

Wrocław, dnia 13.07.2023 r.

Załącznik nr 1 do Zapytania

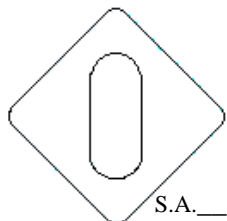
**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
NA UBEZPIECZENIE GRUPOWE NA ŻYCIE DLA PRACOWNIKÓW
ORAZ CZŁONKÓW RODZIN PRACOWNIKÓW**

1. Podstawowe dane:

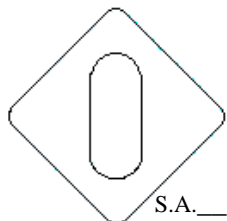
Stan na miesiąc maj 2023 r.	Liczba
Pracownicy ogółem	113
Struktura zawodowo-wiekowa pracowników	Załącznik nr 1.1 do Zapytania
Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych (powyżej 68. roku życia)	89 (0)
Członkowie rodzin posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika (powyżej 68. roku życia)	19 (0)

2. Tabela świadczeń:

L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	ZAKRES
		Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN
1.	Zgon ubezpieczonego	50 000
2.	Zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	100 000
3.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	155 000
4.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	155 000
5.	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	220 000
6.	Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	65 000
7.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – świadczenie za 1% uszczerbku	500
8.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego w NNW – powyżej 50% trwałego uszczerbku, świadczenie miesięczne	750
9.	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udarem mózgu - świadczenie za 1% uszczerbku	500
10.	Zgon małżonka ubezpieczonego	15 000



L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	ZAKRES
		Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN
11.	Zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	35 000
12.	Zgon małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	50 000
13.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego	2 200
14.	Zgon rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	5 200
15.	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	1 500
16.	Urodzenie się dzieci ubezpieczonemu w wyniku ciąży mnogiej	3 000
17.	Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia: niska punktacja w skali APGAR	4 300
18.	Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia: z wadą wrodzoną	3 300
19.	Urodzenie martwego dziecka	3 000
20.	Zgon dziecka ubezpieczonego	6 000
21.	Zgon dziecka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (<i>skumulowana wartość świadczenia</i>)	15 000
22.	Osierocenie dziecka – jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka	5 000
23.	Ciężkie choroby Ubezpieczonego	4 000
24.	Ciężkie choroby Małżonka Ubezpieczonego	2 500
25.	Ciężkie choroby dziecka Ubezpieczonego	10 000
26.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany chorobą oraz powyżej 14-go dnia pobytu spowodowanego NW, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu	60
27.	Dzienne świadczenie szpitalne: pobyt w szpitalu spowodowany NW – wypłacane za każdy dzień pobytu od 1-go do 14-go dnia (<i>skumulowana wysokość świadczenia</i>)	200
28.	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
29.	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
30.	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>)	400
31.	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>)	200
32.	Świadczenie dodatkowe za pobyt w szpitalu na OIT/OIOM	700



L.P.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	ZAKRES
		Wysokość wypłacanego świadczenia w PLN
33.	Rekonwalescencja – ryczałt	250
34.	Sanatorium po pobycie w szpitalu	500
35.	Operacje chirurgiczne - <i>suma ubezpieczenia:</i>	3 500
36.	Trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w NNW	45 000
37.	Świadczenie apteczne	200
38.	Leczenie specjalistyczne	3 000

3. Obligatoryjne wymagania do oferty:

- 1) Okres ubezpieczenia: 12 miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Ubezpieczyciel akceptuje niezmienność swojej oferty niezależnie od liczby osób przystępujących do ubezpieczenia i znosi minimalny limit ilościowy grupy ubezpieczonych.
- 3) **Uprawnieni do ubezpieczenia** – do ubezpieczenia będą mieli prawo przystąpić pracownicy Ubezpieczającego oraz członkowie ich rodzin, którzy w dniu składania deklaracji przystąpienia ukończyli 18. rok życia i nie ukończyli 69. roku życia.

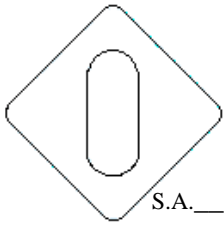
Do ubezpieczenia będą mogły przystąpić osoby, będące pracownikiem Ubezpieczającego oraz członkiem rodzin pracownika Ubezpieczającego, które przekroczyły wiek 69 lat pod warunkiem, że były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego funkcjonującego u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia z Ubezpieczycielem.

Prawo przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również pracownikom i członkom rodzin pracowników, którzy byli objęci ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego, 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 postępowania.

W stosunku do członków rodzin ochrona wygasa w momencie ukończenia przez członka rodziny 70. roku życia za wyjątkiem sytuacji, gdy na wniosek Ubezpieczającego Ubezpieczyciel wyrazi zgodę na kontynuowanie ubezpieczenia grupowego przez członka rodziny, który ukończył 70. rok życia.

