

Dotyczy Zapytania Ofertowego na „Grupowe ubezpieczenie na życie pracowników Wodociągów Zachodniopomorskich Sp. z o.o. w Goleniowie”

Zamawiający – Wodociągi Zachodniopomorskie Sp. z o. o. w Goleniowie ul. I Brygady Legionów 8 -10, 72-100 Goleniów - w imieniu której działa Pomerania Brokers spółka z o.o. – w związku z wnioskiem o wyjaśnienie treści Zapytania Ofertowego – udziela wyjaśnień oraz dokonuje modyfikacji zgodnie z poniższym:

Pytanie nr 1:

Jaka jest zakładana łączna prowizja na kontrakcie?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że postanowienia dotyczące wysokości powizji/kurtażu zostają określone zgodnie z zamieszczoną modyfikacją Zapytania Ofertowego.

Pytanie nr 2:

Czy Zamawiający wymaga przyjęcia do ubezpieczenia osób w wieku powyżej 69 roku życia (rozdział II ppt. 4 zapytania ofertowego)?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że zgodnie z postanowieniami Opisu przedmiotu zamówienia, pkt. 2, Rozdział II, ppkt. 4 „Prawo przystąpienia do ubezpieczenia posiadają osoby, które w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 69 roku życia. Wykonawca może wyrazić zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która ukończyła 69. rok życia.”

Pytanie nr 3:

Czy Zamawiający w pakiecie dodatkowym „onkologicznym” dopuszcza następujące kwoty z tytułu zdiagnozowania nowotworu złośliwego:

-dla osób, które ukończyły minimalny wiek wstępu zgodnie z umową i nie ukończyły 46 lat kwota świadczenia 25000 zł

-dla osób, które ukończyły 46 lat i nie ukończyły 56 lat kwota świadczenia 10 000 zł

-dla osób, które ukończyły 56 lat i nie ukończyły maksymalnego wieku wstępu zgodnie z umową kwota świadczenia 3000 zł

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że wyraża zgodę na stopniowanie wysokości świadczenia w zależności od wieku ubezpieczonego, pod warunkiem, że kwota świadczenia z tytułu zdiagnozowania nowotworu złośliwego przynajmniej w jednym stopniu nie będzie niższa niż 10.000,00 PLN.

Postanowienia Zapytania Ofertowego zostają w tym zakresie zmodyfikowane.

Pytanie nr 4:

Czy Zamawiający w pakiecie dodatkowym „ochrona dziecka” dopuszcza następujące kwoty z tytułu pobytu w szpitalu:

-za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu) kwota świadczenia 50 zł, a za kolejne dni pobytu spowodowanego NW 25zł

-za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą kwota 25 zł

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że wyraża zgodę na stopniowanie wysokości świadczenia w zależności od ilości dni pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że minimalna kwota świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu przynajmniej przez okres pierwszych 14 dni pobytu nie będzie niższa niż 50,00 PLN.

Postanowienia Zapytania Ofertowego zostają w tym zakresie zmodyfikowane.

Pytanie nr 5:

Czy Zamawiający w pakiecie dodatkowym „Assistance” dopuszcza jednorazowe dostarczenie leków w ciągu roku polisowego?

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że dopuszcza możliwość zaoferowania pakietu „Assistance” lub równoważnego zawierającego w zakresie ochrony jednorazowe dostarczenie leków w ciągu roku.

Postanowienia Zapytania Ofertowego zostają w tym zakresie zmodyfikowane.

Pytanie nr 6:

Jaki jest kurtaż kancelarii Brokerskiej przy tej ofercie, niestety nie mogę tego wyczytać z dokumentacji.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że postanowienia dotyczące wysokości kurtażu zostają określone zgodnie z zamieszczoną modyfikacją Zapytania Ofertowego.

Pytanie nr 7:

Czy Zamawiający w przypadku świadczenia z tytułu **Osierocenia dziecka ubezpieczonego** dopuszcza zastosowanie definicji **dziecko**-dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje 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?

