

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

I. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Zamówienie obejmuje grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach oraz członków ich rodzin.

Zakres i warunki ochrony ubezpieczeniowej opisane w niniejszej SWZ i załącznikach są zakresem i warunkami obligatoryjnymi, minimalnymi i mają pierwszeństwo przed postanowieniami zawartymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia/ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia i są nadrzędne wobec postanowień OWU/OWDU. W przypadkach nieokreślonych w SWZ będą miały zastosowanie postanowienia OWU/OWDU.

1. **Ubezpieczający:**

Nazwa: Filharmonia Śląska im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach

Adres: ul. Sokolska 2, 41-084 Katowice

2. **Ubezpieczeni:**

Liczba pracowników Filharmonii Śląskiej – stan na dzień 31.08.2021r. – 206 osób		
Liczba ubezpieczonych na dzień 01.09.2021r.	Pracownicy	Członkowie rodziny
Razem	129	20

Struktura pracowników wg wieku i płci – została określona w **Załączniku nr 6 do SWZ**.

3. **Okres ubezpieczenia: od 01.11.2021 roku do 31.10.2024 roku (36 miesiące).**

4. **Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest odpłatne świadczenie przez Wykonawcę usługi grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach oraz członków ich rodzin.

5. **Zakres ubezpieczenia:**

Pracownicy Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach oraz członkowie ich rodzin (małżonkowie oraz pełnoletnie dzieci) będą mogli przystąpić do jednego z dwóch Wariantów grupowego ubezpieczenia na życie, zróżnicowanych zakresem ochrony i wysokością świadczeń.

Obligatoryjny zakres ochrony ubezpieczeniowej, określony rodzajem i wysokością świadczeń dla dwóch grup świadczeń, zwanych dalej WARIANT I oraz WARIANT II, zamieszczony jest w rozdziale VI niniejszego załącznika do SWZ.

6. **Uprawnieni do ubezpieczenia, wiek wstępu**

Wraz z zawarciem umowy lub w trakcie jej trwania do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Zamawiającego oraz członkowie ich rodzin, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia. Osoby, które przystąpią do ubezpieczenia przed ukończeniem 69 roku życia będą objęte pełnym zakresem ochrony ubezpieczeniowej przez cały okres trwania umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania.

7. **Ubezpieczenie małżonków oraz pełnoletnich dzieci**

Do umowy grupowego ubezpieczenia na życie może przystąpić również małżonek oraz pełnoletnie dziecko pracownika Zamawiającego, o ile do ubezpieczenia przystępuje sam pracownik. Członek rodziny pracownika ma prawo wyboru jednego z dwóch Wariantów ubezpieczenia (WARIANT I, WARIANT II), niezależnie od Wariantu wybranego przez pracownika.

8. **Poziom partycypacji**

Zamawiający, z uwagi na dobrowolny charakter ubezpieczenia, nie gwarantuje przystąpienia do ubezpieczenia określonej liczby pracowników. Zamawiający zakłada, że poziom partycypacji wyniesie 70%

grupy pracowników uprawnionych do przystąpienia do nowego programu grupowego ubezpieczenia na życie, zgodnie z wykazem znajdującym się w ZAŁĄCZNIKU NR 6 do SWZ. Wykonawca nie będzie uzależniał ważności oferty od poziomu partycypacji. Zmniejszenie się poziomu partycypacji, poniżej wymaganego poziomu po wejściu w życie umowy ubezpieczenia, nie będzie miało wpływu na trwanie i kształt umowy ubezpieczenia. Brak gwarancji przystąpienia do ubezpieczenia określonej liczby osób nie jest naruszeniem równości stron jak również nie może być uznane za ograniczenie konkurencyjności. Ubezpieczenie jest dobrowolne, a Zamawiający nie może zobowiązać pracowników, by do niego przystąpili.

9. **Składka ubezpieczeniowa**

MAKSYMALNA Miesięczna składka za jednego ubezpieczonego

WARIANT I – **58,00 zł**

WARIANT II – **64,00 zł**

10. **Częstotliwość płatności składki:** miesięczna.

11. **Weryfikacja medyczna**

Zamawiający nie dopuszcza żądania przez Wykonawcę, wypełniania ankiet i kwestionariuszy medycznych, ani żadnych innych form oceny stanu zdrowia pracowników, a także dotychczas ubezpieczonych (to jest ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie na dzień przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej) i dotychczas ubezpieczonych członków rodzin pracowników, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty początkowej, tj. od dnia 01.11.2021r. poprzez złożenie deklaracji przystąpienia, a także:

- a) przed upływem 3 miesięcy liczonych od nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny Ubezpieczonego z Ubezpieczającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej (dotyczy zarówno pracowników, jak i członków ich rodzin),
- b) przed upływem 3 miesięcy liczonych od nabycia uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia małżonków i pełnoletnich dzieci, tzn. w przypadku małżonka – 3 miesiące od daty ślubu, w przypadku dziecka – 3 miesiące od ukończenia 18 roku życia.

12. **Początek odpowiedzialności**

Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony podpisał deklarację przystąpienia.

13. **Koniec odpowiedzialności**

Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia którejkolwiek z poniższych okoliczności:

- zgonu Ubezpieczonego,
- braku zapłaty składki za dany miesiąc, z końcem okresu, za który Ubezpieczający przekazał składkę za grupę ubezpieczonych i zostali oni zarejestrowani jako występujący z ubezpieczenia w systemie elektronicznym;
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny łączący Ubezpieczonego pracownika z Ubezpieczającym*,
- upływu okresu, za jaki przekazano składkę, jeżeli Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia,
- upływu czasu trwania umowy,
- upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

*Z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego zostaje przedłużona o 1 miesiąc po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego pracownika z Ubezpieczającym pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc.

II. INFORMACJE O PRZEBIEGU UBEZPIECZENIA

Pracownicy Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach oraz członkowie ich rodzin są aktualnie ubezpieczeni na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie do dnia 31.10.2021 r.

Wartość wypłaconych świadczeń na dzień 31 lipca 2021 roku za ostatni 12 miesięczny okres ubezpieczenia wyniosła: 18.600,00 PLN.