Prawo do przystąpienia do ubezpieczenia przysługuje również dotychczas ubezpieczonym pracownikom Ubezpieczającego 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.



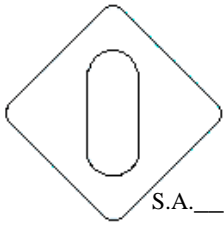
Osoba upoważniona przez składającego odcisk (wystarczające upoważnienie w formie ustnej) obok odcisku palca:

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

- 4) Ubezpieczyciel uzna swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszły przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a których skutki ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela 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 wszystkich dotychczasowych ryzyk obowiązujących u Ubezpieczającego.
- 5) **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 Ubezpieczającego.
- 6) **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** – definicja zgodnie z OWU Ubezpieczyciela na dzień składania ofert.
 - **pełnoletnie dziecko ubezpieczonego**.
- 7) Ubezpieczający zastrzega, iż u Ubezpieczającego będą funkcjonować 1 Grupa ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych Ubezpieczający określa tabela świadczeń.
- 8) Prawo przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela dla pracowników winni mieć członkowie rodziny przystępującego do ubezpieczenia pracownika. Składka ubezpieczeniowa za członków rodziny pracownika będzie opłacana z wynagrodzenia netto pracownika. Składka łączna będzie przekazywana przez Ubezpieczającego na wskazane przez Ubezpieczyciela konto bankowe.
- 9) Przyjmuje się, że w stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia Towarzystw Ubezpieczeniowych biorących udział w postępowaniu. Wyjątek od tej zasady stanowi nadrzędność zapisów SWZ.

Ubezpieczający akceptuje odmienną treść definicji, o ile nie zawęży ona zakresu ochrony i uprawnień ubezpieczonych w stosunku do założeń SWZ.



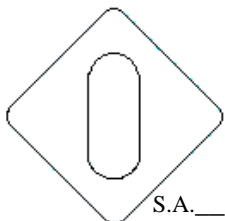
10) Karencje dla Pracowników:

- 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).

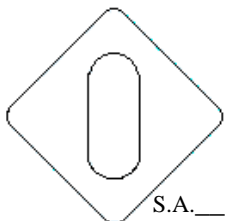
11) Karencje dla członków rodzin Pracowników:

- Ubezpieczający 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 aktualnie nieubezpieczonych partnerów życiowych pracowników zgodnie z obowiązującymi w dniu składania oferty OWU Ubezpieczyciela.**

12) Indywidualna kontynuacja – Ubezpieczający wymaga zagwarantowania indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia (zgodnie z OWU Ubezpieczyciela na dzień składania oferty) dla Ubezpieczonego, bez względu na wiek, po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym 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 Ubezpieczającym z powodu reorganizacji lub likwidacji bez względu na okres przekazywania. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego Ubezpieczyciela – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia.



- 13) **Leczenie szpitalne** – zgodnie z OWU Ubezpieczyciela, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu od 1. dnia pobytu, jeżeli jest 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. Wymaga się, aby podwyższona kwota dziennego świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym, nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu należna była za minimum 14 dni pobytu w szpitalu.
- W przypadku expiracji umów ubezpieczenia i zmianą Ubezpieczyciela, do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciel zaliczy okres pobytu w szpitalu przed początkiem nowej ochrony zawartej w wyniku postępowania.
- Ubezpieczyciel obejmie swoją odpowiedzialnością również pobyt w szpitalu spowodowany leczeniem dyskopatii, wad wrodzonych, badań diagnostycznych, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz chorób stawu kolanowego.
- 14) **Rekonwalescencja** - zgodnie z OWU Ubezpieczyciela, ale w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane co najmniej za 30 dni, trwającego bezpośrednio po pobycie w szpitalu, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny w którym odbywało się leczenie szpitalne; świadczenie wypłacane za każdy dzień zwolnienia lekarskiego; wymaga się zagwarantowania łącznie wypłaty za minimum 90 dni rekonwalescencji w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy udzielonej w wyniku przetargu ochrony ubezpieczeniowej.
- 15) **Operacje chirurgiczne** – Ubezpieczyciel 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 Ubezpieczyciela, 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 520 operacji (dopuszcza się zastosowanie w ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych zastosowanie otwartego katalogu operacji zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD9).



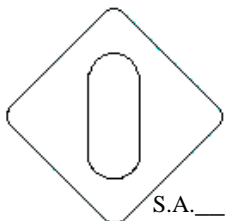
Świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych należne jest za sam fakt przeprowadzenia operacji, bez względu czy operacja jest wynikiem wcześniej podjętego leczenia lub zdiagnozowanego zachorowania czy nieszczęśliwego wypadku.

