



SZCZEGÓŁOWE WARUNKI ZAMÓWIENIA

I. Podstawowe dane:

Stan na miesiąc wrzesień 2019 r.	Liczba
Pracownicy ogółem	499
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników	Załącznik nr 2 do SIWZ
Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych (powyżej 68 roku życia)	383 (2)
Członkowie rodzin posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika	80

II. Przedmiot ubezpieczenia:

- Wykonawca akceptuje niezmiennosc swojej oferty niezależnie od ilości osób przystępujących do ubezpieczenia i znosi minimalny limit ilościowy grupy ubezpieczonych.
- Uprawnieni do ubezpieczenia** - do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Zamawiającego oraz członkowie ich rodzin, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18. rok życia i nie ukończyli 69. roku życia.
Do ubezpieczenia będą mogły przystąpić osoby, będące pracownikiem i członkami rodzin pracowników Zamawiającego, które przekroczyły wiek 69 lat pod warunkiem, że były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Zamawiającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia z Wykonawcą.
Prawo przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również pracownikom i członkom rodzin pracowników Zamawiającego, którzy byli objęci ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Zamawiającego, a którzy w dacie podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia przebywali na urlopie bezpłatnym, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym, zwolnieniu lekarskim, w szpitalu lub mają orzeczoną trwałą niezdolność do pracy/służby przez właściwy organ rentowy.
Wymaga się zapewnienia pełnej ochrony przez cały okres umowy ubezpieczenia zawartej w wyniku przetargu.
Prawo do przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również pracownikom Zamawiającego oraz członkom ich rodzin, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia nie mogą pisać i złożyć oświadczenia w formie pisemnej. W takim przypadku zgodnie z art. 79 Kodeksu cywilnego mogą oni złożyć oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia składając na deklaracji tuszowy odcisk palca.



Osoba upoważniona przez składającego odcisk (wystarczające upoważnienie w formie ustnej) obok odcisku palca:

- wpisuje imię i nazwisko autora odcisku
- wpisuje sformułowanie „upoważniony” i podaje swoje imię i nazwisko oraz składa odręczny podpis.

albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

3. Wykonawca uznaje swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Wykonawcy, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Wykonawcy pod warunkiem, że Pracownik lub członek rodziny był ubezpieczony w ramach ubezpieczenia grupowego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia – **zniesienie pre-existingu**. Zniesienie pre-existingu dotyczy następujących ryzyk ubezpieczeniowych:
 - zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
 - zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu,
 - zgonu małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - ciężkie choroby ubezpieczonego oraz dziecka ubezpieczonego,
 - leczenie szpitalne,
 - leczenie specjalistyczne,
 - rekonwalescencja,
 - operacje chirurgiczne.
4. **Pracownik** – to osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, lub innej umowy cywilnoprawnej w szczególności umowy – zlecenia, umowy o dzieło, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Zamawiającego.
5. **Członek rodziny:**
 - **małżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim, w stosunku do której nie orzeczono separacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, a jeżeli Ubezpieczony nie ma małżonka – **partner życiowy** – rozumiany jako wskazana w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego podstawowa osoba nie będąca w formalnym związku małżeńskim, pozostająca z ubezpieczonym podstawowym - również nie będącym w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym podstawowym. Ubezpieczony podstawowy może wskazać partnera życiowego wyłącznie raz w danym roku polisowym. Wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania,
 - **pełnoletnie dziecko ubezpieczonego**.