III. OBLIGATORYJNY ZAKRES I WARUNKI UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia mają zastosowanie następujące warunki:

- 1.1. Wszelkie zapisy zawarte w OWU Wykonawcy, uzależniające ważność umowy od przystąpienia do ubezpieczenia określonego procentu ogółu pracowników lub uzyskania określonej liczebności ubezpieczonych w poszczególnych Warianciech nie mają zastosowania w umowie ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego.
- 1.2. Pracownik będzie obciążony składką za ubezpieczenie członka rodziny.
- 1.3. Ubezpieczony pracownik wraz z małżonkiem i pełnoletnim dzieckiem mają prawo do zmiany Wariancie ubezpieczenia w dowolnym momencie z zastosowaniem wymienionych w pkt 1.8. okresów karencji w stosunku do różnicy zakresów i wysokości świadczeń wynikających ze zmiany Wariancie.
- 1.4. Wykonawca zobowiązuje się do przyjęcia do ubezpieczenia pracowników oraz członków ich rodzin przebywających na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, świadczeniu rehabilitacyjnym, urlopie macierzyńskim, ojcowskim, rodzicielskim, wychowawczym, bezpłatnym, z orzeczoną niezdolnością do pracy, o ile pracownicy ci oraz członkowie ich rodzin byli ubezpieczeni dotychczas, to jest na dzień przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, w ramach umowy ubezpieczenia grupowego na życie.
- 1.5. Wykonawca umożliwi Ubezpieczającemu dostęp do elektronicznej formy dokumentów niezbędnych do obsługi ubezpieczenia, w tym m.in. deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, wniosku o wypłatę świadczenia, wniosku o przejście na indywidualną kontynuację ubezpieczenia oraz umożliwi prowadzenie ewidencji ubezpieczonych, rozliczanie miesięcznych składek, przekazywanie zgłoszeń drogą elektroniczną. Ubezpieczyciel zapewni przeszkolenie wyznaczonych pracowników Ubezpieczającego.
- 1.6. Ubezpieczyciel obejmie ubezpieczeniem na życie wszystkich pracowników Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach oraz osoby dotychczas ubezpieczone, bez okresu karencji w pełnym zakresie, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy liczonych od początku ochrony ubezpieczeniowej tj. od dnia 01.11.2021r. (dotyczy pracowników, małżonków oraz pełnoletnich dzieci) poprzez złożenie deklaracji przystąpienia, a także:
 - a) przed upływem 3 miesięcy liczonych od nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny Ubezpieczonego z Ubezpieczającym powstał po początku ochrony ubezpieczeniowej (dotyczy wyłącznie pracowników),
 - b) przed upływem 3 miesięcy liczonych od nabycia uprawnienia do przystąpienia do ubezpieczenia małżonków i pełnoletnich dzieci, tzn. w przypadku małżonka – 3 miesiące od daty ślubu, w przypadku dziecka – 3 miesiące od ukończenia 18 roku życia.
- 1.7. W przypadku pracowników, małżonków i pełnoletnich dzieci przystępujących do ubezpieczenia po okresie określonym w pkt. 1.6. dopuszcza się stosowanie następujących okresów karencji:
 - a) 9 miesięcy dla następujących świadczeń: urodzenie dziecka,
 - b) 6 miesięcy dla następujących świadczeń: śmierć Ubezpieczonego, śmierć rodziców lub teściów, śmierć małżonka, śmierć dziecka, osierocenie dziecka, urodzenie się martwego dziecka, operacje chirurgiczne z powodu choroby,
 - c) 3 miesiące dla następujących świadczeń: poważne zachorowanie oraz pozostałe niewymienione świadczenia,
 - d) 1 miesiąc dla następujących świadczeń: pobyt w szpitalu wskutek choroby.Karencje nie dotyczą zdarzeń powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 1.8. Wysokość miesięcznej składki za Ubezpieczonych będzie sumą składek miesięcznych we wszystkich Warianciech ubezpieczenia, obliczaną jako iloczyn aktualnej liczby Ubezpieczonych w danym Wariancie i oferowanej miesięcznej składki za każdego Ubezpieczonego w danym Wariancie.
- 1.9. Składka miesięczna, łączna za wszystkich ubezpieczonych płatna będzie przez Ubezpieczającego z góry do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa.

W przypadku gdy termin zapłaty składki przypada na dzień wolny od pracy tj. sobotę, niedzielę lub dzień ustawowo wolny od pracy, zapłata następować będzie pierwszego dnia roboczego następującego po takim dniu.
- 1.10. Składka miesięczna za jednego Ubezpieczonego przez cały okres realizacji niniejszej umowy będzie niezmienna.
- 1.11. Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonym możliwość złożenia dokumentacji szkodowej i zgłoszenia roszczenia w formie elektronicznej, faksem, przesyłką pocztową lub w placówce Ubezpieczyciela na

terenie miasta, w którym siedzibę ma Filharmonia Śląska im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach.

- 1.12. W przypadku roszczeń z tytułu śmierci rodziców lub teściów, śmierci dziecka oraz urodzenia się dziecka Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zakończenia procesu likwidacji roszczenia w ciągu 7 dni roboczych od daty wpływu kompletnej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
- 1.13. Wykonawca zapewni komisje lekarskie, które będą organizowane w miejscowości Katowice, w której znajduje się siedziba Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego lub na terenie miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Ubezpieczający dopuszcza również możliwość zaocznego orzekania na podstawie przedstawionej kompletnej dokumentacji medycznej. W przypadku braku akceptacji wysokości orzeczonego w ten sposób trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ponownej weryfikacji medycznej przed komisją lekarską. Za komisję lekarską w rozumieniu niniejszych zapisów, uznaje się również badanie lekarskie.
- 1.14. Ubezpieczyciel gwarantuje jednorazową wypłatę świadczenia za wystąpienie każdej z ciężkich chorób (poważnego zachorowania) objętych zakresem ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tej samej ciężkiej choroby, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego kolejnej ciężkiej choroby objętej zakresem ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, o ile choroba ta nie jest następstwem wystąpienia ciężkiej choroby, z tytułu której Ubezpieczyciel wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie w okresie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie może wymagać minimalnego okresu czasu, jaki musi upłynąć pomiędzy wystąpieniem dwóch różnych ciężkich chorób (poważnych zachorowań), aby została uznana odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- 1.15. Ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu minimum za 90 dni w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, gdy:
- a) pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem trwał dłużej niż 1 dzień,**
 - b) pobyt spowodowany chorobą lub zawałem serca lub udarem mózgu trwał dłużej niż 2 dni.**
- 1.16. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wypłacane będzie, co najmniej za pobyt w szpitalu znajdującym się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej. Ubezpieczyciel nie może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu leczenia w szpitalu (pobytu w szpitalu) powołując się na fakt, iż zajście zdarzenia będącego przyczyną leczenia szpitalnego miało miejsce przed początkiem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego, pod warunkiem, że wyżej wymieniona przyczyna powstała w okresie odpowiedzialności innego/innych ubezpieczyciela/li z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej. W stosunku do Ubezpieczonych, których pobyt w szpitalu miał miejsce w momencie wejścia w życie umowy grupowego ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego ubezpieczonego za okres pobytu w szpitalu przypadający począwszy od daty wejścia w życie umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem z zastrzeżeniem, że okres pobytu przypadający bezpośrednio przed okresem odpowiedzialności Wykonawcy zostanie zaliczony jako spełnienie wymogu minimalnego okresu pobytu w szpitalu. Ubezpieczający nie dopuszcza ograniczenia ilości wypłacanych świadczeń w trakcie trwania umowy z tytułu pobytu w szpitalu związanego z tym samym zdarzeniem. Ubezpieczyciel zobowiązany jest objąć zakresem ochrony pierwszy pobyt ubezpieczonego w szpitalu w związku z rehabilitacją konieczną do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą.
- 1.17. Ubezpieczający wymaga, by świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej wypłacane było co najmniej za operację przeprowadzoną w szpitalu znajdującym się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które pozostają ze sobą w związku, Wykonawca wypłaci tylko jedno świadczenie, najwyższe ze względu na klasyfikację zabiegu. Wypłata świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych będących następstwem jednej i tej samej choroby, albo jednego i tego samego nieszczęśliwego wypadku powoduje zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego w odniesieniu do danej choroby lub danego nieszczęśliwego wypadku. Łączna wypłata świadczeń w wysokości 200% sumy ubezpieczenia z klauzuli operacji chirurgicznych ubezpieczonego powoduje zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie niniejszej klauzuli.