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza. Jednocześnie Zamawiający wyjaśnia, iż na podstawie postanowień § 6 ust. 1 i 2 wzoru Umowy ubezpieczenia generalnego do zawartych ubezpieczeń zastosowanie będą miały w odpowiedniej kolejności: postanowienia wzoru Zapytania Ofertowego, oferty Wykonawcy oraz dokumenty wystawione przez Wykonawcę potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia, tj. polisa ubezpieczeniowa oraz OWU, przy czym w przypadku rozbieżności pomiędzy warunkami ubezpieczenia wynikającymi z ww. postanowień – Strony przyjmą do stosowania takie rozwiązanie, które będzie korzystniejsze dla Zamawiającego. Definicja dziecka będzie miała zastosowanie w przypadku wyboru oferty Wykonawcy.

Pytanie nr 8:

Wykonawca prosi o podanie wysokości minimalnego kurtażu (łącznie) do uwzględnienia w ofercie.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że postanowienia dotyczące wysokości kurtażu zostają określone zgodnie z zamieszczoną modyfikacją Zapytania Ofertowego.

Pytanie nr 9:

Wykonawca prosi o podanie wskaźnika szkodowości z dotychczasowych umów grupowego ubezpieczenia na życie zawartych przez Zamawiającego.

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że nie posiada informacji o szkodowości w dotychczasowych umowach ubezpieczeń grupowych.

Pytanie nr 10:

Wykonawca prosi o potwierdzenie czy Zamawiający uzna za spełniony warunek jeśli zamiast leczenia na OIOM płatnego w formie ryczałtowej zaofertowane zostanie świadczenie leczenia na OIOM płatne za dzień pobytu (przez pierwsze 14 dni) w wysokości również leczeniu ubezpieczonego w szpitalu (w chorobie)?

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza możliwość złożenia oferty obejmującej wypłatę świadczenia za pobyt na Oddziale Intensywnej Terapii (oddział intensywnej opieki medycznej) za każdy dzień pobytu przez pierwsze 14 dni w wysokości nie mniejszej niż 40 zł za jeden dzień pobytu.

Pytanie nr 11:

Zamawiający prosi o potwierdzenie, że zamiast ankiet medycznych oraz badań medycznych mogą obowiązywać krótkie pytania na deklaracji zgody, zgodnie z poniższym:

„Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej deklaracji:

1) przebywam na zwolnieniu lekarskim; (TAK/NIE)

2) przebywam w szpitalu; przebywam w hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium; jestem uznana/y za iezdolną/niezdolnego do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym; (TAK/NIE)

3) Poniższe oświadczenie wymagane jest wyłącznie od dotychczas nienubezpieczonych członków rodziny pracownika (małżonka/partnera/dorosłego dziecka) chcących przystąpić do przedmiotowej umowy ubezpieczenia. UWAGA! Jeżeli jesteś pracownikiem lub kontynuującym ubezpieczenie członkiem rodziny poniższe oświadczenie Cię nie dotyczy, w takim przypadku zaznacz odpowiedź "NIE"

a) w okresie ostatnich 5 lat rozpoznano u mnie lub byłem/ am diagnozowany/ a lub leczony/ na bądź przebywałem/ am pod stałą opieką lekarską z powodu następujących schorzeń: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, wady serca, zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatii, miażdżycy naczyń, tętniaka, cukrzycy (z wyjątkiem podwyższonego poziomu glukozy we krwi w okresie ciąży), nowotworu złośliwego, choroby krwi (niedokrwistości aplastycznej, białaczki, chłoniaka, szpiczaka, zespołu mielodysplastycznego, niedokrwistości sierpowatokrwinkowej, talasemii, hemofilii lub trombofilii), nowotworu łagodnego mózgu lub rdzenia kręgowego, udaru mózgu, krwotoku śródmózgowego, porażenia (paraliżu), przewlekłej niewydolności oddechowej, niewydolności nerek, marskości wątroby, choroby alkoholowej (zespołu zależności alkoholowej) lub uzależnienia od narkotyków, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, AIDS, zakażenia wirusem HIV lub innej choroby, w zakresie której zalecenie lekarskie obejmowało lub obejmuje wykonanie przeszczepu narządu (TAK/NIE)

b) zamierzam zasięgnąć porady lekarskiej, oczekuję na wyniki lub wykonanie badań diagnostycznych lub zamierzam poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu z powodu wymienionych powyżej chorób, które rozpoznano u mnie lub w kierunku których jestem lub byłem/am diagnozowany/a lub leczony/na (TAK/NIE).