6. Zamawiający zastrzega, iż w każdej jednostce organizacyjnej mogą funkcjonować jednocześnie 4 grupy ubezpieczenia pod warunkiem zachowania w danej grupie poziomu osób na poziomie 15 osób (wymóg liczebności nie odnosi się do jednostek posiadających mniejsze zatrudnienie). Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w danej GRUPIE Zamawiający określa w tabelach świadczeń.
O wyborze GRUPY decydują pracownicy jednostki organizacyjnej.
Zawarcie umowy ubezpieczenia Wykonawca potwierdza poprzez wystawienie dla każdej jednostki organizacyjnej Zamawiającego stosownej polisy ubezpieczeniowej zgodnej z ofertą złożoną Zamawiającemu.
7. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Wykonawcę dla pracowników winni mieć członkowie rodziny przystępującego do ubezpieczenia pracownika. Członkowie rodziny pracownika mają prawo wyboru dowolnej GRUPY ubezpieczenia, niezależnie od GRUPY do której przystąpi pracownik Zamawiającego. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny pracownika będzie opłacana z wynagrodzenia netto pracownika. Składka łączna będzie przekazywana przez Zamawiającego na wskazane przez Wykonawcę konto bankowe.
8. Każda jednostka organizacyjna Zamawiającego będzie posiadała odrębne konto, na które będzie potrącała składki ubezpieczeniowe za pracowników oraz członków rodzin pracowników jednostek organizacyjnych Powiatu Łęczyńskiego.
9. Przyjmuje się, że w stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Towarzystw Ubezpieczeniowych biorących udział w przetargu. Wyjątek od tej zasady stanowi nadrzędność zapisów SIWZ. Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SIWZ.
10. **Karencje dla Pracowników:**
 - w stosunku do osób będących Pracownikami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, wymaga się zniesienia okresów karencji w pełnym zakresie oferty;
 - karencji nie stosuje się również w stosunku do osób zatrudnionych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, które przystąpią do ubezpieczenia grupowego w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia;
 - w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).
11. **Karencje dla członków rodzin Pracowników:**
 - Zamawiający wymaga, aby w stosunku do członków rodzin pracownika, którzy przystąpią do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, nie miały zastosowania okresy karencji w pełnym zakresie oferty.



- Karencje nie będą miały zastosowania również w stosunku do członków rodziny, które przystąpią do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy od daty zatrudnienia pracownika, od daty zawarcia związku małżeńskiego oraz ukończenia przez dziecko 18-go roku życia;
 - w pozostałych przypadkach zastosowanie mają zapisy OWU dotyczące okresów karencji, z wyłączeniem ryzyk związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków (obowiązuje pełne zniesienie karencji na zdarzenia będące następstwem NW).
 - dopuszcza się zastosowanie okresów karencji w stosunku do dotychczas nieubezpieczonych partnerów życiowych pracowników zgodnie z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy.
12. **Indywidualna kontynuacja** - Zamawiający wymaga zagwarantowania indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia (zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania oferty) dla Ubezpieczonego, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym oraz w okresie korzystania z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego jak również w stosunku do Ubezpieczonego, który odbywa służbę wojskową. W każdym z wymienionych przypadków prawo do indywidualnej kontynuacji przysługuje Ubezpieczonemu, za którego przekazano składkę za okres co najmniej 6 miesięcy. Natomiast w przypadku ustania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Zamawiającym z powodu reorganizacji lub likwidacji bez względu na okres przekazywania. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego Wykonawcy – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.
13. **Leczenie szpitalne** – zgodnie z OWU Wykonawcy, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu trwającego nieprzerwanie 2 dni jeżeli był spowodowany chorobą i od 1 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (świadczenie należne za każdy dzień pobytu w szpitalu); świadczenie wypłacane za co najmniej 180 dni w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. Wykonawca gwarantuje kwoty wypłat świadczenia za dzień pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku, nieszczęśliwego wypadku przy pracy, nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy po 14 dniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu na poziomie bazowej kwoty, takiej jak za pobyt ubezpieczonego w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku, tj. według tabeli świadczeń pozycja w wierszu 20. W przypadku expiracji umów ubezpieczenia i zmianą Wykonawcy, do ustalenia odpowiedzialności Wykonawca zaliczy okres pobytu w szpitalu przed początkiem nowej ochrony zawartej w wyniku postępowania przetargowego. Wykonawca obejmie swoją odpowiedzialnością również pobyt w szpitalu spowodowany leczeniem dyskopatii, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób stawu kolanowego.