- 1.18. Ubezpieczyciel nie może odmówić wypłaty świadczenia z powodu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego oraz wypadku komunikacyjnego przy pracy, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego lub wypadku komunikacyjnego przy pracy, jeżeli zgon nastąpił w okresie trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku udzielenia przedmiotowego zamówienia.
- 1.19. Wypłacone świadczenie przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może pomniejszać w żadnym przypadku należnego świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, który nastąpił w okresie trwania umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku udzielenia przedmiotowego zamówienia.
- 1.20. Zamawiający wymaga wypłaty świadczenia Ubezpieczonemu z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie orzeczenia odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu, w granicach od 1% do 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu zgodnie z tabelą norm oceny procentowej uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik do złożonej oferty. Nie jest dopuszczalne wprowadzanie minimalnych wysokości (progów) orzeczonego trwałego uszczerbku. Maksymalna wysokość świadczenia z tytułu orzeczonego trwałego uszczerbku w wyniku jednego wypadku ubezpieczeniowego wynosi 100%.
- 1.21. Ubezpieczający nie dopuszcza ograniczeń w OWU/OWDU, 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, trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, pobytu w szpitalu w wyniku choroby, poważnego zachorowania, operacji chirurgicznej, niezdolności do pracy, itd.
- 1.22. W przypadku, gdy zajście zdarzenia powoduje powstanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego z więcej niż jednego ryzyka ubezpieczonego objętego umową ubezpieczenia, świadczenie ze wszystkich ryzyk zostanie wypłacone w pełnej wysokości bez zastosowania potrąceń przewidzianych ogólnymi warunkami ubezpieczenia/ogólnymi warunkami dodatkowego ubezpieczenia Wykonawcy.
- 1.23. Ryzyko istniejące, zniesienie pre existingu
Ubezpieczyciel uznaje swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze, przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że Pracownik lub członek rodziny (małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko) był ubezpieczony w ramach grupowego ubezpieczenia bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia
- 1.24. Ubezpieczający wymaga, aby ubezpieczenie obejmowało pełny, całodobowy zakres ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą, z zastrzeżeniem zapisu pkt. 1.16. i pkt. 1.17 niniejszego rozdziału.

IV. DEFINICJE

Ubezpieczyciel akceptuje co najmniej treść i zakres poniższych definicji. Dopuszcza się definicje o bardziej rozszerzonym zakresie.

1. **Ubezpieczający:** Filharmonia Śląska im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach, który zawiera z Wykonawcą umowę grupowego ubezpieczenia na życie na rzecz pracowników, ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci i przekazuje składki ubezpieczeniowe.
2. **Wykonawca/Ubezpieczyciel:** osoba prawna, która udziela ochrony ubezpieczeniowej na warunkach przedstawionych w zamówieniu, której oferta została wybrana jako najkorzystniejsza i która zawrze umowę z Zamawiającym.
3. **Ubezpieczony:** osoba, której życie i zdrowie są przedmiotem umowy ubezpieczenia – pracownik, małżonek, pełnoletnie dziecko pracownika.
4. **Pracownik Zamawiającego:** osoba fizyczna zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy cywilnoprawnej w szczególności umowy zlecenia, umowy o dzieło, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Ubezpieczającego.