- 16) **Leczenie specjalistyczne** – Ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w określonej w tabeli świadczeń kwocie w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego, tj. chemioterapii lub radioterapii promieniowania jonizującego, terapii interferonowej, wszczepienia kardiowertera (defibrylatora), wszczepienia rozrusznika serca, wykonania ablacji (bądź analogicznej metody stosowanej zgodnie z ówczesną wiedzą medyczną).

Świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego należne jest za sam fakt zastosowania leczenia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, 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, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za każdy z przeprowadzonych zabiegów. W przypadku wypłacenia przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu danego specjalistycznego leczenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygaśnie w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

- 17) **Ankiety medyczne dla pracowników** - Ubezpieczyciel nie będzie żądał wypełniania ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych od przystępujących w dowolnym czasie do ubezpieczenia grupowego pracowników.
- 18) **Ankiety medyczne dla członków rodzin pracowników** – dopuszcza się zastosowanie ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych w stosunku do dotychczas nieubezpieczonych członków rodzin pracowników.
- 19) **Ciężkie choroby ubezpieczonego** – Ubezpieczyciel winien zastosować najszerszy katalog funkcjonujący w dniu składania oferty w Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
- 20) **Ciężkie choroby małżonka Ubezpieczonego** – Ubezpieczyciel winien zastosować najszerszy katalog funkcjonujący w dniu składania oferty w Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
- 21) **Ciężkie choroby dziecka Ubezpieczonego** – wystąpienie u dziecka Ubezpieczonego ciężkiej choroby według katalogu OWU Ubezpieczyciela na dzień składania ofert, za które Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.
- 22) **Udar mózgu** (*def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych: na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu, śmierci ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu lub 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.

23) **Zawał serca** (def. stosuje się do ubezpieczeń dodatkowych: na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, ciężkiej choroby, śmierci ubezpieczonego) - 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 dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - i. objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - ii. zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - iii. 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:
 - i. nowych patologicznych załamek Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka Hisa,
 - ii. udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej,
 - iii. udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego

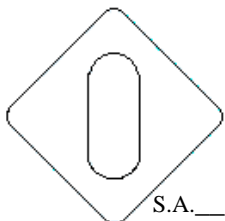
24) Ubezpieczyciel nie może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową związane było z aktami terroru, poza przypadkami czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru.

4. Klauzule dodatkowe:

Ubezpieczający 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 Ubezpieczyciela trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- wystąpienia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciela za pobyty Ubezpieczonego w szpitalu oraz na Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM) poza granice RP – OBLIGATORYJNA

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela obejmować powinna pobyty w szpitalu oraz na Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM) co najmniej na terytorium krajów należących do Unii Europejskiej oraz Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, USA, Szwajcarii, Watykanu.

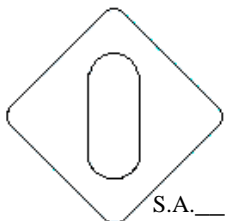
4) Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Ubezpieczyciela za pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym – OBLIGATORYJNA

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.

5) 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 Ubezpieczającego.

6) Udostępnienie na wniosek Ubezpieczającego lub Pełnomocnika Ubezpieczającego tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w Zakładzie Ubezpieczeń w dniu składania oferty – OBLIGATORYJNA

**7) Udostępnianie informacji o szkodowości co najmniej w rocznych okresach ubezpieczenia lub na wniosek Ubezpieczającego lub Pełnomocnika Ubezpieczającego - OBLIGATORYJNA****8) Klauzula obiegu dokumentów – OBLIGATORYJNA**

Po wystawieniu polisy ubezpieczeniowej potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia, przed przekazaniem jej Ubezpieczającemu Ubezpieczyciel musi uzyskać akceptację poprawności jej wystawienia przez Pełnomocnika Ubezpieczającego.

9) Klauzula akwizycyjna – OBLIGATORYJNA

Klauzula zobowiązuje Ubezpieczyciela do:

- przedstawienia pełnomocnikowi reprezentującemu Ubezpieczającego harmonogramu prac akwizycyjnych,
- dedykowania minimum 1 osoby do przeprowadzenia prac akwizycyjnych,
- aktywnego udziału w akcji informacyjnej oraz w procesie akwizycyjnym, w tym udział w spotkaniach informacyjnych dla pracowników Ubezpieczającego,
- przygotowania oraz dostarczenia Ubezpieczającemu, po akceptacji pełnomocnika Ubezpieczającego, materiałów akwizycyjnych, tj.: ulotek, deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, list akwizycyjnych,
- zorganizowania szkolenia obsługowego dla pracowników administrujących umowami ubezpieczenia grupowego u Ubezpieczającego.