14. **Operacje chirurgiczne** - Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w katalogu operacji chirurgicznych (prosimy o załączenie w ofercie katalogu operacji chirurgicznych), wykonane w placówce medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędnym z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, w czasie trwania odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego. **Liczba kategorii/klas, operacji, zgodna z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Wykonawcy, z zastrzeżeniem iż za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić nie mniej niż 10% sumy ubezpieczenia.** Wykaz operacji powinien zawierać minimum 500 operacji (dopuszcza się zastosowanie w ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9).
Świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych należne jest za sam fakt przeprowadzenia operacji, bez względu czy operacja jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia lub zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku bądź reoperacji. W przypadku gdy operacja chirurgiczna, której został poddany ubezpieczony nie znajduje się w katalogu, Wykonawca decyduje, do której kategorii zostanie przypisane dane zdarzenie.
15. **Leczenie specjalistyczne** – Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w określonej w tabeli świadczeń kwocie w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego, tj. chemioterapii lub radioterapii, promieniowania jonizującego, terapii interferonowej – bądź innej alternatywnej zastosowanej metody, wszczepienia kardiowertera (defibrylatora), wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji.
Świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego należne jest za sam fakt zastosowania leczenia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy, bez względu czy jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia szpitalnego, zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku.
W przypadku konieczności przeprowadzenia u ubezpieczonego więcej niż jednego specjalistycznego zabiegu, Wykonawca wypłaci świadczenie za każdy z przeprowadzonych zabiegów. W przypadku wypłacenia przez Wykonawcę świadczenia z tytułu danego specjalistycznego leczenia odpowiedzialność Wykonawcy wygaśnie w zakresie tego specjalistycznego leczenia.
16. **Ankiety medyczne dla pracowników** - dopuszcza się zastosowanie ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych w stosunku do dotychczas nieubezpieczonych pracowników.
17. **Ankiety medyczne dla członków rodzin pracowników** - dopuszcza się zastosowanie ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych w stosunku do dotychczas nieubezpieczonych członków rodzin pracowników.
18. **Udar mózgu** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych: na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu, śmierci*)



w następstwie udaru mózgu oraz pobytu ubezpieczonego w szpitalu w następstwie udaru mózgu) – ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu, prowadzące do ubytków neurologicznych, wywołane przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi.

19. **Ciężkie choroby Ubezpieczonego** – wystąpienie u Ubezpieczonego **co najmniej** następujących chorób:

- zawał serca
- chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass
- nowotwór złośliwy
- udar mózgu
- niewydolność nerek
- choroba Creutzfelda – Jakoba
- zakażenie wirusem HIV (w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych)
- zakażenie wirusem HIV (zakażenie w wyniku transfuzji krwi)
- sepsa
- wścieklizna
- anemia aplastyczna
- bąblowiec mózgu
- masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie
- odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu
- ropień mózgu
- tężec
- zgorzel gazowa
- oparzenia
- transplantacja organów
- utrata wzroku
- łagodny guz mózgu
- choroba Parkinsona
- borelioza
- choroba aorty brzusznej
- choroba aorty piersiowej
- gruźlica
- przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C
- utrata kończyn skutek choroby
- utrata słuchu
- wada serca
- choroba neuronu ruchowego
- choroba Huntingtona
- bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo – rdzeniowych
- zakażona martwica trzustki
- bakteryjne zapalenie wsierdzia



- stwardnienie rozsiane
 - choroba Alzheimera
 - angioplastyka wieńcowa
 - operacja zastawek serca
 - dystrofia mięśni
 - schyłkowa niewydolność wątroby,
- za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
20. **Zawał serca** (def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych: na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, ciężkiej choroby, pobytu w szpitalu) – oznacza wystąpienie u Ubezpieczonego zawału serca, który powoduje:
- a) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej jednego z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowychlub
 - b) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu **przeszkórnej 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.
- W przypadku ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego definicja zawału serca obejmuje zarówno zawał pierwszorazowy, jak i każdy następny, jednakże pod warunkiem, że w przypadku kolejnego zawału, w badaniu lekarskim stwierdzono wystąpienie nowego załamka Q.
21. **Poważne zachorowania dziecka Ubezpieczonego** – wystąpienie u dziecka Ubezpieczonego ciężkiej choroby według katalogu OWU Wykonawcy na dzień składania ofert, za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
22. **Ciężkie choroby małżonka Ubezpieczonego** – wystąpienie u małżonka Ubezpieczonego ciężkiej choroby według katalogu OWU Wykonawcy na dzień składania ofert, za które Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.



23. Wykonawca nie może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową związane było z aktami terroru, poza przypadkami czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru.

III. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń:

Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III	GRUPA IV
1.	Zgon ubezpieczonego	40 000	50 000	63 000	75 000
2.	Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	80 000	95 000	107 000	125 000
3.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	100 000	135 000	147 000	165 000
4.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	100 000	135 000	147 000	165 000
5.	Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	50 000	65 000	81 000	100 000
6.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	120 000	174 000	187 000	204 000
7.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	550	460	500	600
8.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu - świadczenie za 1% uszczerbku	550	450	500	550
9.	Zgon małżonka ubezpieczonego	10 000	12 500	14 000	15 000
10.	Zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	20 000	29 000	46 200	46 800
11.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego	2 500	2 200	2 500	2 700
12.	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	---/min	1 300	1 500	1 800
13.	Urodzenie martwego dziecka	---/min	2 600	4 500	4 600
14.	Zgon dziecka ubezpieczonego	---/min	2 650	5 500	5 900
15.	Osierocenie dziecka – jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka	---/min	4 200	6 050	6 700