5. **Uposażony:** osoba fizyczna lub prawna uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
6. **Członek rodziny:** małżonek, pełnoletnie dziecko pracownika.
7. **Małżonek:** osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za małżonka Wykonawca winien uznać także konkubinę/konkubenta, a także partnera życiowego w przypadku związków osób tej samej płci.
8. **Partner Życiowy:** osoba tej samej płci, co Ubezpieczony, pozostająca w związku pozamałżeńskim, nieformalnym z Ubezpieczonym, zgłoszona do ubezpieczenia w Deklaracji Przystąpienia do ubezpieczenia, nie spokrewniona z Ubezpieczonym, prowadząca z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostająca w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile Ubezpieczony w chwili składania stosownych oświadczeń o partnerze, a także w dniu zajścia zdarzenia nie pozostaje/wał w związku małżeńskim. Ubezpieczony może wskazać partnera wyłącznie raz w roku polisowym; wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania.
9. **Konkubina/Konkubent:** osoba płci przeciwnej w stosunku do Ubezpieczonego, pozostająca w związku pozamałżeńskim, nieformalnym z Ubezpieczonym, zgłoszona do ubezpieczenia w Deklaracji Przystąpienia do ubezpieczenia, nie spokrewniona z Ubezpieczonym, prowadząca z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostająca w związku małżeńskim z osobą trzecią, o ile Ubezpieczony w chwili składania stosownych oświadczeń o konkubinacie, a także w dniu zajścia zdarzenia nie pozostaje/wał w związku małżeńskim. Ubezpieczony może wskazać konkubinę/ konkubenta wyłącznie raz w roku polisowym; wskazanie konkubenta obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania.
10. **Dziecko ubezpieczonego:** dziecko własne lub przysposobione oraz pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), do zakończenia przez nie nauki lub studiów, maksymalnie jednak do ukończenia przez nie 25 roku życia lub bez względu na wiek jeżeli w stosunku do danego dziecka orzeczono całkowitą niezdolność do pracy, co zostanie potwierdzone stosownym orzeczeniem właściwego organu rentowego. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową pełnoletniego dziecka na warunkach jakie posiada pracownik zastosowanie będzie miała definicja „Pełnoletnie dziecko - dziecko własne lub przysposobione oraz pasierb Ubezpieczonego (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba) pod warunkiem, że ukończyło 18 rok życia”.
11. **Rodzic:** za rodziców Wykonawca winien uznać naturalnego/biologicznego ojca lub naturalną/ biologiczną matkę Ubezpieczonego, bądź osobę, która przysposobiła (w pełni lub częściowo) Ubezpieczonego, bądź ojczyrna lub macochę, jeżeli nie żyje naturalny/biologiczny ojciec lub matka.
12. **Teściowie ubezpieczonego:** rodzice małżonka Ubezpieczonego.
13. **Macocha:** aktualna żona ojca ubezpieczonego lub małżonka, nie będąca biologiczną matką ubezpieczonego lub małżonka oraz wdowa po ojcu ubezpieczonego lub małżonka o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.
14. **Ojczym:** aktualny mąż matki ubezpieczonego lub małżonka, nie będący biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka oraz wdowiec po matce ubezpieczonego lub małżonka nie będący biologicznym ojcem ubezpieczonego lub małżonka o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
15. **Płatnik składki:** płatnikiem składki jest Ubezpieczony, a do przekazania składki Wykonawcy/ Ubezpieczycielowi upoważniony jest Ubezpieczający/Zamawiający. Jako płatnika uznaje się osobę, która pozostaje z Zamawiającym w stosunku prawnym i jest objęta ochroną z tytułu grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie w ramach umowy zawartej przez Zamawiającego z Wykonawcą. Ubezpieczony pracownik jest płatnikiem składki za siebie oraz swojego małżonka i pełnoletnie dzieci, które przystąpią do ubezpieczenia.

16. **Deklaracja przystąpienia:** pisemne oświadczenie woli Ubezpieczonego o przystąpieniu do wybranego przez siebie zakresu ubezpieczenia, określonego jako Wariant I lub Wariant II. Deklaracja przystąpienia zawiera podstawowe dane o Ubezpieczonym ze wskazaniem uposażonych (gdy taka jest wola ubezpieczonego), bez wymogu wypełniania przez Ubezpieczonego szczegółowej deklaracji o stanie zdrowia i innych danych o charakterze medycznym oraz zgodę Ubezpieczonego będącego pracownikiem Zamawiającego na potrącanie z poborów/uposażenia należnej Wykonawcy składki. Początek odpowiedzialności Wykonawcy względem Ubezpieczonego następuje pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył deklarację przystąpienia.
17. **Deklaracja zmian:** pisemna informacja Ubezpieczonego o zmianie danych podanych Ubezpieczycielowi w deklaracji przystąpienia.
18. **Umowa ubezpieczenia:** umowa zawarta pomiędzy Zamawiającym/Ubezpieczającym a Wykonawcą/Ubezpieczycielem na rzecz Ubezpieczonych.
19. **Suma ubezpieczenia:** kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczenia ubezpieczeniowego.
20. **Świadczenie ubezpieczeniowe:** kwota pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
21. **Śmierć naturalna:** zgon Ubezpieczonego.
22. **Nieszczęśliwy wypadek:** nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od stanu zdrowia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
23. **Wypadek komunikacyjny:** wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu ubezpieczony uległ jako kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym, pociągiem, metrem, tramwajem albo jako pasażer któregoś z wymienionych pojazdów lub jako rowerzysta albo pieszy.
24. **Wypadek przy pracy:** będące nieszczęśliwym wypadkiem nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a-c, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
 - e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe i było bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną zgonu Ubezpieczonego.
25. **Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem** - naruszenie sprawności organizmu, polegające na fizycznej utracie organu, narządu lub trwałym uszkodzeniu ciała, upośledzeniu czynności organizmu lub narządu, lub ograniczeniu, upośledzeniu ich funkcji.
Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku wypłacane jest za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
26. **Zawał serca** - nagłe zmniejszenie dopływu krwi do części mięśnia sercowego, powodujące martwicę tej części mięśnia sercowego.
Zawał serca to taki zawał, który powoduje:

a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
- zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
- nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych

lub

b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI)

lub

c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych - w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) - do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:

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

27. **Udar mózgu** - 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.
28. **Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu:** występujące u osoby ubezpieczonej trwałe, nieodwracalne uszkodzenie organu, narządu lub układu polegające na trwałym uszkodzeniu ciała, upośledzeniu czynności organizmu lub narządu, lub ograniczeniu, upośledzeniu ich funkcji powstałe wskutek zawału serca lub udaru mózgu. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku wypłacane jest za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
29. **Urodzenie dziecka:** urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Kwota świadczenia określona w SWZ należna jest za każde dziecko urodzone w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się również przysposobienie dziecka.
30. **Urodzenie martwego dziecka:** urodzenie martwego dziecka w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.
31. **Urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGAR** – to urodzenie się dziecka po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, z punktacją wg skali APGAR odnotowaną w odpowiednim dokumencie wynoszącą 5 lub mniej punktów, o ile urodzenie to zostało potwierdzone przez urząd stanu cywilnego wystawieniem aktu urodzenia.
32. **Osierocenie dziecka:** osierocenie dziecka, własnego lub przysposobionego, na skutek śmierci ubezpieczonego podczas trwania umowy. Wypłata pełnej kwoty świadczenia przysługuje każdemu dziecku ubezpieczonego.
33. **Szpital:** zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielenia świadczeń zdrowotnych tym chorym, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej. Za szpital w rozumieniu SWZ nie uważa się hospicjów, placówek lecznictwa odwykowego, zakładów opiekuńczych,, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, (w szczególności sanatoriów), szpitali uzdrowiskowych, ośrodków rehabilitacyjnych, szpitali rehabilitacyjnych oraz oddziałów dziennych i oddziałów rehabilitacyjnych.
34. **Leczenie szpitalne:**
Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu jeśli:
- a) pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 1 dzień gdy pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - b) pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 2 dni, gdy pobyt spowodowany był chorobą, zawałem serca lub udarem mózgu.

