice ubezpieczonego partnera „teściowie” – rodzice ubezpieczonego i/lub współubezpieczonego partnera; ojczym i macocha, o ile nie żyje odpowiednio ojciec lub matka biologiczna ubezpieczonego i/lub współubezpieczonego	3



	partnera;	
7.8.Klauzula rozszerzająca katalog poważnych zachorowań w stosunku do ubezpieczonego pracownika o neuroboreliozę	Neuroborelioza: Odkleszczowa choroba zakaźna wywołana przez krętki z rodzaju <i>Borrelia</i> przebiegająca z objawami neuroboreliozy w postaci: limfocytarnego zapalenia opon mózgoworrdzeniowych, zapalenia nerwów czaszkowych, zapalenia korzeni i nerwów obwodowych, przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego lub zespołem zaburzeń poznawczych i otępienia. Rozpoznanie	4
	musi być potwierdzone dodatnimi wynikami badań serologicznych w surowicy krwi, a w przypadku zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego dodatnimi wynikami badań serologicznych w płynie mózgoworrdzeniowym	
7.9.Klauzula wprowadzająca ryzyko poważnych zachorowań w stosunku do małżonka ubezpieczonego pracownika	Wysokość świadczenia wynosi 2.000,- zł i dotyczy małżonka pracownika (małżonek zgodnie z definicją w pkt 2.2.10, definicja i katalog poważnych zachorowań zgodnie z pkt 2.2.14)	4
7.10.Klauzula progresji w ryzyku trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku połączonego z pobytem w szpitalu	W przypadku zaistnienia odpowiedzialności ubezpieczyciela w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku (zgodnie z definicją pkt 2.2.2) w wyniku którego ubezpieczony będzie przebywał w szpitalu (zgodnie z definicją pkt 2.2.15) stawka ryczałtowa za każdy dzień pobytu w szpitalu zostaje zwiększona o 50% i wynosi odpowiednio: 195 zł za każdy dzień pobytu dla zakresu I-szego i 240,- zł dla zakresu II-giego; Max limit podwyższonego świadczenia za które odpowiedzialność ponosi ubezpieczyciel wynosi 7 dni jednorazowego pobytu; Max liczba zdarzeń w każdym rocznym okresie ubezpieczenia wynosi 2 pobyty	3

