

**Opis przedmiotu zamówienia
/OPZ/**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia pn.:

**Zamówienie na świadczenie usług grupowego ubezpieczenia na życie pracowników
oraz członków rodzin pracowników Urzędu Miasta Piekary Śląskie**

I. Podstawowe dane:

Liczba zatrudnionych: 266

Liczba ubezpieczonych: **221 osób, w tym pracowników: 174**

Liczba współubezpieczonych (współmałżonkowie, pełnoletnie dzieci, partnerzy życiowi) 47

Pracownicy posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych (powyżej 69 roku życia) 1 osoba.

Członkowie rodzin posiadający ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczeń grupowych na prawach pracownika (powyżej 69 roku życia): 0

Struktura wiekowa – płciowa osób zatrudnionych: Załącznik do niniejszego OPZ

II. Przedmiot ubezpieczenia:

Zamawiający informuje, iż w poprzednich latach, średniorocznie z ubezpieczenia korzystało **221 osób**, przy czym w **WARIANCIE I – 24 osoby, w WARIANCIE II – 131 osób, w WARIANCIE III- 66 osób**. Zamawiający nie gwarantuje Wykonawcy, że taka sama lub podobna liczba osób przystąpi do ubezpieczenia objętego przedmiotem zamówienia. Zamawiający informuje, że Umowa z Wykonawcą przewidywać będzie uprawnienie Zamawiającego, jak również Wykonawcy, do odstąpienia od Umowy w sytuacji, w której liczba osób zainteresowanych przystąpieniem do ubezpieczenia będzie mniejsza niż 111 osób łącznie w WARIANCIE I, WARIANCIE II oraz WARIANCIE III; odstąpienie z tej przyczyny winno nastąpić w terminie do 14 dni od dnia stwierdzenia tej podstawy. Po wyłonieniu Wykonawcy, zawarciu umowy oraz po przeprowadzanej ankiecie wśród zainteresowanych osób, i ich przystąpieniem do ubezpieczenia oraz zebraniu minimalnej wymaganej liczby osób deklarujących chęć przystąpienia do ubezpieczenia, nastąpi podpisywanie przez poszczególne osoby indywidualnych deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Podane liczby osób w wariantach są wartości orientacyjnymi, służącymi do wyliczenia przedmiotu zamówienia, których liczba może ulec zmianie zmniejszeniu lub zwiększeniu, w tym również pomiędzy wariantami.

W przygotowaniu programu ubezpieczeniowego (szczegółowego opisu przedmiotu zamówienia), doprowadzeniu do zawarcia umów ubezpieczenia, czynnościach przygotowawczych do zawarcia umów ubezpieczenia oraz zawieraniu i obsłudze ubezpieczeń uczestniczy i pośredniczy broker ubezpieczeniowy: Dom Brokerski Patron Sp. z o.o.

1. 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 rok życia. Do ubezpieczenia będą mogli przystąpić osoby, będące pracownikiem Zamawiającego oraz członkiem rodzin pracownika 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, którzy byli objęci ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Zamawiającego, a którzy w dacie podpisania deklaracji zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową udzieloną w drodze niniejszego postępowania przetargowego, przebywali na urlopie bezpłatnym, urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym, zwolnieniu lekarskim, w szpitalu lub mają orzeczoną trwałą niezdolność do pracy/służby przez właściwy organ rentowy.

2. Wymaga się zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej w pełnym zakresie oferty przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia w stosunku do wszystkich ubezpieczonych – wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, oraz zakres ubezpieczenia nie zmienia się.

Odpowiedzialność Wykonawcy w stosunku do ubezpieczonego w pełnym zakresie ubezpieczenia kończy się w dniu rocznicy polisy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 70 rok życia albo 76 rok życia, jeżeli odpowiedzialnością objęta była osoba, która w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyła 69 rok życia.

Odpowiedzialność w stosunku do tych osób kończy się z ustaniem stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym oraz w innych przypadkach określonych w OWU Wykonawcy z wyłączeniem ograniczenia wiekowego. Potwierdzenie stażu w poprzedniej umowie będzie dokonywane poprzez pisemne oświadczenie pracodawcy.

Zamawiający, wskazuje, iż po stronie Wykonawcy spoczywa obowiązek (tj. Wykonawca jest zobowiązany) do poinformowania ubezpieczonych (których sytuacja dotyczy), o zbliżającym się wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia grupowego z uwagi na osiągnięty wiek, z odpowiednim wyprzedzeniem (minimum 1 miesiąc przed końcem ochrony ubezpieczeniowej), z równoczesnym podaniem propozycji warunków indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, do swobodnej decyzji ubezpieczonego co do przyjęcia takiej propozycji.