35. **Ryczałt na leki:** możliwość bezgotówkowego odbioru produktów dostępnych we wskazanych przez Wykonawcę aptekach, przysługująca Ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu trwającym przez minimum 3 dni. W każdym okresie kolejnych 12 m-cy trwającym między rocznicami polisy Wykonawca przyznaje Ubezpieczonemu prawo do bezgotówkowego odbioru produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobyty w szpitalu objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego. Zgłoszenie roszczenia z tytułu ubezpieczenia leczenia szpitalnego jest jednocześnie zgłoszeniem roszczenia z tytułu ryczału na leki.

Zamawiający dopuszcza realizację świadczenia określonego jako „ryczałt na leki” w postaci świadczenia pieniężnego – przelewu bankowego, wypłacanego razem ze zgłoszonym świadczeniem z tytułu pobytu w szpitalu.

36. **Rekonwalescencja:** trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po co najmniej 14-dniowym pobycie w szpitalu, za który Wykonawca ponosi odpowiedzialność, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydany przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji wypłacane jest za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim, maksymalnie za 30 dni w odniesieniu do pojedynczego pobytu na zwolnieniu lekarskim.

37. **Leczenie specjalistyczne:** obejmuje zastosowanie w okresie odpowiedzialności Wykonawcy u Ubezpieczonego któregośkolwiek z zabiegów medycznych określonych poniżej:

- 1) chemioterapii - metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową,
- 2) radioterapii - leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego,
- 3) terapii interferonowej - podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz stwardnienia rozsianego,
- 4) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora – zabieg wszczepienia chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia, urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną,
- 5) wszczepienia rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) – zabieg wszczepienia do ciała chorego urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca,
- 6) ablacji - zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca,

Wykonawca wypłaca 100% sumy ubezpieczenia w dniu:

- podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
- podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku radioterapii,
- wszczepienia defibrylatora, rozrusznika serca lub wykonania ablacji.

Każde ze świadczeń z tytułu leczenia specjalistycznego wypłacane jest tylko raz, a następnie odpowiedzialność Wykonawcy w zakresie tego specjalistycznego leczenia wygasa w okresie trwania umowy ubezpieczenia.

38. **Operacje chirurgiczne**

Zabieg chirurgiczny, wykonany w podmiocie leczniczym, 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 wymienionych w wykazie operacji chirurgicznych proponowanych przez Wykonawcę/Ubezpieczyciela. Wykaz operacji chirurgicznych proponowanych powinien zawierać co najmniej **500** operacji i zabiegów.

Ubezpieczający nie dopuszcza wprowadzenia ograniczeń wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych ze względu na metodę jaką przeprowadzono operację lub związanych z minimalną długością koniecznego pobytu w szpitalu.

Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po wykonaniu operacji chirurgicznej, zgodnie z klasyfikacją operacji chirurgicznych zawartą w OWU/ OWDU, z tym, że:

- jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia / ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia Wykonawcy przewidują podział operacji chirurgicznych na 5. klas, gdzie do klasy I należą operacje najcięższe (najbardziej skomplikowane pod względem medycznym) o najwyższej wysokości świadczenia, a do klasy V najłżejsze (najprostsze) o najniższej wysokości świadczenia winna wynosić odpowiednio:
 - 100% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji I
 - min. 75% sumy ubezpieczenia dla klasy II
 - min. 50% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji III
 - min. 25% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji IV

- min. 10% sumy ubezpieczenia dla klasy operacji V
Minimalna suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych wynosi odpowiednio:
dla Wariant I – nie dotyczy, dla Wariant II – 10.000,00 zł.

39. **Katalog poważnych zachorowań (ciężkich zachorowań) Ubezpieczonego**

Minimalny katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego winien obejmować co najmniej następujące poważne zachorowania: chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych (by-pass), zawał serca, udar mózgu, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, przeszczep narządów, przeszczep zastawki serca, operacja aorty, łagodne guzy mózgu, oparzenia (ciężkie poparzenie), stwardnienie rozsiane, śpiączka, zakażenie wirusem HIV, paraliż, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, choroba Parkinsona, utrata kończyn, tężec, sepsa.

40. **Katalog poważnych zachorowań (ciężkich zachorowań) małżonka Ubezpieczonego**

Minimalny katalog poważnych zachorowań małżonka Ubezpieczonego winien obejmować min. 17 chorób: chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych (by-pass), zawał serca, udar mózgu, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, przeszczep narządów, przeszczep zastawki serca, operacja aorty, łagodne guzy mózgu, nowotwór złośliwy, oparzenia (ciężkie poparzenie), stwardnienie rozsiane, śpiączka, zakażenie wirusem HIV.

41. **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (ciężka choroba):** zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Wykonawcy

Ubezpieczający określa następujący **minimalny katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego:**

- 1) **Udar mózgu** – za udar mózgu uważa się 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,
- 2) **Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych (by-pass)** - oznacza przeprowadzenie u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych operacji w celu korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych,
- 3) **Operacja zastawek serca** - pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii,
- 4) **Nowotwór złośliwy** - choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Za nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę. Rozpoznanie nowotworu musi być potwierdzone bezspornym dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym.
- 5) **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,
- 6) **Sepsa** – oznacza uogólnioną reakcję zapalną, powstającą w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłaną niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę,
- 7) **Tężec** - ostra choroba zakaźna, leczona w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznania w dokumentacji medycznej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez łaseczki tężca (*Clostridium tetani*),
- 8) **Krwotok śródmózgowy** - wynaczynienie krwi do tkanki mózgowej,
- 9) **Zakażenie wirusem HIV** – to takie zakażenie wirusem HIV, które jest powikłaniem transfuzji krwi wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię, potwierdzone:
 - a) prawomocnym orzeczeniem sądu albo
 - b) inną wiarygodną dokumentacją - zgodnie z życzeniem Wykonawcy,
- 10) **Zawał mięśnia sercowego (zawał serca)** – to taki zawał, który powoduje:

- a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych
 lub
 - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI)
 - lub
 - c) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych - w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) - do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów:
 - nowych patologicznych załamek Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
 - udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
 - udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego,
- 11) **Oparzenia** – oparzenia, które wymagają hospitalizacji i obejmują:
- a) ponad 60% powierzchni ciała — dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
 - b) ponad 15% powierzchni ciała - dla oparzeń III stopnia,
- 12) **Przeszczep (transplantacja narządów) narządów** – oznacza przebycie jako biorca operacji przeszczepienia serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, lub allogenicznego przeszczepu szpiku kostnego,
- 13) **Utrata wzroku w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku** - oznacza obuoczną, nie poddającą się korekcji utratę ostrości wzroku poniżej 5/50 lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20. W celu potwierdzenia utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego oraz statycznego badania pola widzenia,
- 14) **Choroba Parkinsona** - oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmoczenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego.
- 15) **Operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, zabiegów przeprowadzanych w związku z przebyłym urazem oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
- 16) **Utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata mowy w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności w przypadku utraty mowy o podłożu psychogennej.
- 17) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu powstała w następstwie choroby lub urazu, o ile stan całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone obu usznym ubytkiem słuchu powyżej 90 dB. W celu potwierdzenia utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania audiometrycznego lub słuchowych potencjałów wywołanych.
- 18) **Łagodne guzy mózgu** – guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. Za łagodne guzy mózgu nie uważa się krwiaków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. Uznanie roszczenia z tego tytułu wyklucza możliwość roszczenia z powodu utraty wzroku lub śpiączki, jeżeli były spowodowane łagodnym guzem mózgu.
- 19) **Stwardnienie rozsiane** – oznacza przewlekłą chorobę charakteryzującą się występowaniem ubytkowych objawów neurologicznych powstałych w wyniku rozsianych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegającą z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym.

- 20) **Śpiączka** – spowodowany chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez Osobę ubezpieczoną leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.
- 21) **Zapalenie wątroby typu B lub C** (WZW typ B lub C) - utrzymywanie się zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B lub C przez ponad 6 miesięcy, powodujące trwałe i postępujące uszkodzenie komórek wątrobowych. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby musi nastąpić w okresie ubezpieczenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone:
- stwierdzeniem obecności specyficznych markerów wskazujących na obecność i replikację wirusa (HBsAg/HBeAg oraz HBV-DNA w przypadku WZW t. B; aHCV oraz HCV-RNA w przypadku WZW t. C),
 - wynikiem biopsji wątroby potwierdzającym istnienie przewlekłych zmian zapalnych.
- Termin nie obejmuje nosicielstwa antygeny HBs lub wirusa HCV, przewlekłego zapalenia wątroby spowodowanego przez inne wirusy hepatotropowe.

Jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia Wykonawcy przewidują szerszy katalog poważnych zachorowań, Zamawiający uzna definicje obowiązujące w ogólnych warunkach ubezpieczenia Wykonawcy, dotyczące tych poważnych zachorowań, które nie zostały zdefiniowane w niniejszym punkcie, pod pozycjami 1) -30).

42. **Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby** – całkowita trwała niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez osobę ubezpieczoną zdolności do pracy.

43. **Assistance medyczny / Medical Assistance**

Ubezpieczający określa minimalny pakiet świadczeń opiekuńczych, organizację i pokrycie kosztów:

- Wizyty lekarskie w miejscu pobytu po nieszczęśliwym wypadku – co najmniej 2 wizyty w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia,
- Wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu po nieszczęśliwym wypadku – co najmniej 2 wizyty w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia,
- Dostarczanie leków zapisanych przez lekarza do miejsca pobytu - co najmniej 1 usługa,
- Transport medyczny z osobą bliską z miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do placówki medycznej lub do miejsca zamieszkania - co najmniej 1 usługa,
- Opieka pielęgniarki po hospitalizacji - co najmniej 1 wizyta,
- Zdrowotne usługi informacyjne – dostęp do infolinii.

44. **Dodatkowe świadczenie z tytułu choroby nowotworowej**

Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku leczenia choroby nowotworowej osoby ubezpieczonej. Choroba nowotworowa (nowotwór złośliwy) to choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym. Leczenie choroby nowotworowej obejmuje zastosowanie po raz pierwszy w danym roku okresu ubezpieczenia którejkolwiek z metod leczenia: chemioterapii, radioterapii, operacji onkologicznej, pod warunkiem, że ich zastosowanie wystąpiło po upływie 3 miesięcy od dnia początku okresu ubezpieczenia.

V. DOPUSZCZALNE WYŁĄCZENIA

- Ubezpieczający dopuszcza następujące wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego, małżonka Ubezpieczonego w następstwie:
 - działań wojennych;
 - czynnego udziału w aktach terroryzmu;
 - czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach;
 - popęnienia (lub usiłowania popełnienia) umyślnego przestępstwa;

- e) samobójstwa ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność względem ubezpieczonych z tytułu śmierci samobójczej ubezpieczonego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia winna być interpretowana przez Wykonawcę z uwzględnieniem treści normy prawnej zawartej w art. 833 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku kodeks cywilny (Dz.U. z 1964 r. nr 16, poz. 93 z późn. zm.), tym samym Zamawiający żąda, aby śmierć samobójcza ubezpieczonego nie zwalniała ubezpieczyciela z obowiązku świadczenia, jeśli nastąpiła po upływie 2 lat od momentu, gdy ubezpieczony został objęty ochroną ubezpieczeniową, przy czym do okresu tego zalicza się okres ubezpieczenia w poprzedniej umowie grupowego ubezpieczenia na życie.
2. W odniesieniu do pozostałych świadczeń i zakresu ubezpieczenia, oprócz przypadków wskazanych w pkt. 1 a-e, Wykonawca nie ponosi dodatkowo odpowiedzialności jeżeli zdarzenie powstało w bezpośrednim następstwie:
- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem narkotyków lub innych substancji odurzających, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i zgodnie z jego zaleceniami, a także pozostawania Ubezpieczonego/małżonka Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości (zgodnie z art 115 §16 Kodeksu Karnego);
 - b) samookaleczenia /małżonka Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych bądź rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, skokach spadochronowych, na linie;
 - d) prowadzenia przez Ubezpieczonego/małżonka Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, a także po zażyciu substancji odurzających lub narkotyków,
- Odpowiedzialnością Wykonawcy, w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków nie są objęte choroby zawodowe i wszelkie inne choroby lub stany chorobowe, nawet takie, które występują nagle (np. choroby zakaźne, zaziębienia, zapalenia płuc, zakłócenia ciąży i porodu).
3. Niezależnie od sytuacji wskazanych w pkt. 1 i 2 powyżej, Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli pobyt ten był konieczny:
- a) w następstwie leczenia uzależnień,
 - b) w związku z wykonywaniem rutynowych badań lekarskich lub diagnostycznych nie związanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, przy czym przez badania diagnostyczne rozumieć należy diagnostykę choroby zawodowej zakończoną jej rozpoznaniem, diagnostykę choroby zawodowej, która ją wykluczyła oraz diagnostykę choroby zawodowej, która jest etapem i konieczne są kolejne badania aby ją potwierdzić lub wykluczyć,
 - c) w związku z operacjami plastycznymi, z wyjątkiem usuwania skutków nieszczęśliwych wypadków.
- Ponadto Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego leczeniem niepłodności, porodem, położeniem, z wyjątkiem przypadku gdy poród miał przebieg patologiczny lub nastąpiły komplikacje porodu stanowiące zagrożenie dla życia matki. Wykonawca nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu pobytu w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Wyłączenie odpowiedzialności z tytułu pobytu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego nie dotyczy świadczenia fakultatywnego „Rozszerzone leczenie szpitalne”.
4. Niezależnie od sytuacji wskazanych w pkt. 1, 2 i 3 powyżej, Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznej:
- a) kosmetycznej lub plastycznej, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem przypadków, gdy operacja była niezbędna do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub choroby nowotworowej, jeśli te zdarzenia miały miejsce w okresie odpowiedzialności Wykonawcy,
 - b) wykonanej w celu antykoncepcyjnym,
 - c) wykonanej w celach diagnostycznych,
 - d) jeżeli Ubezpieczony był dawca organów,
 - e) w celu antykoncepcyjnym,
 - f) w celu implantowania zębów; z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