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza.

Pytanie nr 12:

Wykonawca wnioskuję o odstąpienie od konieczności ofertowania jako odrębnego świadczenia: leczenia szpitalnego ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy.

Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody. Jednocześnie Zamawiający informuje, że w przypadku braku możliwości zaoferowania odrębnego świadczenia: leczenie szpitalne ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego dopuszcza możliwość zaoferowania skumulowanego świadczenia dwóch osobnych świadczeń, tj.: leczenia szpitalnego ubezpieczonego spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym oraz leczenia szpitalnego ubezpieczonego spowodowanego wypadkiem przy pracy.

Pytanie nr 13:

Czy Zamawiający uzna za spełnienie warunku zaofertowania świadczenia „rehabilitacja” jeśli w jego miejsce zostanie dodane świadczenie: „leczenie Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym”:

„W przypadku, gdy po zakończeniu leczenia szpitalnego, Ubezpieczony rozpoczął dalsze całodobowe leczenie na szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym, w szpitalu rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacyjnym będące kontynuacją wcześniejszego leczenia (nie później niż w okresie 30 dni od daty zakończenia leczenia), Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu za każdy dzień takiego leczenia, dodatkowe świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie dwa razy w roku polisowym, maksymalnie łącznie za okres 45 dni. W przypadku leczenia, które rozpoczęło się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a zakończyło się po zakończeniu ochrony lub w przypadku kontynuowania ubezpieczenia – w kolejnym roku polisowym, Ubezpieczyciel wypłaci należne świadczenie za takie leczenie za okres leczenia, maksymalnie za 45 dni leczenia.”

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza spełnienie warunku poprzez zaoferowanie świadczenia: rehabilitacji, jeśli w jego miejsce zostanie dodane świadczenie: leczenie Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym), wypłacane na zasadach:

„W przypadku, gdy po zakończeniu leczenia szpitalnego w szpitalu, Ubezpieczony rozpoczął dalsze całodobowe leczenie na szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym, w szpitalu rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacyjnym będące kontynuacją wcześniejszego leczenia (nie później niż w okresie 30 dni od daty zakończenia leczenia), Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu za każdy dzień takiego leczenia, dodatkowe świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie dwa razy w roku polisowym, maksymalnie łącznie za okres 45 dni.”

Pytanie nr 14:

Czy Zamawiający uzna za spełnienie warunku zaofertowania świadczenia rekonwalescencji, jeśli w jego miejsce zostanie dodane świadczenie: czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego (świadczenie dzienne), wypłacane na zasadach:

„Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, udokumentowanej zwolnieniem lekarskim potwierdzającym fakt zaistnienia tej niezdolności. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane za okres od 31 dnia niezdolności, pod warunkiem że okres czasowej niezdolności do pracy rozpoczął się po rozpoczęciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane najdłużej za 150 dni w ciągu roku liczonego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy.”

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że warunek zaoferowania świadczenia rekonwalescencji zostanie spełniony jeśli w jego miejsce zostanie dodane świadczenie czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego (świadczenie dzienne) na przytoczonych zasadach. Jednocześnie Zamawiający wyjaśnia, iż na podstawie postanowień § 6 ust. 1 i 2 wzoru Umowy ubezpieczenia generalnego do zawartych ubezpieczeń zastosowanie będą miały w odpowiedniej kolejności: postanowienia wzoru Zapytania Ofertowego, oferty Wykonawcy oraz dokumenty wystawione przez Wykonawcę potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia, tj. polisa ubezpieczeniowa oraz OWU, wraz z brzmieniem określonych definicji, przy czym w przypadku rozbieżności pomiędzy warunkami ubezpieczenia wynikającymi z ww. postanowień – Strony przyjmą do stosowania takie rozwiązanie, które będzie korzystniejsze dla Zamawiającego.