Po zawarciu umowy Wykonawca wyposaży każdego Ubezpieczonego w certyfikat potwierdzający zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń lub zapewni możliwość wydruku takiego certyfikatu za pomocą systemu informatycznego udostępnionego do obsługi grupowego ubezpieczenia na życie.

3. Ubezpieczyciel uzna swoją odpowiedzialność za skutki stanów chorobowych oraz wypadków, które zostały stwierdzone/zaszyły 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-extingu dotyczy następujących ryzyk ubezpieczeniowych:

- zgonu ubezpieczonego
- 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,
- zgonu małżonka ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- poważne zachorowania,
- pobyt w szpitalu,
- leczenie specjalistyczne,
- rekonwalescencja,
- operacje chirurgiczne.

4. Wykonawca nie będzie żądał od dotychczas ubezpieczonych i pracowników oraz członków rodzin pracowników ankiet i kwestionariuszy medycznych w trakcie pierwszych 3 miesięcy od daty zawarcia ubezpieczenia przy przystąpieniu do ubezpieczenia.

Dopuszcza się zastosowanie ankiet medycznych lub kwestionariuszy zdrowotnych w stosunku do dotychczas nieubezpieczonych członków rodzin pracowników.

5. Do okresu wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku samobójstwa Wykonawca zaliczy staż ubezpieczonego z poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ubezpieczenia przez Ubezpieczonego.

6. **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.

7. 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 (lub partnerka) życiowy** – rozumiany jako wskazana w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego podstawowy 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. Partner życiowy może przystąpić do ubezpieczenia (na tych samych warunkach i z tą samą wysokością składki, co pracownik), pracownik może wskazać w deklaracji przystąpienia partnera życiowego i w przypadku jego zgonu jest on traktowany tak, jak współmałżonek, zaś w przypadku zgonu rodziców partnera życiowego są oni traktowani tak, jak teściowie;
pełnoletnie dziecko ubezpieczonego – dziecko własne, a także przysposobione (w pełni lub częściowo), które ukończyło 18 rok życia.

8. **Dziecko**, w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek **osierocenia dziecka** oznacza – dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie jego całkowitej niezdolności do pracy.

9. **Dziecko**, w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek **śmierci dziecka** oznacza - dziecko ubezpieczonego (własne, a także przysposobione lub pasierb – jeżeli nie żyje ojciec lub matka) w wieku do 25 lat.

10. **Dziecko**, w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek **urodzenia dziecka** oznacza- urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Kwota świadczenia należna jest za każde urodzone dziecko w okresie odpowiedzialności Wykonawcy. Za urodzenie dziecka uważa się także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie przez Ubezpieczonego dziecka w wieku do lat 3 o ile przysposobienie to zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu wydanym w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

11. **Rodzic – matka lub ojciec** Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Ubezpieczonego (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów),
teść/teściowa – matka lub ojciec aktualnego Współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także macocha lub ojczym aktualnego Współmałżonka Ubezpieczonego, o ile nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Współmałżonka Ubezpieczonego (dotyczy: ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców lub teściów)

12. Zamawiający zastrzega, iż u Zamawiającego będą funkcjonować jednocześnie trzy grupy ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i wysokość świadczeń dla ubezpieczonych w danej grupie Zamawiający określa w tabelach świadczeń. O wyborze grupy decydują osoby do niej przystępujące.

13. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Wykonawcę dla pracowników winni mieć członkowie rodziny przystępującego do ubezpieczenia Pracownika. Oferta dla członka rodziny musi zakładać identyczny zakres odpowiedzialności oraz wysokość składki ubezpieczeniowej jakie posiada pracownik. Składka

ubezpieczeniowa za członków rodziny pracownika będzie opłacana z wynagrodzenia netto pracownika. Składka łączna będzie przekazywana przez Zamawiającego na wskazane przez Wykonawcę konto bankowe.