SUPRA BROKERS®



L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III	GRUPA IV
16.	Ciężkie choroby Ubezpieczonego	8 400	8 400	8 400	9 300
17.	Ciężkie choroby małżonka	3 500	3 000	3 500	4 000
18.	Ciężkie choroby dziecka ubezpieczonego	----	----	4 200	4 300
19.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany chorobą oraz powyżej 14-go dnia pobytu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu	65	60	72	86
20.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany NW – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 180-go dnia oraz powyżej 14-go dnia pobytu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym przy pracy (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	260	250	365	380
21.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	300	300	440	450
22.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	300	300	470	470
23.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przy pracy – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	355	355	540	550
24.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	180	175	215	250
25.	Świadczenie dodatkowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM	600	600	700	800
26.	Rekonwalescencja	30	30	35	40
27.	Operacje chirurgiczne - <i>suma ubezpieczenia:</i>	4 000	3 500	4 500	5 000
28.	Leczenie specjalistyczne	3 500	3 500	3 500	3 500
29.	Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	10 000	10 000	10 000	11 000
30.	Świadczenie apteczna	200	200	200	200

SUPRA BROKERS®



IV. Klauzule dodatkowe:

Zamawiający wnioskuje o zastosowanie w ofercie ubezpieczenia następujących klauzul dodatkowych, które będą brane pod uwagę w ocenie kryterium jakości proponowanej ochrony ubezpieczeniowej.

1. Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczeń - OBLIGATORYJNA

Wymaga się zniesienia ograniczeń czasowych w wypłacie świadczenia z tytułu:

- śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu,
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Wykonawcy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.

Wypłata świadczenia z tytułu zajścia wymienionych zdarzeń jest zasadna bez względu na długość czasu jaki upłynął pomiędzy śmiercią, wystąpieniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego a zdarzeniem je wywołującym.

2. Klauzula gwarancji wypłaty pełnej kwoty odszkodowania - OBLIGATORYJNA

Nie dopuszcza się pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego będącego następstwem choroby, nieszczęśliwego wypadku, czy zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu o świadczenia wcześniej wypłacone z tytułu choroby, trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego będącego wynikiem tego samego nieszczęśliwego wypadku, czy zawału serca lub udaru mózgu.

3. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym – OBLIGATORYJNA

Rozszerzenie dotyczy pierwszego pobytu ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub szpitalu rehabilitacyjnym z całodobową opieką lekarską, związanego z rehabilitacją konieczną do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

4. Gwarancja zniesienia ograniczeń wiekowych – OBLIGATORYJNA

Zapobiega wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie danego ryzyka w trakcie trwania umowy ubezpieczenia dla pracowników i uprawnionych członków rodzin pracowników Zamawiającego.

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



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

Po wystawieniu polisy ubezpieczeniowej potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia, przed przekazaniem jej Zamawiającemu Wykonawca musi uzyskać akceptację poprawności jej wystawienia przez Pełnomocnika Zamawiającego.
- 8. Klauzula akwizycyjna – OBLIGATORYJNA**

Klauzula zobowiązuje Wykonawcę do:

 - przedstawienia pełnomocnikowi reprezentującemu Zamawiającego harmonogramu prac akwizycyjnych,
 - dedykowania minimum 2 osób do przeprowadzenia prac akwizycyjnych,
 - aktywnego udziału w akcji informacyjnej oraz w procesie akwizycyjnym, w tym udział w spotkaniach informacyjnych dla pracowników Zamawiającego,
 - przygotowania oraz dostarczenia Zamawiającemu, po akceptacji pełnomocnika Zamawiającego, materiałów akwizycyjnych, tj.: ulotek, deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, list akwizycyjnych,
 - zorganizowania szkolenia obsługowego dla pracowników administrujących umowami ubezpieczenia grupowego u Zamawiającego.
- 9. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznego obsługi polis - OBLIGATORYJNA**

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

 - prowadzenia ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
 - ewidencjonowania osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
 - ewidencjonowania osób występujących z programu ubezpieczenia,
 - rozliczania składek miesięcznych.
- 10. Gwarancja rozszerzenia zakresu ubezpieczenia dla pracownika i członków jego rodziny (małżonkowie i dzieci) o świadczenia assistance, w którego skład wchodzi co najmniej: domowa pomoc pielęgniarstwa, dostarczenie niezbędnych leków, transport medyczny do i z placówki medycznej, pomiędzy placówkami medycznymi oraz Infolinia medyczna - OBLIGATORYJNA**
- 11. Klauzula rozszerzająca system elektronicznej obsługi polis o dedykowaną klientowi aplikację internetową – 1 pkt**