Pytanie nr 15:

1. Zapytanie ofertowe

Rozdział II pkt 25 Zamawiający wskazał aby ochrona ubezpieczeniowa obejmowała m.in. osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich, o ile te osoby były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonującego

u Zamawiającego. Czy Zamawiający może potwierdzić, iż warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową osób przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyński, wychowawczych i bezpłatnych jest ciągłość ochrony ubezpieczeniowej u poprzedniego Wykonawcy rozumianej jako brak przerwy pomiędzy jednym a drugim ubezpieczeniem rozumianej jako ciągłość opłaty składki ubezpieczeniowej?

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza.

Pytanie nr 16:

Proszę o podanie poziomu szkodowości obecnie trwającej umowy ubezpieczenia zamawiającego (% stosunku wypłaconych świadczeń do zebranej składki ubezpieczeniowej).

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że nie posiada informacji o szkodowości w dotychczasowych umowach ubezpieczeń grupowych.

Pytanie nr 17:

Proszę o określenie wysokości kosztów obsługi ubezpieczenia grupowego (kurtaż i prowizja).

Odpowiedź:

Zamawiający informuje, że postanowienia dotyczące wysokości kurtażu zostają określone zgodnie z zamieszczoną modyfikacją Zapytania Ofertowego.

Pytanie nr 18:

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zastosowanie karencji zgodnie z OWU Wykonawcy dla dotychczas nieubezpieczonych członków rodzin pracowników, przystępujących do umowy w każdym czasie?

Pracownicze ubezpieczenie grupowe jest przede wszystkim skierowane do pracowników Zamawiającego. Członkowie rodzin są grupą nieopisaną, w dużej mierze nie znaną nawet Zamawiającemu. Wnioskowana zmiana zapisów SIWZ, pozwoli uniknąć wzrostu poziomu szkodowości a co za tym idzie istotnego pogorszenia warunków dla ubezpieczonych, w szczególności pracowników, w przyszłym postępowaniu.

Odpowiedź:

Zamawiający wyjaśnia, że zgodnie z postanowieniami Zapytania Ofertowego, Dział IV, Część I, Rozdział II, pkt 31 Wykonawca nie będzie stosował wobec osób zgłoszonych do ubezpieczenia tzw. okresu karencji, jeżeli osoby te przystąpią do ubezpieczenia:

- 1) przed upływem 3 miesięcy liczonych od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w umowie ubezpieczenia (dotyczy pracownika, małżonka/partnera, pełnoletniego dziecka pracownika),
- 2) przed upływem 1 miesiąca liczonego od daty powstania stosunku pracy pomiędzy Zamawiającym a pracownikiem do ubezpieczenia, jeżeli stosunek pracy powstał po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia (dotyczy pracownika, małżonka/partnera, pełnoletniego dziecka pracownika),
- 3) przed upływem 1 miesiąca liczonego od daty zawarcia związku małżeńskiego (dotyczy małżonka),
- 4) przed upływem 1 miesiąca liczonego od ukończenia 18-go roku życia (dotyczy dziecka pracownika).

W pozostałych przypadkach będą miały zastosowanie okresy karencji wynikające z Ogólnych warunków ubezpieczenia Wykonawcy.

MODYFIKACJA ZAPYTANIA OFERTOWEGO

Zamawiający – **Wodociągi Zachodniopomorskie Sp. z o. o. w Goleniowie ul. I Brygady Legionów 8 -10, 72-100 Goleniów - w imieniu której działa Pomerania Brokers spółka z o.o.** - dokonuje modyfikacji treści Zapytania Ofertowego w następujący sposób:

[Dotyczy: Zapytania Ofertowego – Rozdział XI - OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY OFERTY, dodaje się następujące postanowienia pkt. 7 oraz pkt 8:](#)

„7. Wykonawca zobowiązuje się do pokrycia kosztów administracyjnych, w tym kosztów obejmujących czynności związane z zawarciem i administrowaniem umową ubezpieczenia w zakresie określonym w ustawie z dnia 15.12.2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń. Ofertę należy przygotować z uwzględnieniem powyższych kosztów, w wysokości 13% brutto składki ubezpieczeniowej przez cały okres trwania umowy, przy czym koszty, o których mowa powyżej wypłacane są przez cały okres trwania umowy, z częstotliwością miesięczną.”