14. Przyjmuje się, że w stosunku do zakresu ubezpieczenia i definicji poszczególnych ryzyk mają zastosowanie OWU Wykonawcy, przy czym:

- wprowadza się nadrzędność (w stosunku do OWU Wykonawcy) zapisów niniejszego załącznika, jak również
- Zamawiający akceptuje odmienną treść definicji lub zakresów odpowiedzialności, o ile nie prowadzi to do zawężenia lub ograniczenia (np. wprowadzenia limitów) lub nie prowadzi to do sprzeczności z zakresem ochrony i uprawnieniami ubezpieczonych w stosunku do założeń niniejszego załącznika, jak również
- w sytuacji, w której standardowe ogólne warunki ubezpieczenia danego wykonawcy przewidują szerszą odpowiedzialność (odpowiednio – definicję zdarzeń, zakres odpowiedzialności, itp.) wykonawcy, wówczas wykonawca nie jest uprawniony do wyłączenia lub innego ograniczenia treści/stosowania takich zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia w ofercie i zastosowanie znajdują zapisy przewidujące szersze reguły odpowiedzialności na korzyść ubezpieczonego (uposażonego, itp.), jak również
- w przypadku stosowania w OWU Wykonawcy innych nazw niż wymienionych w niniejszym OPZ: stanów chorobowych, zabiegów, procedur medycznych – wykonawca zobowiązany będzie przygotować aneks/postanowienia dodatkowe, zmieniające nazwy stanów chorobowych, zabiegów, procedur medycznych na zgodne z niniejszym OPZ; nie dotyczy to sytuacji, w której dane postanowienie OPZ, dopuszcza nazwę własną Wykonawcy

15. 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;
- wymaga się zniesienia okresów karencji w pełnym zakresie oferty, 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).

16. Karencje dla członków rodzin Pracowników w tym partnerów:

- 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.
- Zamawiający wymaga zniesienia okresów karencji w pełnym zakresie oferty również w stosunku do członków rodziny, którzy 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;
- dopuszcza się zastosowanie okresów karencji w stosunku do partnerów życiowych pracowników nieobjętych ubezpieczeniem grupowym w ramach umów zawartych przez Zamawiającego przed 01.12.2023 r.
- 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).

17. Indywidualna kontynuacja - Zamawiający wymaga zagwarantowania indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia 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 składek. Do tego okresu zaliczany będzie również staż u poprzedniego ubezpieczyciela – pod warunkiem, że została zachowana ciągłość ubezpieczenia. Nie dopuszcza się uzależniania przyznania prawa do indywidualnej kontynuacji od stanu zdrowia Ubezpieczonego. Zakres indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zgodnie z OWU Wykonawcy na dzień składania ofert.

18. Leczenie szpitalne – w znaczeniu nie węższym jak: świadczenie wypłacane w przypadku trwającego nieprzerwanie dłużej niż jeden (zmiana daty) dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu z innej przyczyny niż na skutek nieszczęśliwego wypadku i od pierwszego dnia (bez zmiany daty) pobytu na skutek nieszczęśliwego wypadku; liczba dni pobytu w szpitalu, za który Wykonawca ponosi odpowiedzialność nie może być mniejsza niż 90 dni w roku polisowym, bez ograniczania w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej liczby pobytów w szpitalu. 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, należała być za minimum 14 pierwszych dni pobytu w szpitalu.

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.

19. Pobyt na OIOM/OIT – świadczenie powinno obejmować pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na skutek choroby lub wypadku, w wyodrębnionym organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażonym w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych

w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 doby - świadczenie jednorazowe.

20. Rekonwalescencja – (w tym również rehabilitacja poszpitalna) – trwający nieprzerwanie, maksymalnie 30 dni, bezpośrednio po pobycie w szpitalu trwającym co najmniej 14 dni i kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbyło się leczenie szpitalne (dotyczy: ubezpieczenia leczenia w szpitalu Ubezpieczonego w związku z: chorobą, zawałem serca lub udarem mózgu, doznany mi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku)

21. Operacje chirurgiczne – Wykonawca ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne wykonywane metodą endoskopową, zamkniętą oraz otwartą wymienione w 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 520 operacji (dopuszcza się zastosowanie w ubezpieczeniu na wypadek operacji chirurgicznych 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.

22. Leczenie specjalistyczne – Wykonawca wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w określonej w tabeli świadczeń kwocie w przypadku przeprowadzenia u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego, tj. 1. chemioterapii lub radioterapii, 2. promieniowania jonizującego, 3. terapii interferonowej – bądź innej alternatywnej zastosowanej metody, 4. wszczepienia kardiowertera (defibrylatora), 5. wszczepienia rozrusznika serca, 6. 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. Zamawiający dopuszcza definicje w/w zabiegów zgodnie z OWU Wykonawcy.

23. Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – oznacza wywołane przyczyną zewnętrzną trwale, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.

24. Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny – określenie to rozumiane jest jako nagłe, gwałtowne i niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie objęte ochroną wywołane:

- 1) ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu” i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym. Definicja ta obejmuje swym zakresem między innymi takie pojazdy silnikowe jak: motocykle, motorowery, wózki widłowe i inne pojazdy jednośladowe.
- 2) ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu, z tym że:
 - pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
 - pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,
- 3) eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakkolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy,
- 4) ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi bądź pasażer a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy.

25. Karta apteczna/ ryczałt – świadczenie umożliwiające odbiór w aptece produktów o wartości wynikającej z umowy lub wypłata ryczałtu przeznaczonego na zakup leków po odbyciu leczenia szpitalnego spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na wypadek leczenia szpitalnego.

W każdym okresie kolejnych 12 miesięcy, trwającym między rocznicami polisy, Wykonawca przyzna ubezpieczonemu prawo do odbioru produktów w aptece lub wypłatę ryczałtu przeznaczonego na zakup leków, maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobyty w szpitalu objęte odpowiedzialnością z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

26. Definicja „udar mózgu” – określona jako nagłe, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki mózgowej na skutek ostrego niedokrwienia lub krwotoku śródczaszkowego, zaburzenie czynności mózgu prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi – zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Trwały deficyt neurologiczny musi zostać potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa. Za udar nie są uważane epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego, udar nie pozostawiający

trwałego ubytku, a także uszkodzenia pourazowe. Powyższa definicja odnosi się również do następujących świadczeń: - Śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, - Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu do 14 dni - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu powyżej 14 dni, Wystąpienia ciężkiej choroby.

27. Poważne zachorowania – Wykonawca ponosi odpowiedzialność wobec Ubezpieczonego za każdorazowe wystąpienie (zdiagnozowanie), w okresie odpowiedzialności Wykonawcy poważnego zachorowania, objętego katalogiem chorób, za wyjątkiem sytuacji gdy pomiędzy dwiema (lub więcej) jednostkami chorobowymi zachodzi związek przyczynowo- skutkowy, potwierdzony przez lekarza orzecznika wskazanego przez Wykonawcę, w takim przypadku Wykonawca wypłaci świadczenie tylko za jedno poważne zachorowanie. Po wypłacie świadczenia za daną jednostkę chorobową odpowiedzialność Wykonawcy w jej zakresie kończyłaby się.

1) W przypadku stosowania w OWU Wykonawcy innych nazw niż wymienionych w OPZ stanów chorobowych, Wykonawca zobowiązany będzie przygotować aneks zmieniający nazwy na zgodne z OPZ.

2) Minimalny katalog poważnych zachorowań nie powinien być mniejszy niż 43 chorób i powinien zawierać co najmniej:

(1) anemia aplastyczna, (2) bąblowiec mózgu, (3) chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass, (4) choroba Creutzfeldta – Jakoba, (5) masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, (6) niewydolność nerek, (7) nowotwór złośliwy, (8) odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, (9) ropień mózgu, (10) sepsa, (11) tężec, (12) udar mózgu, (13) wścieklizna, (14) zakażenie wirusem HIV (zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych oraz (15) zakażenie wirusem HIV, będące powikłaniem transfuzji krwi), (16) zawał serca, (17) zgorzel gazowa, (18) oparzenia, (19) transplantacja organów, (20) całkowita utrata wzroku, (21) oponiak (łagodny guz mózgu), (22) choroba Parkinsona, (23) wada serca, (24) przewlekłe zapalenie wątroby, (25) gruźlica, (26) borelioza, (27) choroba aorty brzusznej, (28) choroba aorty piersiowej, (29) utrata kończyn wskutek choroby, (30) całkowita utrata słuchu, (31) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, (32) stwardnienie rozsiane, (33) choroba Huntingtona, (34) choroba neuronu ruchowego, (35) zakażona martwica trzustki, (36) bakteryjne zapalenie wsierdza, (37) śpiączka, (38) całkowita utrata mowy, (39) bąblowiec wątroby, (40) choroba Alzheimera, (41) choroba Crohna, (42) odmrożenie, (43) pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo.

Wykonawca wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w tabeli świadczeń.