Wykonawca zobowiązuje się w terminie 1 miesiąca od zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu elektronicznej aplikacji przeznaczonej do zarządzania obsługą polisy. Aplikacja ta, poprzez łącze internetowe, usprawniać będzie obsługę polisy, umożliwiając dokonywanie w drodze elektronicznej następujących czynności:

- a) prowadzenie ewidencji osób objętych programem ubezpieczenia,
- b) ewidencjonowanie osób przystępujących do programu ubezpieczenia,
- c) ewidencjonowanie osób występujących z programu ubezpieczenia,
- d) rozliczenie składek miesięcznych (w tym możliwość sprawdzania sald wpłaconych składek ubezpieczeniowych),
- e) ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem Ubezpieczenia,
- f) generowanie indywidualnych potwierdzeń uczestnictwa w programie ubezpieczeniowym,
- g) ewidencjonowanie danych i możliwość zmiany danych Zamawiającego.

12. Klauzula szybkiej likwidacji świadczeń – maksymalnie 2 pkt

Winna gwarantować:

- a) możliwość zgłaszania świadczeń za pośrednictwem Internetu (brak wymogu wysyłania dokumentacji medycznej i wymaganych dokumentów w formie papierowej). Wykonawca zobowiązany jest prowadząc likwidację szkody do stosowania powszechnie obowiązujących przepisów prawa regulujących zasady uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej ubezpieczonego, w szczególności uzyskania uprzedniej zgody osoby ubezpieczonej na wgląd do jej dokumentacji medycznej – 1 pkt,
- b) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Polski - 1 pkt.

13. Gwarancja minimalnego katalogu operacji chirurgicznych - 3 pkt

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

14. Klauzula zniżek indywidualnych – 2 pkt

Wykonawca gwarantuje - dla pracowników ubezpieczonych w ramach umowy zawartej w drodze niniejszego postępowania przetargowego - zniżkę na indywidualne ubezpieczenia majątkowe w życiu prywatnym.

Zawarcie ubezpieczenia majątkowego z gwarantowaną zniżką jest indywidualną i dobrowolną decyzją ubezpieczonego pracownika.

Wykonawca winien przedstawić w ramach oferty zakres ubezpieczeń majątkowych podlegających zniżkom (zakres musi obejmować ubezpieczenia komunikacyjne) i wysokość oferowanych zniżek.



- 15. Gwarancja wypłaty świadczeń z tytułu: zgonu rodzica Ubezpieczonego i rodzica małżonka Ubezpieczonego, zgonu dziecka, urodzenia martwego dziecka i urodzenia dziecka w terminie 7 dni roboczych od daty złożenia kompletu wymaganych dokumentów – 2 pkt**
- 16. Gwarancja wypłaty świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej zgodnie z OWU Wykonawcy – 1 pkt**
Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU świadczenie w wysokości 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy choroby śmiertelnej (wypłata pomniejsza świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego).
- 17. Klauzula akwizycyjna rozszerzona – 1 pkt**
Ubezpieczyciel gwarantuje za czynności związane z przygotowaniem deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i przekazaniem ich Ubezpieczycielowi, wypłatę w zwyczajowo przyjętej kwocie jednorazowego wynagrodzenia pracownikowi administrującemu umowami ubezpieczenia grupowego u Ubezpieczającego.
- 18. Gwarancja, że za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić więcej niż 10% sumy ubezpieczenia – 2 pkt**

ZAŁOŻENIA OGÓLNE

Zakres opisany powyżej jest zakresem minimalnym.

W odniesieniu do kwestii nieuregulowanych w SIWZ mają zastosowanie stosowne zapisy ogólnych warunkach ubezpieczeń.

Jeżeli w ogólnych warunkach ubezpieczeń znajdują się dodatkowe uregulowania, z których wynika, że zakres ubezpieczeń jest szerszy od proponowanego powyżej to automatycznie zostają włączone do ochrony ubezpieczeniowej Zamawiającego.

Zapisy w ogólnych warunkach ubezpieczenia, z których wynika, iż zakres ubezpieczenia jest węższy niż zakres opisany powyżej, nie mają zastosowania.

Beata Krysiwicz