8. Wysokość kosztów, o których mowa wyżej zawiera wynagrodzenie personelu wykonującego czynności obsługowe na terenie zakładu pracy, nie będące czynnościami pośrednictwa ubezpieczeniowego. Wykaz osób mających wykonywać czynności obsługowe w ramach programu, zakres ich czynności oraz sposób przekazania wynagrodzenia zostaną ustalone przez Zamawiającego z Wykonawcą wyłonionym w drodze niniejszego postępowania. Niniejsze wynagrodzenie płatne jest przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia będącej wynikiem niniejszego postępowania. Wysokość kosztów administracyjnych wskazana wyżej zawiera koszty czynności wykonywanych przez pracowników zamawiającego stanowiące 6% przypisu składki przekazywanej co miesiąc na rachunek Wykonawcy oraz kurtaż brokerski w wysokości 7% przypisu składki przekazywanej co miesiąc na rachunek Wykonawcy.”

Dotyczy: Zapytania Ofertowego – Rozdział IX – KRYTERIA OCENY OFERT, pkt. 1:

Przed modyfikacją jest:

- Wybór oferty najkorzystniejszej zostanie dokonany według następujących kryteriów oceny ofert:

Lp.	Nazwa kryterium	Kryterium (waga w %)
1.	Cena (C)	90
2.	Oferta pakietów dodatkowych (PD)	5
3.	Okres leczenia szpitalnego (OLS)	5

W kryterium „Cena” (waga 90%) ocena ofert zostanie dokonana zgodnie z następującymi założeniami:

Sposób przyznania punktów w kryterium „cena” (C):

$$C = \frac{[(\text{najniższa cena ofertowa w wariantcie I Wykonawcy A x 70\%}) + (\text{najniższa cena ofertowa w wariantcie II Wykonawcy A x 30\%})] : 2}{[(\text{cena ofertowa w wariantcie I oferty ocenianej x 70\%}) + (\text{cena ofertowa w wariantcie II oferty ocenianej x 70\%})] : 2} \times 100 \text{ pkt} \times 90 \%$$

W kryterium „Oferta pakietów dodatkowych” (PD) (waga 5 %) punkty zostaną przyznane na podstawie zadeklarowanej przez Wykonawcę w Ofercie cenowej (Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego) – możliwości przystąpienia do Pakietu dodatkowych zgodnie z poniższymi założeniami:

- jeżeli Wykonawca zadeklaruje możliwość przystąpienia do pakietu dodatkowego „Onkologiczny” lub równoważnego – jego oferta otrzyma 2 pkt w kryterium „Oferta pakietów dodatkowych”, przy czym minimalny zakres „Pakietu Onkologicznego” lub równoważnego jest następujący:
 - Zakres ochrony: Diagnoza nowotworu złośliwego – minimalna kwota świadczenia: 10.000,00 PLN;
 - Zakres ochrony: min. 3 konsultacje medyczne i badania diagnostyczne do limitu min. 1.000,00 PLN.
- jeżeli Wykonawca zadeklaruje możliwość przystąpienia do pakietu dodatkowego „Zdrowie Dziecka” lub równoważnego – jego oferta otrzyma 2 pkt w kryterium „Oferta pakietów dodatkowych”, przy czym minimalny zakres Pakietu „Zdrowie Dziecka” lub równoważnego jest następujący:
 - Zakres ochrony: Uszczerbek lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku – minimalna kwota świadczenia za 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała: 10.000,00 PLN;
 - Zakres ochrony: zachorowanie dziecka (min. 15 jednostek chorobowych) – minimalna kwota świadczenia: 5.000,00 PLN.
 - Zakres ochrony: pobyt dziecka w szpitalu – minimalna kwota świadczenia za każdy rozpoczęty dzień: 50,00 PLN.