VI. ZAKRES UBEZPIECZENIA I MINIMALNA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w Wariancie I

Lp.	Zakres ubezpieczenia	Wysokość wypłaty świadczenia w PLN*	
		Wariant I	Punktacja
1	Śmierć ubezpieczonego	100 000	7
2	Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	300 000	5
3	Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	150 000	5
4	Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	400 000	3
5	Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	400 000	3
6	Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	510 000	2
7	Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie nieszczęśliwego wypadku	1 000	5
8	Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie wypadku przy pracy	2 000	5
9	Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	1 000	5
10	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	15 000	5
11	Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku i wskutek choroby	20 000	5
12	Leczenie szpitalne:		
	za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą	100	2
	za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przez 92 dni	200	2
	za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu przez pierwsze 14 dni pobytu	200	2
	za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek wypadku przy pracy i wskutek wypadku komunikacyjnego przez pierwsze 14 dni pobytu	250	2
	za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy przez pierwsze 14 dni pobytu	350	2
13	Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM	1 000	2
14	Świadczenie za dzień rekonwalescencji	100	1
15	Śmierć małżonka	20 000	3
16	Śmierć małżonka wskutek NW	40 000	2
17	Śmierć małżonka wskutek NW komunikacyjnego	60 000	1
18	Śmierć rodzica lub teścia	2 500	2
19	Śmierć rodzica lub teścia wskutek NW	2 500	1
20	Śmierć dziecka do 25 roku życia	20 000	2
21	Śmierć dziecka do 25 roku życia wskutek NW	40 000	1
22	Urodzenie się dziecka	2 000	2
23	Urodzenie martwego dziecka	4 000	1
24	Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej	2 000	0,5
24'	Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną	2 000	0,5
25	Urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali Apgar – poniżej 6 punktów	2 000	1
26	Osierocenie dziecka	10 000	2
27	Poważne zachorowanie małżonka	10 000	2
28	Leczenie specjalistyczne	10 000	5
29	Leczenie szpitalne dziecka		
	- za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW przez pierwsze 14 dni pobytu	100	1
	- za każdy dzień pobytu w szpitalu w skutek NW po 14 dniu pobytu i za pobyt w szpitalu spowodowany chorobą	50	1
30	Choroba nowotworowa (nowotwór złośliwy)	10 000	5
31	Assistance medyczny	TAK	1
	ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE		
32	Poważne zachorowanie dziecka	3 000	2/0
33	Pobyt w szpitalu małżonka: choroba/NW	100/50	1/0
MAKSYMALNA Miesięczna składka za jednego ubezpieczonego		58,00 zł	

*Wartości podane przy poszczególnych ryzykach stanowią ostateczną (skumulowaną) wartość świadczenia

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w Wariancie II

Lp.	Zakres ubezpieczenia	Wysokość wypłaty świadczenia w PLN*	
		Wariant II	Punkcja
1	Śmierć ubezpieczonego	180 000	8
2	Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	300 000	6
3	Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	200 000	6
4	Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	450 000	5
5	Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	450 000	5
6	Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	610 000	4
7	Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie nieszczęśliwego wypadku	1 500	5
8	Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie wypadku przy pracy	2 000	5
9	Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	1 500	6
10	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	22 000	6
11	Operacje chirurgiczne:		
	Grupa I	10 000	5
	Grupa II	7 500	
	Grupa III	5 000	
	Grupa IV	2 500	
Grupa V	1 250		
12	Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku i wskutek choroby	50 000	7
13	Leczenie szpitalne:		
	za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą	140	2
	za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przez 92 dni	250	2
	za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu przez pierwsze 14 dni pobytu	240	2
	za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek wypadku przy pracy i wskutek wypadku komunikacyjnego przez pierwsze 14 dni pobytu	350	2
	za każdy dzień pobytu w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego przy pracy przez pierwsze 14 dni pobytu	550	2
14	Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu na OIOM	1 500	2
15	Świadczenie za dzień rekonwalescencji	150	1
16	Śmierć rodzica lub teścia	2 000	2
17	Śmierć rodzica lub teścia wskutek NW	2 000	1
18	Urodzenie się dziecka	2 000	2
19	Urodzenie martwego dziecka	4 000	1
20	Osierocenie dziecka	10 000	1
21	Leczenie specjalistyczne	10 000	4
22	Choroba nowotworowa (nowotwór złośliwy)	18 000	4
23	Assistance medyczny	TAK	1
	ŚWIADCZENIA FAKULTATYWNE		
24	Poważne zachorowanie dziecka	3 000	2/0
25	Pobyt w szpitalu dziecka: choroba/NW	100/50	1/0
MAKSYMALNA Miesięczna składka za jednego ubezpieczonego		64,00 zł	

*Wartości podane przy poszczególnych ryzykach stanowią ostateczną (skumulowaną) wartość świadczenia

VII. GWARANCJA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

- Umowa grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach oraz członków ich rodzin winna gwarantować Ubezpieczonym prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym/Ubezpieczającym według wyboru Ubezpieczonego:

Załącznik nr 1 do SWZ na usługę grupowego ubezpieczenia na życie pracowników Filharmonii Śląskiej im. Henryka Mikołaja Góreckiego w Katowicach oraz członków ich rodzin.