III. Zakres ubezpieczenia – tabela świadczeń

Zakres ochrony ubezpieczeniowej winien obejmować następujące zdarzenia i wysokość świadczeń:

L.p.	Zakres świadczeń	Wysokość świadczenia WARIANT I	Wysokość świadczenia WARIANT II	Wysokość świadczenia WARIANT III
1	Śmierć Ubezpieczonego	50 000,00 zł	72 000,00 zł	91 200,00 zł
2	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku*	93 000,00 zł	138 000,00 zł	168 000,00 zł
3	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego*	143 000,00 zł	202 800,00 zł	235 200,00 zł
4	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy*	152 000,00 zł	212 400,00 zł	247 200,00 zł
5	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy*	202 000,00 zł	277 200,00 zł	318 000,00 zł
6	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu*	90 000,00 zł	108 000,00 zł	134 400,00 zł
7	Śmierć współmałżonka	15 600,00 zł	18 600,00 zł	26 400,00 zł
8	Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku*	33 600,00 zł	36 000,00 zł	52 800,00 zł
9	Śmierć rodziców lub teściów	2 880,00 zł	2 710,00 zł	3 560,00 zł
10	Urodzenie się dziecka	2000,00 zł	120,00 zł	120,00 zł
11	Urodzenie martwego dziecka	4000,00 zł	240,00 zł	240,00 zł
12	Śmierć dziecka	5 400,00 zł	3 600,00 zł	6 600,00 zł
13	Osierocenie dziecka	6 720,00 zł	6 600,00 zł	8 400 zł

14	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku)	672,00 zł	626,00 zł	830,00 zł
15	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	432,00 zł	656,00 zł	758,00 zł
16	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	10 200,00 zł	11 280,00 zł	14 400 zł
17	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	3 000,00 zł	3 320,00 zł	3 600 zł
18	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	3 600,00 zł	3 600,00 zł	3 600,00 zł
19	Pobyt Ubezpieczonego na OIOM	732,00 zł	864,00 zł	1 020,00 zł
20	Rekonwalescencja Ubezpieczonego	35,00 zł	43,00 zł	51,00 zł
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu do 14 dni				
21	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą	84,00 zł	90,00 zł	108,00 zł
22	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zawałem serca lub udarem mózgu*	282,00 zł	342,00 zł	414,00 zł
23	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku*	222,00 zł	276,00 zł	330,00 zł
24	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*	300,00 zł	348,00 zł	432,00 zł
25	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku w pracy*	300,00 zł	348,00 zł	432,00 zł
26	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w pracy*	378,00 zł	420,00 zł	534,00 zł
Dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu powyżej 14 dni				
27	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z chorobą	84,00 zł	90,00 zł	108,00 zł
28	Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w związku z doznanymi obrażeniami ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku*	222,00 zł	276,00 zł	330,00 zł
29	Karta apteczna/ ryczałt			200,00 zł

*Skumulowana wartość świadczeń

IV. Klauzule OBLIGATORYJNE I FAKULTATYWNE

IV. I. Klauzule OBLIGATORYJNE

1. Klauzula zniesienia ograniczeń czasowych warunkujących wypłatę świadczeń.

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 gwarantująca zapewnienie organizacji komisji lekarskiej/badania lekarskiego.

Zamawiający dopuszcza możliwość zaocznego orzekania na podstawie pełnej wymaganej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem, że w przypadku braku akceptacji takiego orzeczenia Wykonawca na uzasadniony wniosek Ubezpieczonego zobowiązany jest przeprowadzić na własny koszt komisję lekarską/badanie lekarskie w celu ponownej weryfikacji orzeczonego uszczerbku na zdrowiu.

Wykonawca zapewni organizację komisji lekarskiej/badania lekarskiego orzekających o stanie zdrowia ubezpieczonych na potrzeby realizacji umowy, w placówkach medycznych zlokalizowanych na terenie Piekar Śląskich lub w odległości do 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego/ miejscowości siedziby Zamawiającego.

3. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność ubezpieczyciela za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, na OIOM/OIT poza granice RP.

Odpowiedzialność Wykonawcy obejmować powinna pobyt w szpitalu oraz pobyt na OIOM/OIT w celu leczenia, na terytorium RP, oraz co najmniej w krajach należących do Unii Europejskiej, Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, USA, Szwajcarii, Watykanu.

4. Klauzula udostępnienia systemu elektronicznego obsługi polisy.

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.