- c) jeżeli Wykonawca zadeklaruje możliwość przystąpienia do pakietu dodatkowego „Assistance” lub równoważnego – jego oferta otrzyma 1 pkt w kryterium „Oferta pakietów dodatkowych”, przy czym minimalny zakres Pakietu „Assistance – pomoc po wypadku lub w chorobie” lub równoważnego jest następujący:
- Zakres ochrony: usługi rehabilitacji: min. 2 wizyty w roku;
 - Zakres ochrony: pomoc domowa po hospitalizacji: min. 2 wizyty w roku;
 - Zakres ochrony: transport medyczny: min. 2 transporty w roku;
 - Zakres ochrony: dostarczenie leków: min. 2 razy w ciągu roku.
- d) jeżeli Wykonawca nie zadeklaruje możliwości przystąpienia do żadnego z wyżej wymienionych pakietów dodatkowych – jego oferta otrzyma 0 pkt w kryterium „Oferta pakietów dodatkowych”.

W kryterium „Oferta pakietów dodatkowych” (waga 5%) oferta Wykonawcy może uzyskać maksymalnie 5 punktów.

W kryterium „Okres leczenia szpitalnego (OLS) (waga 5%) punkty zostaną przyznane na podstawie zadeklarowanej przez Wykonawcę w Ofercie cenowej (Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego) – ilości dni świadczenia leczenia szpitalnego w następujący sposób:

- a) jeżeli Wykonawca zadeklaruje maksymalną ilość dni świadczenia leczenia szpitalnego wynoszącą minimum 90 dni – jego oferta otrzyma 0 pkt w kryterium „Okres leczenia szpitalnego (OLS),
- b) jeżeli Wykonawca zadeklaruje maksymalną ilość dni świadczenia leczenia szpitalnego wynoszącą minimum 180 dni – jego oferta otrzyma 2,5 pkt w kryterium „Okres leczenia szpitalnego (OLS),
- c) jeżeli Wykonawca zadeklaruje maksymalną ilość dni świadczenia leczenia szpitalnego wynoszącą minimum 360 dni – jego oferta otrzyma 5 pkt w kryterium „Okres leczenia szpitalnego (OLS).

Po modyfikacji przyjmuje brzmienie:

1. Wybór oferty najkorzystniejszej zostanie dokonany według następujących kryteriów oceny ofert:

Lp.	Nazwa kryterium	Kryterium (waga w %)
1.	Cena (C)	90
2.	Oferta pakietów dodatkowych (PD)	5
3.	Okres leczenia szpitalnego (OLS)	5

W kryterium „Cena” (waga 90%) ocena ofert zostanie dokonana zgodnie z następującymi założeniami:

Sposób przyznania punktów w kryterium „cena” (C):

$$C = \frac{[(\text{najniższa cena ofertowa w wariantcie I Wykonawcy A x 70\%}) + (\text{najniższa cena ofertowa w wariantcie II Wykonawcy A x 30\%})] : 2}{[(\text{cena ofertowa w wariantcie I oferty ocenianej x 70\%}) + (\text{cena ofertowa w wariantcie II oferty ocenianej x 30\%})] : 2} \times 100 \text{ pkt} \times 90 \%$$

W kryterium „Oferta pakietów dodatkowych” (PD) (waga 5 %) punkty zostaną przyznane na podstawie zadeklarowanej przez Wykonawcę w Ofercie cenowej (Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego) – możliwości przystąpienia do Pakietu dodatkowych zgodnie z poniższymi założeniami:

- e) jeżeli Wykonawca zadeklaruje możliwość przystąpienia do pakietu dodatkowego „Onkologiczny” lub równoważnego – jego oferta otrzyma 2 pkt w kryterium „Oferta pakietów dodatkowych”, przy czym minimalny zakres „Pakietu Onkologicznego” lub równoważnego jest następujący:

- Zakres ochrony: Diagnoza nowotworu złośliwego – minimalna kwota świadczenia: 10.000,00 PLN, a w przypadku stopniowania wysokości świadczenia w zależności od wieku ubezpieczonego – kwota świadczenia z tytułu zdiagnozowania nowotworu złośliwego przynajmniej w jednym stopniu nie będzie niższa niż 10.000,00 PLN.
 - Zakres ochrony: min. 3 konsultacje medyczne i badania diagnostyczne do limitu min. 1.000,00 PLN.
- f) jeżeli Wykonawca zadeklaruje możliwość przystąpienia do pakietu dodatkowego „Zdrowie Dziecka” lub równoważnego – jego oferta otrzyma 2 pkt w kryterium „Oferta pakietów dodatkowych”, przy czym minimalny zakres Pakietu „Zdrowie Dziecka” lub równoważnego jest następujący:
- Zakres ochrony: Uszczerbek lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku – minimalna kwota świadczenia za 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała: 10.000,00 PLN;
 - Zakres ochrony: zachorowanie dziecka (min. 15 jednostek chorobowych) – minimalna kwota świadczenia: 5.000,00 PLN.
 - Zakres ochrony: pobyt dziecka w szpitalu – minimalna kwota świadczenia za każdy rozpoczęty dzień: 50,00 PLN, a w przypadku stopniowania wysokości świadczenia w zależności od ilości dni pobytu w szpitalu, minimalna kwota świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu przynajmniej przez okres pierwszych 14 dni pobytu nie będzie niższa niż 50,00 PLN.
- g) jeżeli Wykonawca zadeklaruje możliwość przystąpienia do pakietu dodatkowego „Assistance” lub równoważnego – jego oferta otrzyma 1 pkt w kryterium „Oferta pakietów dodatkowych”, przy czym minimalny zakres Pakietu „Assistance – pomoc po wypadku lub w chorobie” lub równoważnego jest następujący:
- Zakres ochrony: usługi rehabilitacji: min. 2 wizyty w roku;
 - Zakres ochrony: pomoc domowa po hospitalizacji: min. 2 wizyty w roku;
 - Zakres ochrony: transport medyczny: min. 2 transporty w roku;
 - Zakres ochrony: dostarczenie leków: min. 1 raz w ciągu roku.
- h) jeżeli Wykonawca nie zadeklaruje możliwości przystąpienia do żadnego z wyżej wymienionych pakietów dodatkowych – jego oferta otrzyma 0 pkt w kryterium „Oferta pakietów dodatkowych”.

W kryterium „Oferta pakietów dodatkowych” (waga 5%) oferta Wykonawcy może uzyskać maksymalnie 5 punktów.

W kryterium „Okres leczenia szpitalnego (OLS) (waga 5%) punkty zostaną przyznane na podstawie zadeklarowanej przez Wykonawcę w Ofercie cenowej (Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego) – ilości dni świadczenia leczenia szpitalnego w następujący sposób:

- d) jeżeli Wykonawca zadeklaruje maksymalną ilość dni świadczenia leczenia szpitalnego wynoszącą minimum 90 dni – jego oferta otrzyma 0 pkt w kryterium „Okres leczenia szpitalnego (OLS),
- e) jeżeli Wykonawca zadeklaruje maksymalną ilość dni świadczenia leczenia szpitalnego wynoszącą minimum 180 dni – jego oferta otrzyma 2,5 pkt w kryterium „Okres leczenia szpitalnego (OLS),
- f) jeżeli Wykonawca zadeklaruje maksymalną ilość dni świadczenia leczenia szpitalnego wynoszącą minimum 360 dni – jego oferta otrzyma 5 pkt w kryterium „Okres leczenia szpitalnego (OLS).

Powyższe wyjaśnienia i modyfikacja stanowią integralną część Zapytania Ofertowego.

Zamieszczono na stronie internetowej prowadzonego postępowania w dniu 09.01.2023 r.