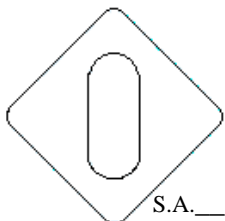
10) Klauzula udostępnienia systemu elektronicznego obsługi polis - OBLIGATORYJNA

Ubezpieczyciel zobowiązuje się, od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Ubezpieczającemu 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.

11) Klauzula rozszerzająca system elektronicznej obsługi polis o dedykowaną klientowi aplikację internetową – 2 pkt

Ubezpieczyciel zobowiązuje się w terminie 3 miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Ubezpieczającemu 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.

12) Klauzula szybkiej likwidacji świadczeń – maksymalnie 4 pkt

Winna gwarantować:

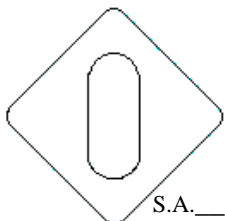
- a) możliwość zgłaszania świadczeń za pośrednictwem Internetu (brak wymogu wysyłania dokumentacji medycznej i wymaganych dokumentów w formie papierowej). Ubezpieczyciel zobowiązany jest prowadząc likwidację szkody do stosowania powszechnie obowiązujących przepisów prawa regulujących zasady uzyskiwania 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 Ubezpieczyciela rozlokowanych na terenie Polski - 1 pkt,
- c) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Ubezpieczyciela rozlokowanych na terenie Mińska Mazowieckiego - 2 pkt

13. Klauzula prewencji – 5 pkt

Ubezpieczyciel deklaruje przyznanie jednorazowego dofinansowania ze środków funduszu prewencyjnego Ubezpieczyciela w kwocie PLN /słownie PLN: dla Ubezpieczającego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przy założeniu, że środki te zostaną przeznaczone wyłącznie na działalność mającą na celu zapobieganie powstawaniu lub zmniejszanie skutków wypadków ubezpieczeniowych, a cel prewencyjny zostanie zaakceptowany przez Ubezpieczyciela. Wszystkie czynności, które zostaną podjęte w związku z przyznaniem i przeznaczeniem środków zrealizowane zostaną w oparciu o uregulowania wewnętrzne Ubezpieczyciela obowiązujące w dniu podpisania umowy prewencyjnej.

Dopuszcza się, by wysokość prewencji regulowała umowa o udziale w zysku, przy założeniu zachowania minimalnej wymaganej kwoty.

14. Gwarancja minimalnego katalogu operacji chirurgicznych – 2 pkt



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

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, że za operacje najłżejsze (najmniej skomplikowane pod względem medycznym) wypłata świadczenia będzie wynosić więcej niż 10% sumy ubezpieczenia – 2 pkt

17. Gwarancja wypłaty świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej zgodnie z OWU Ubezpieczyciela – 1 pkt

Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu na zasadach określonych w OWU świadczenie w wysokości 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela choroby śmiertelnej (wypłata pomniejsza świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego).

18. Klauzula gwarantująca niezmienną kwotę wypłaty świadczenia za dzień pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku, nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, nieszczęśliwego wypadku przy pracy oraz zawału serca lub udaru mózgu - 3 pkt

19. Klauzula akwizycyjna rozszerzona – 3 pkt

Ubezpieczyciel gwarantuje za czynności związane z przygotowaniem deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i przekazaniem ich Ubezpieczyciela, wypłatę w zwyczajowo przyjętej kwocie jednorazowego wynagrodzenia pracownikowi administrującemu umowami ubezpieczenia grupowego u Ubezpieczającego.

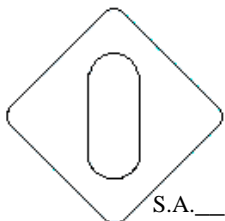
20. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Ubezpieczyciela w przypadku poronienia - 5 pkt

Ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę świadczenia dla osoby ubezpieczonej w kwocie 3 000 zł w przypadku poronienia.

21. Klauzula znosząca ograniczenia wypłaty świadczeń z tytułu operacji chirurgicznych - 2 pkt

Ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę świadczenia w przypadku przeprowadzenia więcej niż jednej operacji u Ubezpieczonego, niezależnie od czasu jaki minął pomiędzy tymi operacjami.

22. Klauzula zniżek indywidualnych – 0,5 pkt



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

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

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

23. Klauzula rozszerzenia zakresu ubezpieczenia dla pracownika i członków jego rodziny (małżonkowie i dzieci) o świadczenia assistance – 0,5 pkt

Usługi Assistance, w których skład wchodzi co najmniej: domowa pomoc pielęgniarstwa, dostarczenie niezbędnych leków, transport medyczny do i z placówki medycznej, pomiędzy placówkami medycznymi oraz Infolinia medyczna.