Sprawa nr: 1A/Z/AT/2021

- a) kontynuacja ubezpieczenia zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Indywidualnie Kontynuowanego obowiązującego u Wykonawcy, bądź
 - b) kontynuacja ubezpieczenia na warunkach określonych poniżej w pkt 2.
2. Minimalny zakres ubezpieczenia w ramach Indywidualnej Kontynuacji winien obejmować następujący zakres:
- a) śmierć ubezpieczonego,
 - b) śmierć ubezpieczonego w wyniku NW,
 - c) trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW,
 - d) śmierć współmałżonka,
 - e) śmierć rodziców ubezpieczonego,
 - f) śmierć teściów ubezpieczonego,
 - g) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu,
 - h) osierocenie dziecka.

Warunki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, w tym zakres ubezpieczenia i wysokość składki od 1.000 zł sumy ubezpieczenia, zostaną określone w momencie złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego i będą obowiązywały bez zmian dożywotnio. Składka za 1

3. Wykonawca zapewnia możliwość przystąpienia do ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego w przeciągu 3 pełnych miesięcy kalendarzowych od ustania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego pracownika opłacającego składkę z Zamawiającym.
4. Ubezpieczony uzyskuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w przypadku opłacenia składek za okres 6 miesięcy poprzedzających moment ustania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego pracownika opłacającego składkę z Zamawiającym.
5. Wykonawca uzna staż Ubezpieczonego w dotychczasowym programie grupowego ubezpieczenia na życie, niezbędny do nabycia uprawnień do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, o ile zachowana została ciągłość ochrony.
6. Kontynuacja oznacza zapewnienie ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do świadczeń, które Ubezpieczony wybrał w ramach polisy indywidualnej, a które posiadał już wcześniej, w ramach ubezpieczenia grupowego.
7. W odniesieniu do każdej osoby, która złoży wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia i opłaci składkę w ciągu 3 miesięcy od wystąpienia z ubezpieczenia grupowego, Ubezpieczyciel nie może stosować żadnego ograniczenia czasowego wypłaty poszczególnych świadczeń (brak okresu karencji).

VIII. INNE POSTANOWIENIA

1. Zamawiający wymaga spełnienia określonych w rozdziale VI niniejszego załącznika rodzajów i wysokości świadczeń. Podane wysokości świadczeń dla WARIANTU I i WARIANTU II są wartościami minimalnymi do wykonania przedmiotu zamówienia przez Wykonawcę.
2. Podane przez Zamawiającego wysokości składek ubezpieczeniowych dla jednego Ubezpieczonego w WARIANCIE I i WARIANCIE II są wysokościami maksymalnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.
3. Wybrany w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania Wykonawca na własny koszt zorganizuje realizację wszelkich procedur niezbędnych do zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
4. Wykonawca gwarantuje niezmienność warunków ochrony niezależnie od liczby Ubezpieczonych i nie wymaga określenia minimalnej liczby osób przystępujących do poszczególnych WARIANTÓW.
5. Odpowiedzialność Wykonawcy względem Ubezpieczonych z tytułu śmierci samobójczej winna być interpretowana przez Wykonawcę z uwzględnieniem treści normy zawartej w art. 833 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny. Tym samym Zamawiający wymaga, aby śmierć samobójcza Ubezpieczonego nie zwalniała Wykonawcy z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli nastąpiła po upływie dwóch lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, przy czym do dwuletniego okresu zaliczony zostanie również okres uczestnictwa Ubezpieczonego w poprzednich umowach grupowego ubezpieczenia na życie, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony, aż do dnia bezpośrednio poprzedzającego rozpoczęcie w stosunku do danego Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej w wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, z zastrzeżeniem, że okres ten nie może być skrócony bardziej niż do 6 miesięcy od początku odpowiedzialności Wykonawcy wobec tego Ubezpieczonego.
6. Przystąpienie pracownika do ubezpieczenia, w tym również członków ich rodzin odbywać się będzie wyłącznie na podstawie deklaracji przystąpienia.
7. Pracownik, który przystępuje do umowy ubezpieczenia składa deklarację przystąpienia do ubezpieczenia. Gdy do ubezpieczenia przystępują także małżonek, pełnoletnie dzieci pracownika składają również deklarację przystąpienia.

8. Ubezpieczony wyznacza w deklaracji przystąpienia osoby uposażone do wypłaty świadczeń. Ubezpieczony w każdym czasie trwania niniejszej umowy ma prawo do zmiany uposażonych.
9. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie złożyć rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, składając pisemne oświadczenie Ubezpieczającemu o rezygnacji, które będzie skutkowało końcem odpowiedzialności Ubezpieczyciela z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, za jaki przekazano składkę.
10. Likwidacja szkód i sprawozdawczość w tym zakresie należy do Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do przedstawienia Zamawiającemu do 15.04.2023r. raportu szkodowości za okres od początku ochrony ubezpieczeniowej do 31.03.2023r., co oznacza, że Wykonawca przedstawi dane o:
 - ilości i rodzaju wypłaconych świadczeń,
 - wysokości wypłaconych świadczeń.
11. Wykonawca zobowiązany jest do wystawienia i doręczenia Zamawiającemu Certyfikatów Ubezpieczenia dla każdego pracownika oraz członka rodziny pracownika, objętego umową grupowego ubezpieczenia na życie, potwierdzających objęcie ochroną ubezpieczeniową pracownika lub członka jego rodziny, nie później niż w terminie 30 dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
12. Dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia (polisy) Wykonawca zobowiązuje się wystawić i doręczyć Zamawiającemu w ciągu 60 dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
13. Relacja postanowień zawartych w opisie przedmiotu zamówienia do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Wykonawcy.

Niniejszy Opis przedmiotu Zamówienia reguluje wszystkie najistotniejsze merytorycznie kwestie związane z ubezpieczeniem, tj.:

 - osoby uprawnione do przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
 - warunki szczególne ubezpieczenia i rodzaje świadczeń obligatoryjnych,
 - minimalną wysokość świadczeń,
 - maksymalną wysokość składki,
 - definicje - wyjaśnienie pojęć mających zastosowanie w umowie,
 - rodzaje świadczeń fakultatywnych,
 - dopuszczalne wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności,
 - dopuszczalne okresy karencji,
 - warunki indywidualnej kontynuacji,
 - wykonywanie zobowiązań.
14. Wykonawca może dodatkowo udostępniać ubezpieczonym nieodpłatne programy lojalnościowe, standardowo oferowane uczestnikom grupowego ubezpieczenia na życie.