5. Klauzula akwizycyjna.

Wykonawca zobowiązuje się do:

- przedstawienia pełnomocnikowi reprezentującemu Zamawiającego harmonogramu prac wdrożenia ubezpieczenia u Zamawiającego,
- dedykowania minimum 1 osoby do przeprowadzenia wdrożenia ubezpieczenia u Zamawiającego,
- udziału w akcji informacyjnej, w tym udziału w spotkaniach informacyjnych dla pracowników Zamawiającego,
- przygotowania oraz dostarczenia Zamawiającemu, po akceptacji pełnomocnika Zamawiającego, materiałów informacyjnych tj.: ulotek, deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia,
- zorganizowania szkolenia obsługowego dla pracownika administrującego umową ubezpieczenia grupowego u Zamawiającego.

6. Klauzula gwarancji wypłaty pełnej kwoty odszkodowania.

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.

7. Klauzula rozszerzająca odpowiedzialność Wykonawcy za pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym lub w szpitalu rehabilitacyjnym.

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.

8. Gwarancja zniesienia ograniczeń wiekowych.

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

9. Udostępnianie informacji o szkodowości.

Wykonawca na wniosek Zamawiającego lub Pełnomocnika Zamawiającego – udostępni informację na temat szkodowości ubezpieczenia.

IV. II. KLAUZULE FAKULTATYWNE

Zamawiający wnioskuję o zastosowanie w ofercie ubezpieczenia następujących klauzul dodatkowych, które będą brane pod uwagę w ocenie kryterium jakości proponowanej ochrony ubezpieczeniowej - Informacja o punktacji poszczególnych klauzul znajduje się w rozdziale XVI SWZ.

1. Klauzula wydłużająca ochronę z tytułu zgonu dziecka Ubezpieczonego bez względu na wiek dziecka.

W przypadku rozszerzenia definicji dotyczącej śmierci dziecka o brak górnego ograniczenia wieku, w którym nastąpi zgon dziecka, zostaną przyznane dodatkowe punkty.

2. Klauzula rozszerzająca ochronę ubezpieczeniową o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego.

Rozszerzenie katalogu zabiegów wymaganych w części obligatoryjnej o minimum dwie dodatkowe procedury: tj. dializoterapii oraz werterbroplastyki przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa.

Zamawiający dopuszcza definicję w/w procedur medycznych zgodnie z OWU Wykonawcy.

Minimalna kwota świadczenia z tytułu dodatkowych procedur:

- dializoterapia – 100% sumy ubezpieczenia (kwoty podanej w tabeli świadczeń),
- wertybroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa – 50 % sumy ubezpieczenia (kwoty podanej w tabeli świadczeń).

3. Klauzula rozszerzająca system elektronicznej obsługi polis o dedykowaną klientowi aplikację internetową.
Wykonawca zobowiązuje się w terminie 1 miesiąca od zawarcia umowy ubezpieczenia, do nieodpłatnego udostępnienia Zamawiającemu elektronicznej aplikacji przeznaczonej do zarządzania obsługą polis. 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,
- e) ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych programem Ubezpieczenia,
- f) generowanie indywidualnych potwierdzeń uczestnictwa w programie ubezpieczeniowym.

4. Klauzula dotycząca likwidacji świadczeń.

- 1) 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 oraz
- 2) możliwość zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Polski.

5. Klauzula wydłużająca okres pobytu w szpitalu, za który Wykonawca ponosi odpowiedzialność - do 180 dni w roku polisowym.

6. Gwarancja minimalnego katalogu operacji chirurgicznych.

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

7. Klauzula akwizycyjna rozszerzona.

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

8. Klauzula zniżek indywidualnych – klauzula bezpunktowa

Wykonawca 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.

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

V. Postanowienia dodatkowe

Zamawiający określił minimalne warunki ubezpieczenia (obligatoryjne) – Wykonawca nie może w jakikolwiek sposób zmieniać ich treści w sposób ograniczający odpowiedzialność Wykonawcy, w szczególności poprzez wprowadzanie limitów odpowiedzialności, fransyz, wyłączeń. W przypadku gdy OWU Wykonawcy przewidują szerszy zakres odpowiedzialności Wykonawcy niż określono w OPZ, Wykonawca nie może ograniczyć lub wyłączyć szerszego zakresu ubezpieczenia z OWU w treści oferty.


Jarosław Grądziel
W-cé Prezes Zarządu DB Patron Sp. z o.o.
Pełnomocnik Zamawiającego